

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BÔNG SƠN

SỔ PHÉP

QUYỂN SỐ:

Bắt đầu sử dụng ngày:...../...../.....

Hết sổ, nộp lưu trữ ngày:...../...../.....

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BỔNG SƠN

Số: _____

GIẤY NGHỈ PHÉP

Họ và tên: _____

Đơn vị: _____

Được nghỉ phép: _____

Nơi nghỉ phép: _____

SỐ NGÀY ĐƯỢC NGHỈ

Tiêu chuẩn: _____ ngày

Đi đường: _____ ngày

Thăm niên: _____ ngày

Chủ nhật, lễ: _____ ngày

Tổng cộng: _____ ngày

Có giá trị kể từ ngày _____ tháng _____ năm 20____

Đến hết ngày _____ tháng _____ năm 20____

Hoài Nhơn, ngày _____ tháng _____ năm 20____

GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BV ĐKKV BỔNG SƠN

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

Số: _____

GIẤY NGHỈ PHÉP

Họ và tên: _____

Đơn vị: _____

Được nghỉ phép: _____

Nơi nghỉ phép: _____

SỐ NGÀY ĐƯỢC NGHỈ

Tiêu chuẩn: _____ ngày

Đi đường: _____ ngày

Thăm niên: _____ ngày

Chủ nhật, lễ: _____ ngày

Tổng cộng: _____ ngày

Có giá trị kể từ ngày _____ tháng _____ năm 20____

Đến hết ngày _____ tháng _____ năm 20____

Quá hạn mà không có lý do coi như vi phạm kỷ luật lao động.

Hoài Nhơn, ngày _____ tháng _____ năm 20____

CƠ QUAN, ĐỊA PHƯƠNG

XÁC NHẬN

GIÁM ĐỐC

BỘ Y TẾ

SỔ THỰC HIỆN CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI

SỔ A5.1/CSYT

Ban hành theo Thông tư số 37/2019/TT-BYT, ngày 30 tháng 12 năm 2019

Xã/Phường:

Huyện/Quận/TX/TP:

Tỉnh /TP :

NĂM 20....

6- Sổ thực hiện các biện pháp tránh thai (A5.1/CSYT)
A5.1/CSYT

SỔ THỰC HIỆN CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI

TT	Ngày tháng	Họ và tên	Tuổi		Địa chỉ	Nghề nghiệp	Dân tộc	Đặt DCTC	Thuốc tiêm	Thuốc cấy	Triệt sản	Tai biến do thực hiện BPTT	Người thực hiện	Ghi chú
			Nam	Nữ										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1														
2														
3														
...														

Sổ in theo khổ A4 đóng ngang

BỘ Y TẾ

SỔ PHÁ THAI

Sô A5.2/CSYT

Ban hành theo Thông tư số 37/2019/TT-BYT, ngày 30 tháng 12 năm 2019

Xã/Phường:

Huyện/Quận/TX/TP:

Tỉnh /TP :

NĂM 20....

7- Sổ phá thai (A5.2/CSYT)
A5.2/CSYT

SỔ PHÁ THAI

TT	Ngày tháng	Họ và tên	Tuổi	Địa chỉ	Nghề nghiệp	Dân tộc	Tuần thai	Phương pháp phá thai	Kết quả soi mô	Tai biến	Người thực hiện	Ghi chú
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												
...												

Sổ in theo khổ A4 ngang

BỘ Y TẾ

SỔ ĐỀ

SỔ A4/CSYT

Ban hành theo Thông tư số 37/2019/TT-BYT, ngày 30 tháng 12 năm 2019

Xã/Phường:

Huyện/Quận/TP/TX:.....

Tỉnh /TP :.....

NĂM 20....

5- Sổ đẻ (A4/CSYT)

A4/CSYT

SỔ ĐẼ

TT	Họ và tên	Tuổi	Thẻ BHYT	Địa chỉ	Nghề nghiệp	Dân tộc	Tuần thai	Ngày đẻ	Khám thai ≥4 lần/3 kỳ	XN HIV		XN GM		XN VGB		XN đường huyết	Tiền sử sản khoa (PARA)		
										Trước và trong mang thai	Trong chuyển dạ	Trong mang thai	Trong chuyển dạ	Trong mang thai	Trong chuyển dạ		Số lần đẻ đủ tháng	Số lần đẻ non	
										11	12	13a	13b	14a	14b		15	16	17
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										

SỔ ĐẼ (tiếp)

