**HỒ SƠ QUẢN LÝ SỨC KHỎE CÁ NHÂN**

*(Banh hành theo QĐ 831/BYT)*

|  |  |
| --- | --- |
| **A. PHẦN THÔNG TIN HÀNH CHÍNH** | Mã hộ GĐ:…………………… |

Họ và tên: ………………………………. Quan hệ với chủ hộ......................................

Giới tính: Nam □ Nữ □

Nhóm máu: Hệ ABO: ………………. Hệ Rh:…………...*(Thông tin không bắt buộc)*

Ngày sinh: …………………… Tỉnh/TP đăng ký khai sinh:..........................................

Dân tộc: …………………… Quốc tịch: …………..…….. Tôn giáo: ……….……….

Nghề nghiệp:....................................

Số CMND/CCCD: …………………… ngày cấp: ……………….. nơi cấp: ………....

Mã định danh BHYT/ Số thẻ BHYT:..............................................................................

Nơi đăng ký HKTT: (Thôn/xóm; số nhà, đường phố): ..................................................

Xã/Phường: ………………………Quận/Huyện: ………………Tỉnh/TP...................

Nơi ở hiện tại: Thôn/xóm; số nhà, đường phố:...............................................................

Xã/Phường: …………………… Quận/Huyện: …………………. Tỉnh/TP..................

Điện thoại: Cố định ………….. Di động: ……………….. Email:..................................

Họ tên mẹ: ……………………………… Họ tên bố:...................................................

Họ tên người chăm sóc chính (NCSC):………………………Mối quan hệ:............

Điện thoại (bố/ mẹ/ người NCSC): Cố định…………………. Di động: ..................

**B. NHÓM THÔNG TIN TIỀN SỬ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN SỨC KHỎE**

**1. Tình trạng lúc sinh**

Đẻ thường □            Đẻ mổ □              Đẻ thiếu tháng □       Bị ngạt lúc đẻ □

Cân nặng lúc đẻ…………..gr           Chiều dài lúc đẻ:…………..cm

Dị tật bẩm sinh (ghi rõ nếu có):......................................................................................

Vấn đề khác (ghi rõ nếu có):...........................................................................................

**2. Yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe cá nhân**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hút thuốc lá, lào | Không □ | Có □ | Hút thường xuyên □ | Đã bỏ | □ |
| Uống rượu bia thường xuyên | Không □ | Có □ | Số ly cốc uống/ngày…… | Đã bỏ | □ |
| Sử dụng ma túy | Không □ | Có □ | Sử dụng thường xuyên □ | Đã bỏ | □ |
| Hoạt động thể lực | Không □ | Có □ | Thường xuyên (tập thể dục, thể thao...) | □ |
| Yếu tố tiếp xúc nghề nghiệp/ Môi trường sống (Hóa chất, bụi, ồn, virút,....) ghi rõ yếu tố tiếp xúc: ……………………………………….. thời gian tiếp xúc ……………Loại hố xí của gia đình (xả nước/ hai ngăn/hố xí thùng/ không có hố xí): ………………………… |
| Nguy cơ khác (ghi rõ): …………………………………………………………… |

**3. Tiền sử bệnh tật, dị ứng**

***Dị ứng:***

| **Loại** | **Mô tả rõ** |
| --- | --- |
| Thuốc |   |
| Hóa chất/mỹ phẩm |   |
| Thực phẩm |   |
| Khác |   |

***Bệnh tật:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bệnh tim mạch | □ | Tăng huyết áp | □ | Đái tháo đường | □ | Bệnh dạ dày | □ |
| Bệnh phổi mạn tính | □ | Hen suyễn | □ | Bệnh bướu cổ | □ | Viêm gan | □ |
| Tim bẩm sinh | □ | Tâm thần | □ | Tự kỷ | □ | Động kinh | □ |
| Ung thư (ghi rõ loại ung thư):………………………………….…………………… |
| Lao (ghi rõ loại lao): …………………………………………...………………… |
| Khác (nêu rõ):………………………………………………………………………. |

**4. Khuyết tật**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bộ phận/ cơ quan** | **Mô tả** |
| Thính lực |   |
| Thị lực |   |
| Tay |   |
| Chân |   |
| Cong vẹo cột sống |   |
| Khe hở môi, vòm miệng |   |
| Khác |   |

