Cơ quan chủ quản.........................

Cơ sở KB, CB...............................

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

MS: 52/BV2

**BẢN TÓM TẮT HỒ SƠ BỆNH ÁN**

**I. HÀNH CHÍNH**

Họ và tên *(In hoa):* .................................................................. Ngày sinh: ............/............./.......... Tuổi:....................... Giới tính: ⬜ Nam ⬜ Nữ Dân tộc: ................................................................................ Địa chỉ cư trú: Số nhà .......... Thôn, phố.......................... Xã, phường........................................................................... Huyện (Q, Tx) ..................................................... Tỉnh, thành phố ..................................................................

Số thẻ BHYT: ...............................................................................

Số Căn cước/Hộ chiếu/Mã định danh cá nhân: ...................................................... Vào viện ngày............/........../20....... Ra viện ngày........../........../20....... **II. CHẨN ĐOÁN** (Tên bệnh và mã ICD đính kèm):

**Chẩn đoán vào viện**: .............................................................................................................................................................. **Chẩn đoán ra viện**: ................................................................................................................................................................. **III. TÓM TẮT QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ**

**Lý do vào viện:**......................................................................................................................................................................... **Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng** *(Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):* .............................................................................................................................................................................

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

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

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

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

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

**Tiền sử bệnh:** ...........................................................................................................................................................................

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

**Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận** *(có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị):*

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

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

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

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

**Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):**

Nội khoa: ⬜ Không ⬜ Có, ghi rõ:.........................................................................................................

Phẫu thuật, thủ thuật: ⬜ Không ⬜ Có, ghi rõ phương pháp: ..............................................................................

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

**Tình trạng ra viện:**

⬜ Khỏi ⬜ Đỡ ⬜ Không thay đổi ⬜ Nặng hơn ⬜ Tử vong ⬜ Tiên lượng nặng xin về

⬜ Chưa xác định

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

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

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

*Ngày......... tháng.......... năm 20.........*

**Đại diện đơn vị**

*(Ký, đóng dấu)*