Số sảy thai/phá thai	Số con hiện có	Cách thức đẻ	Tai biến SK	Con sống cân nặng		Tình trạng con	Từ vong thai nhi từ 22 tuần đến khi đẻ	Nơi đẻ	Người đỡ đẻ	Được chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm	Tiêm vitamin K ₁ cho trẻ	Cấp Giấy chứng sinh	Chăm sóc sau sinh tại nhà		Ghi chú
				Nam (gram)	Nữ (gram)								Tuần đầu	Từ tuần 2 đến hết 6 tuần	
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33

Sổ in theo khổ A4 ngang x 2 trang

BỘ Y TẾ

SỔ KHÁM THAI

Sổ A3/CSYT

Ban hành theo Thông tư số 37/2019/TT-BYT, ngày 30 tháng 12 năm 2019

Xã/Phường:

Huyện/Quận/TX/TP:

Tỉnh /TP :

NĂM 20...

4- Sổ khám thai (A3/CSYT)

A3/CSYT

SỔ KHÁM THAI

TT	Họ và tên	Tuổi	Thẻ BHYT	Địa chỉ	Nghề nghiệp	Dân tộc	Ngày khám thai	Tiền sử sức khỏe & sinh đẻ	Ngày đầu kinh cuối cùng/ Tuần thai/Dự kiến ngày sinh	Lần có thai thứ mấy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

SỔ KHÁM THAI (tiếp)

Phần khám mẹ												Phần khám thai		Tiền lượng đẻ	Người khám	Ghi chú
Trọng lượng mẹ	Chiều cao mẹ	Huyết áp	Chiều cao TC	Vòng bụng	Khung chậu	Thiếu máu/ Huyết sắc tố	Protein niệu	XN HIV	XN GM	XN VGB	XN đường huyết	Tim thai	Ngoài thai			
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Sổ in theo khổ A4 ngang x 2 trang

MS: 28/BV-01

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC BÔNG SƠN

SỔ BIÊN BẢN KIỂM ĐIỂM TỬ VONG

BỆNH VIỆN: ĐA KHOA KHU VỰC BÔNG SƠN
KHOA:

- Bắt đầu sử dụng ngày:/...../.....
- Hết sổ, nộp lưu trữ ngày:/...../.....

KIỂM ĐIỂM TỬ VONG

A. PHẦN HÀNH CHÍNH:

1. Hôm nay ngày tháng năm, lúc giờ phút

2. Chúng tôi gồm: (ghi rõ họ tên, chức danh, chức vụ từng người):

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

3. Họp tại:

4. Chủ tọa: (họ tên, chức danh, chức vụ):

5. Thư kí: (họ tên, chức danh, chức vụ):

B. NỘI DUNG KIỂM ĐIỂM:

I. Phần hành chính người bệnh:

- Họ tên người bệnh: tuổi:, Nam/ Nữ

- Dân tộc: Ngoại kiều:

- Nghề nghiệp: Nơi làm việc:

- Địa chỉ:

- Số vào viện: ngày và nơi cấp:

- Vào viện lúc: giờ phút, ngày tháng năm

- Tử vong lúc: giờ phút, ngày tháng năm

- Tại khoa:

- Nguyên nhân tử vong:

II. Diễn biến bệnh:

1. Tóm tắt tiền sử bệnh:

.....
.....

2. Tình trạng lúc vào viện (toàn thân, các bộ phận, các xét nghiệm...)

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

3. Chẩn đoán: (của cơ sở, khoa khám bệnh, khoa điều trị, khi tử vong, giải phẫu bệnh nếu có...)

.....
.....

4. Tóm tắt diễn biến bệnh, quá trình điều trị, quá trình chăm sóc từng giai đoạn của bệnh.

III. Kiểm điểm quá trình điều trị và chăm sóc (nếu rõ ưu điểm và thiếu sót).

1. Tiếp đón người bệnh:

2. Thăm khám và chẩn đoán bệnh, nguyên nhân, triệu chứng, tiên lượng:

3. Điều trị:

Chăm sóc:

5. Mối quan hệ với gia đình người bệnh: (tình trạng bệnh, tài sản tư trang ...):

IV. Ý kiến bổ sung của từng người (bám sát trọng tâm):

V. Kết luận (chủ tọa kết luận: nêu bật diễn biến bệnh, ưu điểm và thiếu sót nếu có trong quá trình chẩn đoán, điều trị, chăm sóc và rút kinh nghiệm nếu có...):

Biên bản này đã được thư ký đọc cho mọi người nghe và nhất trí cùng ký tên, từng người dưới đây:

CÁC THÀNH VIÊN

THƯ KÝ

CHỦ TỌA

Họ tên

Họ tên

BỆNH VIỆN ĐKKV BÔNG SƠN
KHOA CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH



BÌ ĐỰNG FILM

Họ và tên:..... Tuổi:.....

