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

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

**PHIẾU KHÁM THAI** MS: 51/BV2

Số vào viện…………..

Mã người bệnh ……..

**A. THÔNG TIN CHUNG**

1. Họ và tên *(In hoa):* .................................................................................................................................................................

2. Ngày sinh:............../............../............... Tuổi: ⬜ ⬜ ⬜

3. Điện thoại: ............................................ 4. Nghề nghiệp: ........................................................

5. Dân tộc: ................................ ⬜ ⬜ 6. Quốc tịch: ........................................... ⬜⬜⬜

7. Địa chỉ: Số nhà .......... Thôn, phố................................. Xã, phường:................................ ⬜⬜⬜⬜⬜

Huyện (Q, Tx):....................................................... ⬜ ⬜ ⬜ Tỉnh, thành phố:............................................⬜⬜

8. Đối tượng: ⬜ BHYT ⬜ Thu phí ⬜ Miễn ⬜ Khác

9. Số thẻ BHYT: ........................................................................... Giá trị sử dụng đến:............/............./20................

10. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân: ...........................................................................................

**B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH I. Thông tin lần khám trước:** Ngày khám: ........./........./20..................

Chẩn đoán: ................................................................................................................................................................................. Xử trí: .......................................................................................................................................................................................... **II. Hỏi bệnh**

Lý do vào viện: .........................................................................................................................................................................

Lần có thai thứ:........ Số lần khám thai (bao gồm cả lần này): ...........

Ngày đầu kỳ kinh cuối:...................................Tuổi thai:.. .........................Ngày dự kiến sinh:........./........./20..............

Diễn biến lâm sàng: .............................................................................................................................................. ......................

............................................................................................................................................................................................................ Toàn thân: ⬜ Bình thường ⬜ Bất thường, ghi rõ: .......................................................................... Số mũi tiêm phòng uốn ván đã tiêm (bao gồm cả các lần mang thai trước nếu có): ......................................

**III. Tiền sử bệnh** (khai thác đối với khám thai lần đầu):

**2.1. Tiền sử bản thân**

**Dị ứng:** ⬜ Không ⬜ Có, biểu hiện: ………………………………………….………....

**Tiền sử bệnh:** ⬜ Không ⬜ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bệnh huyết áp: ⬜ Không ⬜ Có Bệnh tuyến giáp: ⬜ Không ⬜ Có Bệnh tim: ⬜ Không ⬜ Có Bệnh thận: ⬜ Không ⬜ Có Bệnh hô hấp: ⬜ Không ⬜ Có Đái tháo đường: ⬜ Không ⬜ Có Khác: ……………………………………………............................................................................................................ ............. **Thuốc đang dùng:** ⬜ Không ⬜ Có, loại thuốc: .................................................................................... **Tiền sử phẫu thuật:** ⬜ Không ⬜ Có, ghi rõ: ............................................................................................. **Tiền sử sản khoa:** Para: ⬜⬜⬜⬜

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Thời gian, nơi kết thúc  thai nghén | Tuổi thai (sảy, sinh non,  đủ tháng, già tháng) | Diễn biến  khi có thai | Cách thức  sinh | Trẻ sơ sinh (cân  nặng, bệnh tật) | Hậu sản |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Phụ khoa:** |  | | |
| Chu kỳ kinh:  Phẫu thuật phụ khoa: Khối u buồng trứng: | ⬜ Đều  ⬜ Không  ⬜ Không | số ngày.................. ⬜ Không đều  ⬜ Có, ghi rõ:...........................................................  ⬜ Có Dị dạng sinh dục: ⬜ Không | ⬜ Có |
| Khối u tử cung: | ⬜ Không | ⬜ Có Tầng sinh môn: ⬜ Không | ⬜ Có |

Sa tạng chậu: ⬜ Không ⬜ Có

Bệnh phụ khoa đã mắc và điều trị: ………………………………..........................……………………………………..

**2.2. Tiền sử gia đình:** ⬜ Không ⬜ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Đa thai: | ⬜ Không | ⬜ Có | Đái tháo đường: ⬜ Không ⬜ Có |
| Dị dạng: | ⬜ Không | ⬜ Có | Tăng huyết áp: ⬜ Không ⬜ Có |
| Bệnh di truyền: | ⬜ Không | ⬜ Có | Khác (ghi rõ) ………………………...................... |
| **IV. Khám bệnh** |  |  |  |

Tinh thần ⬜ Tỉnh táo ⬜ Hôn mê ⬜ Khác

Phù ⬜ Không ⬜ Có

Protein niệu ⬜ Không ⬜ Có ………… g/l Sẹo mổ cũ ⬜ Không ⬜ Có ⬜ Đau vết mổ Khung chậu ⬜ Bình thường ⬜ Bất thường

Chiều cao tử cung ……………. cm Vòng bụng......... cm

Ngôi thai ⬜ Bình thường ⬜Bất thường Ghi rõ:……...………

Cơn co tử cung ⬜ Không ⬜ Có Tần số: …………...

*Mạch ................lần/ph*

*Nhiệt độ............0C*

*Huyết áp ....../..... mmHg Nhịp thở............lần/ph Cân nặng ...........kg Chiều cao ......... cm*

Tim thai ⬜ Không ⬜ Có Nhịp tim thai: ….....lần/phút

Cổ tử cung ⬜ Đóng ⬜ Xóa Mở: ………… cm

Đầu ối ⬜ Phồng ⬜ Dẹt ⬜ Quả lê

⬜ Rỉ ⬜ Vỡ lúc ……. giờ …… phút

Nước ối ⬜ Trong ⬜ Xanh bẩn ⬜ Lẫn máu

**V. Các xét nghiệm/cận lâm sàng**

**Kết quả:**

⬜ Xét nghiệm máu ngoại vi: Thiếu máu: ⬜ Không ⬜Có

⬜ Xét nghiệm đông máu: Đông máu: ⬜ Bình thường ⬜ Bất thường

⬜ Xét nghiệm sinh hóa máu: Đường máu: ⬜ Bình thường ⬜ Cao

⬜ Xét nghiệm HIV: HIV: ⬜ Âm tính ⬜ Dương tính

⬜ Xét nghiệm viêm gan B: Viêm gan B: ⬜ Âm tính ⬜ Dương tính

⬜ Xét nghiệm giang mai: Giang mai: ⬜ Âm tính ⬜ Dương tính

⬜ Xét nghiệm protein nước tiểu: Protein niệu: ⬜ Âm tính ⬜ Dương tính

⬜ Siêu âm: Tình trạng: ⬜ Bình thường ⬜ Bất thường

Khác, ghi rõ:................................................................................................................................................................

**VI. Chẩn đoán** (Tên bệnh kèm theo mã ICD): .................................................................................................................

**VII. Kế hoạch điều trị** *(thuốc, chăm sóc*):......................................................................................................................... Hướng điều trị tiếp theo: .................................................................................................................................................. ..... Tư vấn/giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân: ⬜ Không ⬜ Có, ghi rõ:

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

**VIII. Tiên lượng**: .......................................................................................................................... ........................

⬜ Sinh thường ⬜ Sinh có nguy cơ ⬜ Chỉ định mổ lấy thai

**IX. Lần khám kế tiếp**

Hẹn tái khám: ........................................................................................................................................................... Lưu ý: ......................................................................................................................................................................... Người khám: ⬜ Bác sỹ sản phụ khoa ⬜ Hộ sinh ⬜ Y sỹ sản nhi ⬜ Khác.

*Ngày*…… *tháng*….. *năm 20*.......

**Người khám bệnh**

*(Ký, ghi rõ họ tên)*