

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 Thứ trưởng (để biết);
- Website Bộ Y tế, website Cục QLKCB;
- Lưu: VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG**

**THỨ TRƯỞNG**



Nguyễn Thị Xuyên

SỞ Y TẾ.....  
BỆNH VIỆN.....  
Khoa:.....Giường.....

**BỆNH ÁN**  
**BỆNH TAY CHÂN MIỆNG**

Số hồ sơ:...../  
Mã YT...../...../...../.....

**I. HÀNH CHÍNH:**

Tuổi

1. Họ và tên (In hoa): ..... 2. Sinh ngày:

3. Giới: 1. Nam  2. Nữ

4. Dân tộc: .....   5. Ngoại kiều: .....

6. Địa chỉ: Số nhà..... Thôn, phố..... Xã, Phường.....  
Huyện (Q, Tx).....   Tỉnh, thành phố.....

7. Họ tên bố ..... Họ tên mẹ .....  
Trình độ VH ..... Nghề nghiệp của bố: ..... Trình độ VH..... Nghề nghiệp của mẹ: .....

8. Đối tượng: 1. BHYT  2. Thu phí  3. Miễn  4. Khác

9. BHYT giá trị đến ngày ..... tháng ..... năm 20..... Số thẻ BHYT

10. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: .....  
Điện thoại số.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

11. Vào viện: ..... giờ.....ph ngày...../...../.....	13. Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
12. Trục tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
14. Vào khoa <input type="text"/> Khoa ng / th / năm Số ngày ĐI <input type="text"/>	16. Chuyển viện: 1.Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
15. Chuyển <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	Chuyển đến.....
15. Chuyển <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Ra viện: ..... giờ ..... ngày...../...../.....
15. Chuyển <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Đưa về <input type="checkbox"/>
	18. Tổng số ngày điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**III. CHẨN ĐOÁN**

	MÃ ICD 10	MÃ ICD 10
19. Nơi chuyển đến: .....		22. Ra viện:
..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		+ Bệnh chính: .....
20. KKB, Cấp cứu: .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. Khi vào khoa điều trị.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh kèm theo.....
..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/>	+ Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	+ Tai biến: <input type="checkbox"/>
		+ Biến chứng: <input type="checkbox"/>

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

23. Kết quả điều trị	25. Tình hình tử vong: ..... giờ.....phút ngày..... tháng ..... năm .....
1. Khỏi <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/>
2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/>	2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	3. Khác <input type="checkbox"/>
4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
5. Tử vong <input type="checkbox"/>	2. Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
24. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):	26. Nguyên nhân chính tử vong: ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/>	27. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/>
	28. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: .....
	..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ngày ..... tháng ..... năm .....

**Giám đốc bệnh viện**

**Trưởng khoa**

Họ và tên .....

Họ và tên .....

# 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  Bỏ ăn / 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), Sống)

- Tình trạng khi sinh: 1.Đẻ thường  2.Forceps  3.Giác hút  4.Đẻ phẫu thuật  5.Đẻ chỉ 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

-  Tím 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>0</sup>C

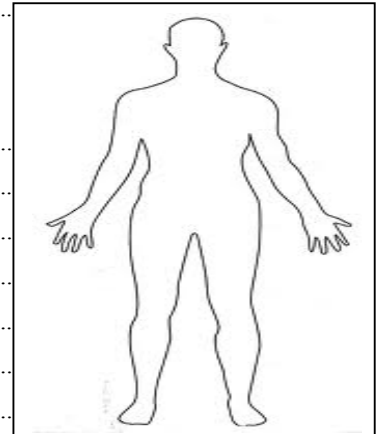
Huyết áp ...../..... mmHg

Nhịp thở..... lần/ph

Cân nặng ..... kg

## 2. Các cơ quan:

- + Tuần hoàn: Tiếng tim:  Rõ  Mờ  gallop  Âm thổi (ghi rõ): .....  
 Dấu hiệu tĩnh 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 loạn 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: .....



**Lưu ý: Ghi ký hiệu viết tắt vào vùng phát ban ở hình trên.**

**P:** Phát ban – **B:** Bóng nước – **S:** Sản hồng ban – **H:** ban hỗn hợp sản, bóng nước, hồng ban) – **L:** Loét miệng.

## 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 (Trẻ < 1T: > 100 mmHg; Trẻ 1-2T: > 110 mmHg; Trẻ > 2T: > 115 mmHg)  Gòng 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:  $\geq 2$  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**

## 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....
Loại	Số tờ		Bác sỹ điều trị
- X - quang:		Họ tên .....	
- CT Scanner / MRI			
- Siêu âm		Người nhận hồ sơ:	Họ tên .....
- Xét nghiệm		Họ tên .....	
- Khác: .....			
- Toàn bộ hồ sơ			

# 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						
Vã mồ hôi khu trú (vị trí)						
Co giật (TT: Toàn thân, KT: Khu trú)						
Da nổi bông (khu trú)						
Chi mát / CRT > 2 giây						
Tri 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 ĐẬM)

**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: Vã mồ hôi lạnh, thở nhanh, mạch > 170, HA tăng, liệt TK sọ, thất điều, GCS < 10
- DHLS GD 4: HA tụt, kẹp, đặt NKQ, GCS < 7

BTCLM độ 2a cần TD sát khi 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**

## DIỄN TIẾN ĐIỀU TRỊ

NGÀY / GIỜ	LÂM SÀNG					ĐIỀU TRỊ
	M (l/p)	HA (CmHg)	CVP (CmH <sub>2</sub> O)	Ntiều (ml)	Khác	