

BỆNH AN CHĂM SÓC

Khoa:.....

PHẦN I: THU THẬP DỮ KIẾN

I. Phần hành chính

1. Họ và tên bệnh nhân: Tuổi: Giới: Phòng: Giường:
2. Nghề nghiệp:
3. Dân tộc:
4. Địa chỉ liên lạc:
5. Địa chỉ báo tin:
6. Ngày, giờ vào viện:
7. Ngày, giờ làm bệnh án:
8. Chẩn đoán:
 - Chẩn đoán vào viện (nếu có):
 - Chẩn đoán hiện tại:

II. Bệnh sử:

1. Lý do vào viện (lý do đến khám): Thường là triệu chứng cơ năng, cũng có thể là một triệu chứng thực thể làm bệnh nhân khó chịu hoặc quan tâm đi khám và nhập viện. Thường không quá 3 triệu chứng, triệu chứng được diễn tả theo từ ngữ của bệnh nhân.

2. Quá trình bệnh lý:

- Là diễn tiến bệnh từ khi bệnh khởi phát cho đến lúc nhập viện (nếu làm bệnh án ngay lúc nhập viện), phần sau nhập viện (nếu làm bệnh án một thời gian sau).
- Diễn tiến bệnh bao gồm những triệu chứng xuất hiện theo thứ tự thời gian và có mối quan hệ giữa các triệu chứng đó kể cả phần được khám, chẩn đoán, điều trị.
- Bệnh khởi phát cách ngày nhập viện bao lâu (thời gian tính bằng giờ, ngày, tháng...), có các triệu chứng gì (kể theo thứ tự thời gian), quan hệ với nhau thế nào (nôn làm giảm đau, ...). Bệnh nhân được khám, chẩn đoán, đã điều trị gì và tiến triển ra sao với điều trị đó, ...

+ Hiện tại: Mô tả các triệu chứng cơ năng chủ quan của bệnh nhân khi bệnh nhân trả lời các câu hỏi của điều dưỡng:

- Các triệu chứng xuất hiện trong phân bệnh sử: triệu chứng nào còn, triệu chứng nào hết, có thay đổi tính chất các triệu chứng đó hay không?

- Các mô tả các triệu chứng, dấu hiệu khác mà điều dưỡng hỏi được.

III. Tiền sử:

1. Tiền sử bản thân:

- Tiền sử sản phụ khoa (bệnh nhân nữ): PARA, kinh nguyệt, ...

- Tiền sử bệnh lý: Bao gồm bệnh lý nội/ ngoại khoa, theo thứ tự thời gian rõ ràng.

- Thói quen sinh hoạt: Thói quen (thói quen xấu có thể gây bệnh).

+ Rượu: Lượng uống/ngày và thời gian uống, càng cụ thể càng tốt.

+ Thuốc lá: Gói/ngày, gói/năm.

- Tiền sử tiếp xúc hoá chất.

- Quan hệ cá nhân: Bạn thân, người yêu (Ví dụ: lao phổi).

- Dự ứng thuốc hoặc thức ăn?

2. Tiền sử gia đình:

- Trong gia đình có ai mắc bệnh giống bệnh nhân, hoặc có bệnh đặc biệt có tính chất gia đình và tính chất di truyền.

Ví dụ: Mẹ bị tăng huyết áp, tai biến mạch máu não năm 1980.

3. Dịch tễ (nếu có):

- Xung quanh hàng xóm có ai mắc bệnh như bệnh nhân không, vùng địa dư có bệnh gì đặc biệt không?

- Môi trường dân cư người bệnh sinh sống.

IV. Nhận định hiện tại:

1. Toàn trạng:

- Tỉnh táo, tiếp xúc tốt, gọi hỏi biết trả lời đúng, chính xác; Tỉnh táo nhưng mệt mỏi; Ly bì, ngủ gà, hôn mê; Đánh giá hôn mê theo thang điểm Glasgow.

- Tổng trạng chung: Gầy, trung bình, béo, chiều cao, cân nặng.

- Màu sắc da, niêm mạc: Tím, xanh nhợt, hồng.

- Các hình thái xuất huyết: Chấm, nốt, đám, mảng xuất huyết.

- Phù hay không? phù trắng mềm hay cứng, vị trí nào, đối xứng hay không?

- Có tuần hoàn bàng hệ dưới da hay không?

- Lòng: Có bất thường không?
- Tóc: Khô, mềm, xơ, cứng, dễ gãy hay không?
- Móng: Hình dạng móng (cong, khum); tình trạng khô, có khía, dễ gãy.
- Hạch: Vị trí, số lượng, kích thước, mật độ, mức độ di động, dính hay không dính vào tổ chức dưới da; Có biểu hiện viêm cấp tính?
- Tuyên giáp: Kích thước, nghe có tiếng thổi, mật độ như thế nào?
- Dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

2. Lược qua các cơ quan:

- a. Ưu tiên cơ quan bị bệnh khám trước.
- b. Các cơ quan khác.

3. Cận lâm sàng:

- Có giá trị chẩn đoán hoặc loại trừ, ghi theo thứ tự ngày tháng thực hiện.

4. Y lệnh bác sĩ:

- Y lệnh thuốc, chế độ ăn, chế độ phân cấp chăm sóc.

V. Xác định các vấn đề cần chăm sóc:

- Các vấn đề cần chăm sóc (triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, biến chứng (nếu có) trên bệnh nhân) sắp xếp theo thứ tự ưu tiên.

PHÂN II: KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

Ngày, giờ	Nhận định vấn đề chăm sóc	Lập kế hoạch chăm sóc	Thực hiện kế hoạch chăm sóc	Lượng giá
	<ul style="list-style-type: none"> - Toàn trạng chung của người bệnh (chỉ ghi những triệu chứng bất thường) - Các vấn đề chăm sóc sắp xếp theo thứ tự ưu tiên - Chế độ dinh dưỡng - Chế độ vệ sinh - Y lệnh còn lại (nếu có) 	<ul style="list-style-type: none"> - Theo dõi liên/ngày (Phụ thuộc vào chế độ phân cấp chăm sóc) - Xác định được các vấn đề cần theo dõi và chăm sóc phù hợp, đảm bảo đáp ứng được các nhu cầu cần thiết của người bệnh hiện tại - Đảm bảo dinh dưỡng cho bệnh nhân - Đảm bảo vệ sinh cho bệnh nhân - Thực hiện y lệnh đầy đủ 	<ul style="list-style-type: none"> - Đưa ra hành động chăm sóc phù hợp với kế hoạch và phù hợp với mục tiêu chăm sóc 	<ul style="list-style-type: none"> - Phải có thời gian cụ thể. (Tùy thuộc vào hành động chăm sóc)

	- Sự hiểu biết về vấn đề tự chăm sóc sức khỏe hay Kiến thức về y học	- Giáo dục sức khỏe		
--	--	---------------------	--	--