

**BỘ Y TẾ**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: **1456/QĐ-BYT**

*Hà Nội, ngày 4 tháng 5 năm 2012*

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc ban hành mẫu hồ sơ bệnh án bệnh Tay chân miệng**

**BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

Căn cứ Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2007 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;

Xét biên bản họp ngày 22/3/2012 của Hội đồng chuyên môn nghiệm thu Cẩm nang chẩn đoán, xử trí bệnh Tay chân miệng ở trẻ em;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh - Bộ Y tế,

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này mẫu hồ sơ bệnh án bệnh Tay chân miệng.

**Điều 2.** Mẫu hồ sơ bệnh án bệnh Tay chân miệng được sử dụng trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có điều trị nội trú bệnh Tay chân miệng.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

**Điều 4.** Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ; Chánh Thanh tra Bộ; các Vụ trưởng, Cục trưởng của Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

**Nơi nhận:**

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thủ trưởng (để biết);
- Website Bộ Y tế, website Cục QLKCB;
- Lưu: VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG**

**THỨ TRƯỞNG**



Nguyễn Thị Xuyên



# A- BỆNH ÁN

**I. Lý do vào viện:** ..... Vào ngày thứ ..... của bệnh

## II. Hỏi bệnh:

### 1. Quá trình bệnh lý:

- Triệu chứng khởi phát:

Sốt  Phát ban  Bò ấn / Loét miệng  Giật mình - Số lần/24 giờ : ..... lần  Nôn ói  Co giật  Run chi

- Dấu hiệu khác: .....

- Dịch tễ: .....

Đi học (Nơi chăm sóc trẻ tập trung, nhà trẻ, mẫu giáo, phổ thông)

Ghi rõ địa chỉ trường: .....

Có trẻ ở chung nhà mắc bệnh

Có trẻ gần nhà mắc bệnh

Có trẻ cùng trường mắc bệnh

- Điều trị tuyến trước (nếu có): .....

- Khác: .....

### 2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: .....

.....

.....

.....

.....

+ Gia đình: .....

.....

### 3. Quá trình sinh trưởng: S S S S

- Con thứ mấy ..... Tiền thai (Para)  (Sinh (đủ tháng), Sớm (đẻ non), Sẩy (nạo, hút), Sổng)

- Tình trạng khi sinh: 1.Đẻ thường  2.Forecups  3.Giác hút  4.Đẻ phẫu thuật  5.Đẻ chi huy  6.Khác

- Cân nặng lúc sinh: ..... kg. Dị tật bẩm sinh:  Cụ thể tật bẩm sinh: .....

.....

- Phát triển về tinh thần: .....

- Phát triển về vận động: .....

- Các bệnh lý khác: .....

- Nuôi dưỡng: 1. Sữa mẹ  2. Nuôi nhân tạo  3. Hỗn hợp  - Cai sữa tháng thứ .....

- Chăm sóc: 1. Tại vườn trẻ  2. Tại nhà

- Đã tiêm chủng: 1. Lao  2. Bại liệt  3. Sởi  4. Ho gà  5. Uốn ván  6. Bạch hầu  7. Khác

- Cụ thể những bệnh khác được tiêm chủng: .....

## III-Khám bệnh:

### 1. Toàn thân:

- Chiều cao: ..... cm; - Vòng ngực: ..... cm; - Vòng đầu: ..... cm

-  Tim SpO<sub>2</sub>:.....% Tri giác:  1-Tỉnh  2- Li bì  3-Hôn mê

-  Loét miệng  Phát ban (ghi rõ ký hiệu in đậm vào vị trí phát ban, bóng nước theo hình sau)

.....

.....

.....