Bộ phận chụp:.....

Địa chỉ:.....

BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC BỔNG SƠN
KHOA CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH
ĐC: 202 QUANG TRUNG - PHƯỜNG BỔNG SƠN - THỊ XÃ HOÀI NHƠN
ĐIỆN THOẠI: 0256.3861665

CỘNG HƯỞNG TỪ (MRI)

HỌ VÀ TÊN BỆNH NHÂN: _____

GIỚI TÍNH: NAM NỮ _____ NĂM SINH: _____

CHỤP: _____ LẦN: _____

NƠI GỬI: _____

ĐỊA CHỈ: _____

SỐ ID: _____ PL CE

SỐ LƯỢNG PHIM: _____

NGÀY _____ THÁNG _____ NĂM 20 _____

CHÚ Ý: LẦN SAU TÁI KHÁM NHỚ MANG THEO PHIM NÀY.

BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC BỔNG SƠN
KHOA CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH
ĐC: 202 QUANG TRUNG - PHƯỜNG BỔNG SƠN - THỊ XÃ HOÀI NHƠN
ĐIỆN THOẠI: 0256.3861665

CT - SCANNER

HỌ VÀ TÊN BỆNH NHÂN: _____

GIỚI TÍNH: NAM NỮ _____ NĂM SINH: _____

CHỤP: _____ LẦN: _____

NƠI GỬI: _____

ĐỊA CHỈ: _____

SỐ ID: _____ PL CE

SỐ LƯỢNG PHIM: _____

NGÀY _____ THÁNG _____ NĂM 20 _____

CHÚ Ý: LẦN SAU TÁI KHÁM NHỚ MANG THEO PHIM NÀY.

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH

BỆNH VIỆN ĐKKV BỒNG SƠN

202 Quang Trung - P. Bồng Sơn - TX. Hoài Nhơn - Bình Định

ĐT: (0256)3861.739



Kính gửi:

.....

.....

.....



SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BÌNH ĐỊNH

SỔ XUẤT NHẬP THUỐC HƯỚNG THÂN,
THUỐC TIỀN CHẤT

KHOA DƯỢC

- Bắt đầu sử dụng ngày:.....
- Hết số nộp lưu trữ ngày:.....
- Số này gồm:.....
- Được đánh số thứ tự:.....

BAN GIÁM ĐỐC



SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BÔNG SƠN

SỔ XUẤT NHẬP THUỐC GÂY NGHIỆN

KHOA DƯỢC

- Bắt đầu sử dụng ngày:.....
- Hết số nộp lưu trữ ngày:.....
- Số này gồm:.....
- Được đánh số thứ tự:.....

BAN GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BÔNG SƠN
☎ ★ ☎

THẺ KHO

Năm 202.....

BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC BÔNG SƠN

**PHIẾU DỰ TRÙ VÀ CUNG CẤP MÁU
CHO CÁC CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Phụ lục 9
PHIẾU DỰ TRÙ VÀ CUNG CẤP MÁU CHO CÁC CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
 (Ban hành kèm theo Thông tư số 26/2013/TT-BYT ngày 16/9/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

PHẦN LƯU TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG

PHẦN LƯU TẠI KHOA CUNG CẤP MÁU

Sở Y tế Bình Định
 Bệnh viện ĐKKV Bông Sơn

PHIẾU CUNG CẤP MÁU VÀ THÀNH PHẦN MÁU

Sở Y tế Bình Định
 Bệnh viện ĐKKV Bông Sơn

PHIẾU CUNG CẤP MÁU VÀ THÀNH PHẦN MÁU

Họ tên người bệnh:..... Tuổi:..... Giới:.....
 Chẩn đoán:.....
 Khoa/phong:..... Số giường:.....
 Nhóm máu ABO:..... Nhóm máu Rh:..... Số lần đã truyền:.....
 Lưu ý bất thường (lâm sàng, xét nghiệm):.....
 Loại chế phẩm máu cần truyền: Số lượng:.....
 Số lượng:.....
 Số lượng:.....

Họ tên người bệnh:..... Tuổi:..... Giới:.....
 Chẩn đoán:.....
 Khoa/phong:..... Số giường:.....
 Nhóm máu ABO:..... Nhóm máu Rh:..... Số lần đã truyền:.....
 Lưu ý bất thường (lâm sàng, xét nghiệm):.....
 Loại chế phẩm máu cần truyền: Số lượng:.....
 Số lượng:.....
 Số lượng:.....

Hỏi..... giờ..... ngày..... tháng..... năm 20.....

Phụ trách khoa phòng điều trị
 (Họ tên và chữ ký)

Bác sĩ điều trị
 (Họ tên và chữ ký)

Hỏi..... giờ..... ngày..... tháng..... năm 20.....

