

UBND TỈNH KHÁNH HÒA CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
SỞ Y TẾ Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 680 /SYT-NVY  
V/v sử dụng mẫu hồ sơ bệnh  
án phá thai

Khánh Hòa, ngày 08 tháng 4 năm 2015

Kính gửi:

- Các Bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh;
- Bệnh viện đa khoa Tâm Trí Nha Trang;
- Bệnh viện 22-12;
- Bệnh viện Giao thông vận tải Nha Trang;
- Trung tâm Y tế các huyện, thị xã, thành phố;
- Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe sinh sản.

Sở Y tế đã nhận Công văn số 93/SKSS ngày 20/3/2015 của Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe sinh sản về việc triển khai mẫu hồ sơ bệnh án phá thai theo Quyết định số 999/QĐ-BYT ngày 5/4/2011 của Bộ Y tế trên cơ sở tình hình thực tế hoạt động Chăm sóc Sức khỏe sinh sản tại địa phương. Về vấn đề này, Sở Y tế yêu cầu các đơn vị thực hiện nội dung sau đây:

1. Triển khai thực hiện mẫu hồ sơ bệnh án phá thai tại đơn vị (đối với các đơn vị chưa triển khai) được Bộ Y tế ban hành kèm theo Quyết định số 999/QĐ-BYT ngày 5/4/2011 (sao gửi kèm).

2. Trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc yêu cầu các đơn vị phản hồi về Sở Y tế thông qua Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản để nghiên cứu giải quyết. /././././

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Lãnh đạo Sở;
- Lưu: VT, NVY (18b).

KI, GIÁM ĐỐC  
PHÓ GIÁM ĐỐC



Lâm Quang Chứng

Số: 999/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 05 tháng 4 năm 2011

**QUYẾT ĐỊNH****Về việc ban hành mẫu Hồ sơ bệnh án phá thai****BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

Căn cứ Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27/12/2007 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế,

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này mẫu Hồ sơ bệnh án phá thai.

**Điều 2.** Mẫu Hồ sơ bệnh án phá thai được áp dụng tại các cơ sở khám, chữa bệnh có tổ chức khám, chữa bệnh sản phụ khoa.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

**Điều 4.** Các Ông, Bà: Chánh Văn phòng Bộ; Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh; Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Chánh Thanh tra Bộ và các Vụ trưởng, Cục trưởng, Tổng Cục trưởng các Vụ, Cục, Tổng cục của Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện 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 chịu thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Đ/c Thứ trưởng (để biết);
- Lưu: VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG  
THỨ TRƯỞNG**



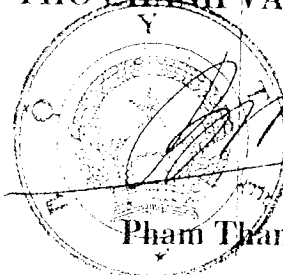
Nguyễn Việt Tiến

**BỘ Y TẾ****SAO Y BẢN CHÍNH**

Hà Nội, ngày 17 tháng 12 năm 2013

**TL. BỘ TRƯỞNG**

**KT. CHÁNH VĂN PHÒNG BỘ  
PHÓ CHÁNH VĂN PHÒNG BỘ**



Phạm Thanh Bình

Số: 135/SY-VPB5

Nơi nhận:

- Các đơn vị liên quan;
- Lưu: VT, VPB5.

Tên đơn vị .....

Số HSBA .....

.....

Số lưu trữ.....

## HỒ SƠ BỆNH ÁN PHÁ THAI

*Ban hành kèm Quyết định số...../QĐ-BYT ngày ..... tháng ..... năm 2011  
của Bộ trưởng Bộ Y tế*

Chẩn đoán tuổi thai: .....tuần

Phương pháp phá thai: .....

Họ và tên:(chữ in hoa).....

Năm sinh:.....

Ngày: ..... tháng..... năm 20.....

# BỆNH ÁN PHÁ THAI

## I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (*chữ in hoa*): ..... 2. Ngày.....Tháng..... Năm sinh : .....
3. Dân tộc: .....  4. Nghề nghiệp: .....
5. Quốc tịch: .....  6. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn.....  
phố.....Xã/phường.....
- Huyện (Q, Tx) .....  Tỉnh/thành phố .....
7. Nơi làm việc: ..... Số điện thoại liên lạc: .....
8. Họ và tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: .....  
Số điện thoại .....
9. Đến khám/vào viện hồi: ..... giờ ..... ngày ..... tháng ..... năm.....
10. Nơi giới thiệu: ..... 10a. Y tế  10b. Tự đến
11. Chẩn đoán nơi giới thiệu: .....

## II. LÝ DO PHÁ THAI :

### III. TIỀN SỬ

1. Tiền sử sản phụ khoa : PARA.....; Số con hiện có:.....Trai.....;Gái.....  
Đã phẫu thuật lấy thai.....lần; Năm phẫu thuật lần cuối ..... ; Các phẫu thuật TC khác:.....  
.....năm..... Số lần đã phá thai ..... lần; Lần phá thai gần nhất.tháng.....năm.....  
Biện pháp TT đang sử dụng khi có thai lần này: 1. DCTC  2.Thuốc tiêm3.Thuốc uống 4 Que cấy   
5.Bao cao su  6. Thuốc tránh thai khẩn cấp  7. Biện pháp khác  8.Không sử dụng biện pháp nào
2. Tiền sử bệnh (bệnh tâm thần, tiểu hoàn, hô hấp, tiêu hoá, tiết niệu, dị ứng).....  
.....S.....