Mạch ..... lần/ph

Nhiệt độ.....<sup>o</sup>C

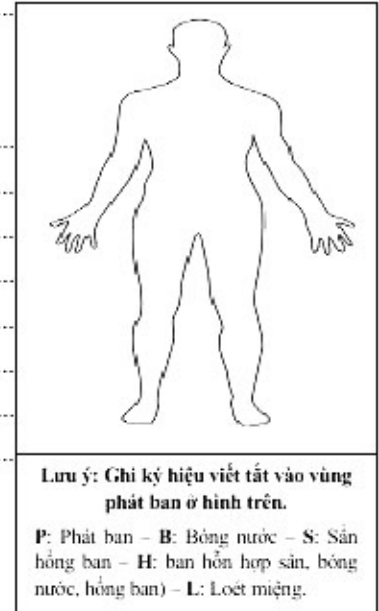
Huyết áp ...../..... mmHg

Nhịp thở..... lần/ph

Cân nặng ..... kg

## 2. Các cơ quan:

- + Tuần hoàn: Tiếng tim:  Rõ  Mờ  gallop  Âm thổi (ghi rõ): .....
- Dấu hiệu tình mạch cổ nổi      Thời gian đổ đầy mao mạch:..... giây       Vã mồ hôi       Da nổi bông
- Dấu hiệu khác: .....
- + Hô hấp:  Con ngưng thở       Thở bụng       Thở nông
- Khò khè       Thở rít thanh quản       Rút lõm ngực
- Ran phổi (ghi rõ): .....
- Dấu hiệu khác: .....
- + Tiêu hoá:  Gan to (ghi rõ): ..... cm DBS, đặc điểm: .....
- Dấu hiệu khác: .....
- + Thận- Tiết niệu- Sinh dục: .....
- + Thần Kinh: Đồng tử: ..... mm    PXAS: .....  Cổ gượng     Giật mình lúc khám
- Thất điều (run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng)       Rung giật nhãn cầu
- Lé     Yếu chi / liệt mềm cấp     Liệt TK sọ (nuốt sặc, thay đổi giọng nói, ...)
- Ngủ gà    Dấu hiệu khác: .....
- + Cơ- Xương- Khớp: .....
- + Tai- Mũi- Họng, Răng-Hàm-Mặt, Mắt, Dinh dưỡng và các cơ quan khác: .....



## 3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm: .....

- ### 4. Tóm tắt bệnh án:
- Ngày bệnh .....  Suy hô hấp     Sốc     Phù phổi cấp     Rối loạn hô hấp
- Mạch nhanh > 170 l/p     Tăng HA (Tre < 1T: > 100 mmHg; Tre 1-2T: > 110 mmHg; Tre > 2T: > 115 mmHg)     Giọng chi / hôn mê
- Vã mồ hôi toàn thân hay khu trú     Thất điều     Rung giật nhãn cầu     Yếu chi / liệt mềm     Liệt thần kinh sọ
- Giật mình lúc khám     Bệnh sử giật mình: ≥ 2 lần/30 phút, kèm một dấu hiệu: ngủ gà, M > 130 l/p, sốt cao khó hạ
- Biểu hiện khác: .....

## IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

- + Bệnh chính (lưu ý phân độ): ..... Mã ICD 10: .....
- + Bệnh kèm theo (nếu có): ..... Mã ICD 10 (bệnh kèm): .....
- + Phân biệt: .....

## V. Tiên lượng: .....

- ## VI. Hướng điều trị:
- Oxy / giúp thở     Chống sốc     Điều trị cao HA     An thần      $\gamma$ -globulin     Nhập ICU
- Khác: .....

Ngày.....tháng..... năm 20.....

**Bác sỹ làm bệnh án**

Họ và tên .....

## B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán: .....

.....  
.....  
.....

3. Phương pháp điều trị: .....

.....  
.....  
.....

4. Tình trạng người bệnh ra viện: .....

.....  
.....

5. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo: .....

.....  
.....  
.....

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ:  Họ tên .....	Ngày..... tháng ... năm 20....  <b>Bác sỹ điều trị</b>
Loại	Số tờ		
- X - quang:		Người nhận hồ sơ:  Họ tên .....	Họ tên .....
- CT Scanner / MRI			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác: .....			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên .....	Họ tên .....

# PHIẾU THEO DÕI VÀ RA QUYẾT ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

*(Phiếu đánh giá này dành cho bác sỹ điều trị - Điều dưỡng chuẩn bị HSBA và mời BS khám theo chu kỳ theo dõi do BS quyết định ở lần khám bệnh nhân trước đó)*

Thời gian – Ngày Giờ						
<b>T. chứng – Dấu hiệu</b>						
<b>Hỏi bệnh</b>						
Nôn ói (số lần trong CK theo dõi)						
Giật mình (số lần trong CK theo dõi)						
Khó ngủ / Quấy khóc						
Run chi / đi loạng choạng						
<b>Khám bệnh - CLS</b>						
Phát ban / Loét miệng						
Nhịp tim (lần/phút)						
Nhịp thở (lần/phút)						
HA (mmHg) – TT / TTr						
Nhiệt độ (°C)						
Giật mình (số lần)						
Dấu TKKT (ghi rõ):						
Run chi / Đi loạng choạng						
Vết mổ hồi khu trú (vị trí)						
Cơ giật (TT: Toàn thân, KT: Khu trú)						
Da nổi bóng (khu trú)						
Chỉ mắt / CRT > 2 giây						
Trí giác (1-tỉnh, 2-li bì, 3-hôn mê)						
GCS (điểm Glasgow)						
Ran phổi (âm, nổ, ngáy)						
Bạch cầu máu						
Đường huyết / Dextrostix (mmol/L)						
PCR (-: Chi định, EV, EV71, Âm tính)						
<b>Tình huống và giai đoạn LS</b>						
Sốc						
Suy hô hấp						
Hôn mê						
Phù phổi						
<b>Giai đoạn LS (hiện tại)</b>						
<b>Điều trị và theo dõi</b>						
Oxy / Đặt NKQ						
Milrinone (µg/kg/phút)						
Dobutamine (µg/kg/phút)						
..... (µg/kg/phút)						
Gamma-globulin (liều 1 hay 2)						
An thần: Phenobarbital (mg)						
Mannitol (lượng – tốc độ TTM)						
Kháng sinh:						
Đặt catheter động mạch						
CVP (nếu đã đặt CVP: ghi trị số)						
<b>Chu kỳ theo dõi (giờ - phút)</b>						
<b>Bác sĩ khám bệnh</b>						