**5. Tiền sử phẫu thuật** (ghi rõ bộ phận cơ thể đã phẫu thuật và năm phẫu thuật)

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

**6. Tiền sử gia đình**

***Dị ứng:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Loại** | **Mô tả rõ** | **Người mắc** (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị, em...) |
| Thuốc |   |   |
| Hóa chất/ mỹ phẩm |   |   |
| Thực phẩm |   |   |
| Khác |   |   |

***Bệnh tật:***

| **Tên bệnh** |   | **Người mắc** (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...) | **Tên bệnh** |   | **Người mắc** (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bệnh tim mạch | □ | ……………………….. | Hen suyễn | □ | ……………………….. |
| Tăng huyết áp | □ | ……………………….. | Đái tháo đường | □ | ……………………….. |
| Tâm thần | □ | ……………………….. | Động kinh | □ | ……………………….. |
| Ung thư (ghi rõ loại ung thư, người mắc, quan hệ) | ……………………………………………………. |
| Lao (ghi rõ loại lao, người mắc, quan hệ) | ……………………………………………………. |
| Khác (ghi rõ, người mắc, quan hệ) | ……………………………………………………. |

**7. Sức khỏe sinh sản và kế hoạch hóa gia đình**

Biện pháp tránh thai đang dùng:.......................................................................................

Kỳ có thai cuối cùng:.......................................................................................................

Số lần có thai: ………………..Số lần sảy thai:…………Số lần phá thai:.....................

Số lần sinh đẻ: ……………… Đẻ thường: ……………Đẻ mổ …………. Đẻ khó:....

Số lần đẻ đủ tháng:………… Số lần đẻ non:…………….. Số con hiện sống:................

Bệnh phụ khoa: ...............................................................................................................

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

**8. Vấn đề khác (ghi rõ nếu có):**....................................................................................

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

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

**C. TIÊM CHỦNG**

**1. Tiêm chủng cơ bản cho trẻ em:**

**2. Tiêm chủng ngoài chương trình TCMR:**

**3. Tiêm chủng VX uốn ván (phụ nữ có thai):**

**D. KHÁM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG**

*Ngày khám ……./ … …/ … …*

**1. Bệnh sử**

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

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

**2. Thăm khám lâm sàng**

**2.1.** Dấu hiệu sinh tồn, chỉ số nhân trắc học

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mạch** | **Nhiệt độ** | **HA** | **Nhịp thở** | **Cân nặng** | **Cao** | **BMI** | **Vòng bụng** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |

**2.2.**Thị lực:

Không kính: Mắt phải: ………….. Mắt trái: ………………..

Có kính:       Mắt phải: …………. Mắt trái: …………………

**2.3.** Khám lâm sàng

**2.3.1.** Toàn thân

- Da, niêm mạc: ...............................................................................................................

- Khác: .............................................................................................................................

**2.3.2.** Cơ quan

- Tim mạch: .....................................................................................................................

- Hô hấp: ..........................................................................................................................

- Tiêu hóa: .......................................................................................................................

- Tiết niệu: …...................................................................................................................

- Cơ xương khớp: ….........................................................................................................

- Nội tiết: .........................................................................................................................

- Thần kinh: ….................................................................................................................

- Tâm thần: …..................................................................................................................

- Ngoại khoa: ............................................... ..... ............................................................

- Sản phụ khoa: ...............................................................................................................

- Tai mũi họng: ................................................................................................................

- Răng hàm mặt: ..............................................................................................................

- Mắt: ...............................................................................................................................

- Da liễu: ..........................................................................................................................

- Dinh dưỡng: ..................................................................................................................

- Vận động: ......................................................................................................................

- Khác: .............................................................................................................................

- Đánh giá phát triển thể chất, tinh thần, vận động: .........................................................

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

**3. Kết quả cận lâm sàng**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Xét nghiệm** | **Kết quả** |
| 1 | Huyết học |   |
| 2 | Sinh hóa máu |   |
| 3 | Sinh hóa nước tiểu |   |
| 4 | Siêu âm ổ bụng |   |

**4. Chẩn đoán/ Kết luận** (ghi tên, mã bệnh theo ICD 10): .............................................

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

**5. Tư vấn:**

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

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

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

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

**6. Bác sĩ khám:**...............................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|   | **CƠ SỞ KCB: …………………………………...(Ký tên, đóng dấu)** |