Phụ trách khoa phòng điều trị
 (Họ tên và chữ ký)

Bác sĩ điều trị
 (Họ tên và chữ ký)

Loại chế phẩm máu đã cấp:..... Số lượng:..... đv
 Bao gồm các đơn vị máu và chế phẩm máu có mã hiệu như sau:
 1. Nhóm máu:..... Thể tích:.....
 2. Nhóm máu:..... Thể tích:.....
 3. Nhóm máu:..... Thể tích:.....

Loại chế phẩm máu đã cấp:..... Số lượng:..... đv
 Bao gồm các đơn vị máu và chế phẩm máu có mã hiệu như sau:
 1. Nhóm máu:..... Thể tích:.....
 2. Nhóm máu:..... Thể tích:.....
 3. Nhóm máu:..... Thể tích:.....

Hỏi..... giờ..... ngày..... tháng..... năm 20.....

Điều dưỡng
 (Họ tên và chữ ký)

Người phát máu
 (Họ tên và chữ ký)

Hỏi..... giờ..... ngày..... tháng..... năm 20.....

Điều dưỡng
 (Họ tên và chữ ký)

Người phát máu
 (Họ tên và chữ ký)

MS: 06/BV-01

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BÔNG SƠN
—000—

SỔ BIÊN BẢN HỘI CHẨN

KHOA:

- Bắt đầu sử dụng ngày:/...../.....
- Hết số, nộp lưu trữ ngày:/...../.....

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BỒNG SƠN
--001--

LỆNH ĐIỀU XE

Bắt đầu sử dụng ngày :...../...../.....

Hết số, nộp lưu trữ ngày :...../...../.....

MS: 08/BV-01

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BỔNG SƠN

SỔ BÀN GIAO THUỐC THƯỜNG TRỰC

BỆNH VIỆN:

KHOA:

- Bắt đầu sử dụng ngày:/...../.....

- Hết số, nộp lưu trữ ngày:/...../.....

MS: 09/BV-01

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BÔNG SƠN

SỔ BÀN GIAO DỤNG CỤ THƯỜNG TRỰC

KHOA:

- Bắt đầu sử dụng ngày:/...../.....

- Hết số, nộp lưu trữ ngày:/...../.....

MS: 19/BV-01

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BỒNG SƠN

---000---

SỔ GIAO VÀ NHẬN BỆNH PHẨM

KHOA:

- Bắt đầu sử dụng ngày:/...../.....

- Hết sổ, nộp lưu trữ ngày:/...../.....

MS: 10/BV-01

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BỒNG SƠN

SỔ SAO CHÉP VÀ THỰC HIỆN Y LỆNH

BỆNH VIỆN:

KHOA :

- Bắt đầu sử dụng ngày:/...../.....

- Hết số, nộp lưu trữ ngày:/...../.....



SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BÌNH ĐỊNH

SỔ Y LỆNH HUYỆT, THUỐC THANG (SỔ Y LỆNH ĐÔNG Y)

KHOA:

Năm:

MS : 03/BV-01

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH

SỔ BÀN GIAO NGƯỜI BỆNH VÀO KHOA

BỆNH VIỆN ĐKKV BỒNG SƠN

KHOA:.....

- Bắt đầu sử dụng ngày :/...../.....

- Hết sổ, nộp lưu trữ ngày :/...../.....

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BÔNG SƠN

ĐƠN THUỐC

KHOA:

QUYỂN SỐ:

Bắt đầu sử dụng ngày:...../...../.....

Hết số, nộp lưu trữ ngày:...../...../.....



SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC BÔNG SƠN
ĐC: 202 Quang Trung - Bông Sơn - Hoài Nhơn - Bình Định

SỔ KHÁM BỆNH

(KHI ĐI TÁI KHÁM NHỚ MANG THEO SỔ)



Họ và tên:.....

Năm sinh:.....

Địa chỉ:.....

Nghề nghiệp:.....

Số thẻ BHYT:.....



天



BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC BÔNG SƠN
 ĐC : 202 QUANG TRUNG - TT. BÔNG SƠN - HOÀI NHƠN - BÌNH ĐỊNH

KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

Điện thoại : 0256. 3761163

Điều trị bằng
 Y học cổ truyền

- * Kem mạch - Cắt thuốc
- * Châm cứu - Điện châm
- Thủy châm ...