**Ghi chú:** +: Có    -: Không    V: Không thực hiện    **In đậm:** Ghi chữ tắt (IN ĐẠM)

**Phân loại giai đoạn lâm sàng:**

DHLS GD 2b: Giật mình ≥ 2L/30ph, chói với, run chi, đi loạng choạng, ngủ gà, M > 130, yếu chi, sốt cao khó hạ  
 DHLS GD 3: Vết mổ hồ lạnh, thở nhanh, mạch > 170, HA tăng, liệt TK sọ, thất điều, GCS < 10  
 DHLS GD 4: HA tụt, kẹp, đặt NKQ, GCS < 7

BTM độ 2a cần TD  
 sát khí có ít nhất 2 yếu  
 tố nguy cơ: Sốt ≥ 38°C,  
 sốt > 3 ngày, li bì, .....

## GIẤY CHUYỂN VIỆN BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

**Kính gửi:** .....

Bệnh viện chúng tôi trân trọng giới thiệu:

- Họ và tên bệnh nhân: ..... Tuổi: ..... Nam / Nữ
- Dân tộc: ..... Ngoại kiều: .....
- Nghề nghiệp: ..... Nơi làm việc: .....
- BHYT: giá trị từ: .../.../201... đến .../.../201... Số thẻ: .....
- Địa chỉ: .....
- Đã được điều trị / khám bệnh tại: .....
- Từ ngày: .../.../201... đến ngày .../.../201....

### TÓM TẮT BỆNH ÁN

- **Dấu hiệu lâm sàng:** .....
- **Tình trạng lúc nhập viện:** .....  
Tri giác: ..... Mạch:.... l/p, HA: ...../..... cmHg, Nhịp thở: ..... l/p, SpO<sub>2</sub>: .....%
- **Các xét nghiệm:** .....
- **Chẩn đoán:** ..... Độ ..... Ngày: .....
- **Thuốc đã dùng trước khi chuyển viện (tổng kết điều trị):**  
Dịch truyền điện giải: ..... ml /.....giờ (.....ml/kg) - Cao phân tử: ...ml /.....giờ ( .....ml/kg)  
Hỗ trợ hô hấp: .....
- Vận mạch: Dobutamine từ .....đến .....µg/kg/phút, bắt đầu lúc ....giờ, ngày .../.../201...  
Adrenaline từ .....đến .....µg/kg/phút, bắt đầu lúc ....giờ, ngày .../.../201...  
Milrinone từ .....đến .....µg/kg/phút, bắt đầu lúc ....giờ, ngày .../.../201...  
IVIG: liều 1: bắt đầu lúc ....giờ, ngày .../.../201... , liều 2: bắt đầu lúc ....giờ, ngày .../.../201...  
Phenobarbital TTM: liều gần nhất lúc .....giờ.... phút, ngày .../.../201... Tổng liều 24G.....  
Thuốc khác: .....
- **Tình trạng ngay trước CV:** Mạch:.... l/p, HA: ...../.....cmHg, Nhịp thở: .... l/p, SpO<sub>2</sub>: .....%
- **Điều trị trong khi CV:** Dịch.....lượng dịch còn trong chai.....ml, tốc độ.....giọt/phút  
Vận mạch: .....
- **Lí do chuyển viện:** .....
- Số giấy chuyển viện của tuyến trước: .....
- Chuyển viện hồi: ..... giờ ..... phút, ngày ..... tháng ..... năm 201...
- Phương tiện vận chuyển: .....
- Họ tên, chức danh người đưa đi: .....

**BÁC SỸ ĐIỀU TRỊ**

Ngày ..... tháng ..... năm 201....  
**GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN**

Họ tên: .....

Họ tên: .....