桂



茸

CÁCH SẮC YA DÙNG

* Nước nhấ : 4 chén còn 1 chén
 * Nước nhì : 3 chén còn lại 7 phần
 Hai nước hòa chung uống..... lần

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BÔNG SƠN

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

Số: /GKSK-BVĐKKVBS

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Ảnh
(4 x 6cm)

Họ và tên (*chữ in hoa*):

Giới: Nam Nữ Tuổi:

Số CMND hoặc Hộ chiếu: cấp ngày/...../.....

tại:

Chỗ ở hiện tại:

Lý do khám sức khỏe:

TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không ; b) Có ; Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

2. Tiền sử bản thân:

Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh truyền nhiễm, bệnh tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không ; b) Có . Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

Người đề nghị khám sức khỏe
(Ký và ghi rõ họ, tên)

I. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao:cm; Cân nặng:kg; Chỉ số BMI:
Mạch:lần/phút; Huyết áp:/..... mmHg

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Nội khoa	
a) Tuần hoàn:	
Phân loại:	
b) Hô hấp:	
Phân loại:	
c) Tiêu hóa:	
Phân loại:	
d) Thận-Tiết niệu:	
Phân loại:	
e) Cơ-xương-khớp:	
Phân loại:	
f) Thần kinh:	
Phân loại:	
g) Tâm thần:	
Phân loại:	
2. Ngoại khoa:	
Phân loại:	
3. Sản phụ khoa:	
Phân loại:	
4. Mắt:	
- Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải: Mắt trái:	
Có kính: Mắt phải: Mắt trái:	
- Các bệnh về mắt (nếu có):	
Phân loại:	
5. Tai - Mũi - Họng	
- Kết quả khám thính lực:	
Tai trái: Nói thường: m; Nói thầm: m	
Tai phải: Nói thường: m; Nói thầm: m	
- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):	
Phân loại:	
6. Răng - Hàm - Mặt	
- Kết quả khám: + Hàm trên:	
+ Hàm dưới:	
- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có):	
Phân loại:	
7. Da liễu:	
Phân loại:	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Xét nghiệm máu:	
a) Công thức máu: Số lượng HC:	
Số lượng Bạch cầu:	
Số lượng Tiểu cầu:	
b) Sinh hóa máu: Đường máu:	
Urê: Creatinin:	
ASAT (GOT): ALAT (GPT):	
c) Khác (nếu có):	
2. Xét nghiệm nước tiểu:	
a) Đường:	
b) Protêin:	
c) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh:	
.....	

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe: 1
2. Các bệnh, tật (nếu có): 2

..... ngày tháng năm
NGƯỜI KẾT LUẬN
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

¹ Phân loại sức khỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT-QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của Bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành.
² Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh.

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
1. Các xét nghiệm bắt buộc: a) Xét nghiệm ma túy - Test Morphin/Heroin: - Test Amphetamin: - Test Methamphetamin: - Test Marijuana (cần sa):	
b) Xét nghiệm nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở:	
2. Các xét nghiệm chỉ thực hiện khi có chỉ định của bác sĩ khám sức khỏe: Huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác:	
a) Kết quả: b) Kết luận:	

IV. KẾT LUẬN

.....

(Giấy khám sức khỏe này có giá trị sử dụng trong vòng 06 tháng kể từ ngày ký kết luận).

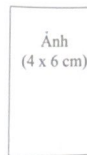
..... ngày..... tháng..... năm.....
NGƯỜI KẾT LUẬN
 (Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
 BỆNH VIỆN ĐKKV BÔNG SƠN

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

Số:...../GKSKLX-BVĐKKVBS

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE



Họ và tên (chữ in hoa):
 Giới: Nam Nữ Tuổi:
 Số CMND hoặc Hộ chiếu: cấp ngày...../...../.....
 tại
 Chỗ ở hiện tại:
 Đề nghị khám sức khỏe để lái xe hạng:

I. TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình:
 Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:
 a) Không b) Có
 Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

2. Tiền sử, bệnh sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không?
 (Bác sĩ hỏi bệnh và đánh dấu X vào ô tương ứng)

	Có/Không	Có/Không
Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, gây to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tăng huyết áp		
Khó thở		
Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính		
Bệnh thận, lọc máu		

Tai biến mạch máu não hoặc liệt		
Bệnh hoặc tổn thương cột sống		
Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục		
Sử dụng ma túy và chất gây nghiện		

Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

b) Hiện tại đang có thai hoặc nuôi con nhỏ dưới 12 tháng hay không? (Đối với phụ nữ):

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật. Nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

..... ngày..... tháng..... năm
Người đề nghị khám sức khỏe
(Ký và ghi rõ họ, tên)

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
1. Tâm thần:	
Kết luận:	
2. Thần kinh:	
Kết luận:	
3. Mắt:	
- Thị lực nhìn xa từng mắt:	
+ Không kính: Mắt phải:..... Mắt trái:.....	
+ Có kính: Mắt phải:..... Mắt trái:.....	
- Thị lực nhìn xa hai mắt: Không kính:..... Có kính:.....	

- Thị trường:

Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)		Thị trường đứng (chiều trên - dưới)	
Bình thường	Hạn chế	Bình thường	Hạn chế

- Sắc giác
- + Bình thường
- + Mù màu toàn bộ Mù màu: - Đỏ
- Xanh lá cây - Vàng
- Các bệnh về mắt (nếu có):

Kết luận:

4. Tai - Mũi - Họng:

- Kết quả khám thính lực (có thể sử dụng máy trợ thính)
- + Tai trái: Nói thường:..... m; Nói thầm:..... m
- + Tai phải: Nói thường:..... m; Nói thầm:..... m
- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):

Kết luận:

5. Tim mạch:

- + Mạch: lần/phút;
- + Huyết áp:/..... mmHg

Kết luận:

6. Hô hấp:

Kết luận:

7. Cơ - Xương - Khớp:

Kết luận:

8. Nội tiết:

Kết luận:

9. Thai sản:

Kết luận:

PHẦN I. XÉT NGHIỆM HÒA HỢP MIỄN DỊCH TRUYỀN MÁU

Họ tên người bệnh:..... Mã số:..... Tuổi:..... Giới:.....
Chẩn đoán:..... Khoa/phòng:..... Số giường:.....
Loại chế phẩm máu truyền:..... Số lượng:.....ml
Mã số đơn vị chế phẩm máu truyền:.....
Ngày lấy máu / điều chế:..... Hạn dùng:.....

Người bệnh nhóm ABO:..... Rh.....	Kết quả xét nghiệm hòa hợp miễn dịch		
Chế phẩm máu nhóm ABO:..... Rh.....		môi trường muối	37°C/kháng globulin
Các xét nghiệm khác:.....	ống 1		
.....	ống 2		

Hồi..... giờ..... ngày..... tháng..... năm 2020

NGƯỜI LÀM XÉT NGHIỆM
(Chữ ký và họ tên)

PHẦN II. THEO DÕI TRUYỀN MÁU LÂM SÀNG

Lần truyền máu thứ:.....
Định nhóm đơn vị máu, chế phẩm:..... Định nhóm người nhận:..... Phản ứng chéo tại giường:.....
Bắt đầu truyền hồi:..... giờ..... ngày..... tháng..... năm 20.....

Thời gian	Tốc độ truyền (giọt/ph)	Màu sắc da, niêm mạc	Nhịp thở (l/phút)	Mạch (l/phút)	Huyết áp (mmHg)	Thân nhiệt (°C)	Những diễn biến khác

Ngừng truyền hồi:..... giờ..... ngày..... tháng..... năm 20.....

Số lượng máu thực tế đã truyền:..... ml

Nhận xét quá trình truyền máu:.....
.....

BÁC SỸ ĐIỀU TRỊ

ĐIỀU DƯỠNG TRUYỀN MÁU

Tên cơ sở y tế:.....

Mẫu số 1

Kèm theo Công văn hướng dẫn liên Sở
số 1309/HĐLS-YT-TC ngày 20/8/2013
của Sở Y tế và Sở Tài chính

BẢNG KÊ CHI HỖ TRỢ MỘT SỐ CHẾ ĐỘ TRONG KCB CHO NGƯỜI NGHÈO

Tên bệnh nhân:..... Năm sinh:.....

Mã thẻ BHYT:..... Mã số bệnh án:.....

Địa chỉ:.....

Đối tượng (người nghèo, DTTS,...):.....

Ngày nhập viện:..... Ngày ra viện:.....

1. Hỗ trợ chi phí KCB đối với phần người bệnh phải đồng chi trả:

Tên khoa/phòng điều trị	Tổng chi phí KCB	Tổng chi phí KCB đã được BHYT thanh toán	Phần chi phí người bệnh phải đồng chi trả	Tỷ lệ % mức hỗ trợ theo quy định	Số tiền chi hỗ trợ
A	1	2	$3 = 1 - 2$	4	$5 = 3 \times 4$
- Khoa.....					
- Khoa.....					
-					
Tổng cộng					

2. Hỗ trợ chi phí KCB đối với người mắc bệnh ung thư, chạy thận nhân tạo, mổ tim:

Tên khoa/phòng điều trị	Tổng chi phí KCB	Tỷ lệ % mức hỗ trợ theo quy định	Số tiền chi hỗ trợ	Ghi chú
- Khoa.....				
- Khoa.....				
-				
Tổng cộng				

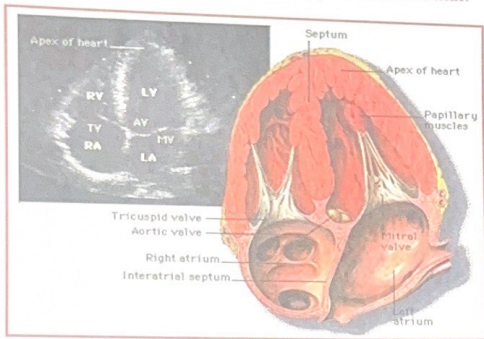
3. Hỗ trợ tiền ăn đối với người nghèo và dân tộc thiểu số:

Tên khoa/phòng điều trị	Ngày nhập viện	Ngày ra viện	Số ngày được hỗ trợ tiền ăn	Mức hỗ trợ tiền ăn 1 ngày	Tổng số tiền ăn được hỗ trợ	Ghi chú
A	1	2	3	4	$5 = 3 \times 4$	6
- Khoa.....						
- Khoa.....						
-						
Tổng cộng						

Siêu âm Doppler màu 4 chiều CHẨN ĐOÁN SIÊU ÂM KỸ THUẬT CAO

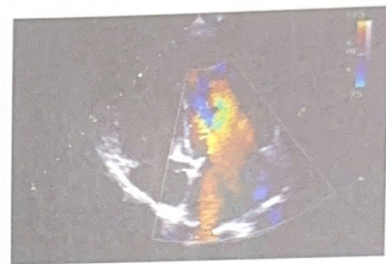
Có khả năng chẩn đoán hầu hết các bộ phận trong cơ thể.

1. Theo dõi sự tiến triển và phát triển bình thường thai nhi (có chụp ảnh và ghi hình ảnh thai nhi sang đĩa CD).
2. Chẩn đoán bệnh lý tử cung, buồng trứng, theo dõi ngày rụng trứng.
3. Chẩn đoán và theo dõi các bệnh lý mô mềm: tuyến giáp, tuyến vú, bìu, tinh hoàn, các bướu ngoài da...
4. Chẩn đoán bệnh lý của tim và mạch máu.
5. Chẩn đoán các bệnh lý trong ổ bụng: gan, mật, lách, tụy, bàng quang, tiền liệt tuyến, ruột thừa, lồng ruột...
6. Siêu âm không có hại cho sức khỏe và thai nhi nên có thể siêu âm nhiều lần để chẩn đoán và xem sự phát triển của thai.



BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC BÔNG SƠN KHOA CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH Phòng Siêu âm Doppler màu 3D - 4D

PHIẾU SIÊU ÂM



XVISION



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

BIÊN BẢN
Nhận thuốc gây nghiện do người bệnh/người đại diện
của người bệnh nộp lại

Hôm nay, ngày.....tháng.....năm 20.....

Họ và tên người nhà người bệnh

Địa chỉ:.....

Nộp lại thuốc do người bệnh không dùng hết như sau:

1. Tên thuốc, hàm lượng:.....

2. Số lượng:.....

3. Hạn dùng:.....

4. Tình trạng của thuốc:

- Hình thức đóng gói của thuốc (*vi, lọ, ống hay viên*).....

- Cảm quan về chất lượng:(*màu sắc của viên thuốc hoặc dung dịch, độ trong của dung dịch. Bao bì, nhãn*).

Biên bản này được làm thành 02 bản, 01 bản nơi nhận lại thuốc lưu, 01 bản người nộp lại thuốc giữ.

Hoài Nhơn, ngày.....tháng.....năm 20

NGƯỜI NỘP LẠI

(Ký, ghi rõ họ tên)

NGƯỜI NHẬN THUỐC

(Ký, ghi rõ họ tên)

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

BIÊN BẢN
TRẢ VỎ THUỐC GÂY NGHIỆN ĐÃ SỬ DỤNG

Kính gửi: Bệnh viện ĐKKV Bồng Sơn

Tôi tên là:.....

Nghề nghiệp:.....

Địa chỉ thường trú:.....

Số CMND:....., ngày cấp:..... nơi cấp:.....

là người nhà của bệnh nhân:.....

Vào ngày:.....tôi có mua của bệnh viện số thuốc gây nghiện, cụ thể như sau:

- Tên thuốc:.....

- Số lượng:.....

(*Bằng chữ:*)

- Số hóa đơn/ chứng từ bán:.....Số lô, hạn dùng.....

- Đã sử dụng:..... còn lại:.....

Nay tôi xin được trả lại:

- Số lượng vỏ thuốc đã sử dụng:.....

- Số lô, hạn dùng.....

Biên bản này được lập thành 02 bản, mỗi bên giữ 01 bản./.

NGƯỜI NHẬN
(Ký, ghi rõ họ tên)

Hoài Nhơn, ngày tháng..... Năm 20.....
NGƯỜI TRẢ VỎ THUỐC
(Ký, ghi rõ họ tên)

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

ĐƠN ĐỀ NGHỊ
Về việc mua thuốc gây nghiện

Kính gửi: Bệnh viện ĐKKV Bồng Sơn

Tôi tên là:.....

Nghề nghiệp:.....

Địa chỉ thường trú:.....

Số CMND:....., ngày cấp:..... nơi cấp:.....

Tôi đề nghị được mua thuốc gây nghiện theo đơn thuốc “N” bác sĩ đã kê đơn và đã được lãnh đạo đơn vị phê duyệt:

Họ và tên bệnh nhân:..... Tuổi:.....

Bị bệnh:.....

Bệnh nhân là:.....(Cha/Mẹ/Chồng/Vợ....) của tôi.

Tôi xin kèm theo giấy tờ liên quan để chứng minh:

1. Hộ khẩu gia đình (Bản gốc để bệnh viện lưu và sẽ trả lại khi người bệnh không còn mua thuốc).
2. Giấy chứng minh nhân dân (Bản gốc để đối chiếu khi mua thuốc).

Tôi xin cam đoan sử dụng thuốc đúng mục đích để chữa bệnh, trả vỏ theo đúng số lô/ số kiểm soát mà bệnh viện đã bán cho tôi. Trường hợp bệnh nhân tử vong trước khi dùng hết thuốc, tôi sẽ viết giấy trả lại đầy đủ số thuốc chưa dùng đến cho bệnh viện. Nếu để thất thoát hoặc sử dụng thuốc sai mục đích chữa bệnh, tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật./.

Hoài Nhơn, ngày tháng..... năm 20.....

NGƯỜI LÀM ĐƠN

(Ký, ghi rõ họ tên)

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

CAM KẾT
Về việc sử dụng thuốc gây nghiện của người bệnh

Tên tôi là:

Số CMND/căn cước công dân:

Địa chỉ:.....

Điện thoại:.....

Hiện đang được điều trị ngoại trú tại bệnh viện/là người đại diện của người bệnh.....đang điều trị ngoại trú tại.....

Tôi xin cam kết về sử dụng thuốc giảm đau gây nghiện

1. Chỉ sử dụng thuốc theo hướng dẫn.
2. Chỉ nhận đơn thuốc vào các buổi hẹn khám, hoặc khám lại vì lý do đau nặng hơn tại bệnh viện. Không nhận thêm đơn có kê thuốc giảm đau gây nghiện và không tìm thuốc từ bất kỳ nguồn nào khác.
3. Nộp lại thuốc thừa cho cơ sở đã cấp/bán thuốc khi không dùng hết.
4. Không bán thuốc đã được kê đơn.
5. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật nếu vi phạm quy định về sử dụng thuốc gây nghiện.

Hoài Nhơn, ngày tháng năm 20...

NGƯỜI CAM KẾT

(Ký, ghi rõ họ tên)

PHIẾU TIẾN TRÌNH XÉT NGHIỆM VI SINH

Số:

Họ tên bệnh nhân: tuổi:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Bệnh phẩm:

Nơi gửi:

Ngày giờ nhận bệnh phẩm:

TIẾN TRÌNH

NGÀY 1

1/ Khảo sát trực tiếp:

- Đại thể:

- Nhuộm gram:

2/ Cấy vào các môi trường:

-

-

-

NGƯỜI THỰC HIỆN

Tên tài liệu: TIEN TRINH VI SINH

Mã tài liệu: QTC-0/03 Doc

Người viết: Lý Ngọc Thanh

Ngày phát hành: 01/10/2007

Người chịu trách nhiệm: CN Lý Ngọc Thanh

Ngày xem xét lại:

FAISO 15189\QUI TRINH CHUAN3. Vi sinh\Tien trinh.doc

MS: 03D/BV-01

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BÔNG SƠN

PHIẾU LĨNH VẬT DỤNG Y TẾ TIÊU HAO

KHOA:

QUYỀN SỐ:



TRƯỞ

Họ tên: ..

- Bắt đầu sử dụng ngày:/...../.....

- Hết số, nộp lưu trữ ngày:/...../.....

MS: 05D/BV-01

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BỔNG SƠN

PHIẾU TRẢ LẠI THUỐC/HÓA CHẤT/ VẬT DỤNG Y TẾ TIÊU HAO

KHOA:

QUYỀN SỐ:

- Bắt đầu sử dụng ngày:/...../.....
- Hết số, nộp lưu trữ ngày:/...../.....