3. Tình trạng hôn nhân: Có chồng  Không có chồng

### IV. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân: .....
2. Các bộ phận:.....
- |                     |                |
|---------------------|----------------|
| Mạch .....          | lần/ph         |
| Nhiệt độ.....       | <sup>o</sup> C |
| Huyết áp...../..... | mmHg           |
| Nhịp thở.....       | lần/ph         |
| Cân nặng.....       | kg             |

### 3. Khám phụ khoa

- Ngày đầu kỳ kinh cuối cùng ...../...../.....( Dương lịch); Tuổi thai ..... tuần.  
Âm hộ .....;Âm đạo .....;Cổ tử cung.....  
Tử cung (kích thước, mật độ, tư thế).....  
Phần phụ phải .....;Phần phụ trái .....

4. Các xét nghiệm cận lâm .....  
.....

### V. KẾT LUẬN : Chẩn đoán: Tuổi thai .....tuần

- + Phương pháp phá thai .....

Ngày..... tháng ..... năm .....

**Người làm bệnh án**  
(ký tên, ghi rõ họ tên)

\* Para: số lần Sinh, số lần sinh Sớm; số lần Sẩy; số con Sống.

# TỔNG KẾT BỆNH ÁN:

1. Chẩn đoán: Thai .....tuần

2. Phương pháp phá thai:

1. Bằng Phương pháp hút chân không  2. Bằng thuốc  3. Nong và gắp  4. P. pháp Khác:

3. Tình trạng sau khi thực hiện phá thai:

1. Tốt  2. Chưa tốt

4. Tai biến: 1. Không  2. Có

5. Thời gian ở cơ sở thực hiện kỹ thuật phá thai: tổng số.....giờ

6. Ra về/ Nhập viện điều trị/ Chuyển tuyến.

1. Ra về  2. Nhập viện  3. Chuyển tuyến  lúc .....giờ.....ngày .....

Lý do nhập viện.....Lý do chuyển tuyến.....

7. Biện pháp tránh thai sau phá thai

1. DCTC  2. Thuốc tiêm  3. Thuốc uống  4. Que cấy  5. Bao cao su

6. Thuốc tránh thai khẩn cấp  7. Biện pháp khác  8. Không dùng biện pháp nào

8. Khám lại bất thường:

9. Khám lại theo hẹn:

10. Kết luận:

Ngày ..... tháng..... năm.....

Lãnh đạo đơn vị  
(ký tên, đóng dấu)

Ngày ..... tháng..... năm.....

Người tổng kết HSBA  
(ký tên)

Họ và tên .....

Họ và tên .....

Hồ sơ, phim, ảnh

Loại

Số tờ

Siêu âm

Xét nghiệm

Khác

Toàn bộ hồ sơ

Người giao hồ sơ:  
(ký tên, ghi rõ họ tên)

Người nhận hồ sơ:  
(ký tên, ghi rõ họ tên)

Họ và tên:

Họ và tên:

# HƯỚNG DẪN GHI CHÉP HỒ SƠ BỆNH ÁN PHÁ THAI

Hồ sơ bệnh án phá thai (HSBAPT) gồm:

- 1 - Bệnh án phá thai.
- 2 - Tờ điều trị (mẫu số 1, số 2, số 3 HSBAPT)
- 3 - Giấy xét nghiệm (mẫu số 4 HSBAPT).
- 4 - Giấy cam đoan tự nguyện phá thai (mẫu số 5 HSBAPT).
- 5 - Giấy hẹn khám lại hoặc sổ Y bạ

Cách ghi chép:

1. Ghi đầy đủ, rõ ràng các thông tin theo mẫu của HSBAPT.

2. Một số lưu ý khi sử dụng hồ sơ bệnh án phá thai:

a) Ghi tên đơn vị: Ghi tên cơ sở y tế làm bệnh án và làm thủ thuật phá thai:

- Ghi xã/ phường/ Thị trấn- Quận/huyện - Tỉnh/ thành phố đối với các đơn vị thuộc sở y tế (ví dụ: Trạm Y tế X, huyện Y, Tỉnh Z)

- Ghi đến cấp khoa nếu là các BV Phụ sản, ví dụ: Khoa KHHGD BV Từ Dũ

- Ghi đến cấp khoa nếu là BV trực thuộc Bộ Y tế (ví dụ khoa KHHGD-BV Phụ sản TW)

- Ghi tên cơ sở và cấp Bộ, ngành quản lý nếu là y tế ngành: (ví dụ: Phòng khám Sản phụ khoa-Trung tâm y tế xây dựng số 5 - Bộ Xây dựng).

b) Số HSBA (mã số): Là số thứ tự của người đến khám xin phá thai theo số thứ tự ghi của số phá thai. Số phá thai mở đầu năm, kết thúc vào cuối năm theo quy định chung hoặc quy định riêng của đơn vị, đảm bảo không trùng lặp, không nhầm lẫn, dễ tìm, dễ lấy, thống kê chính xác.

**Chú ý:**

- Nếu khách hàng đến khám lại nhiều lần và phá thai thì ghi chép bằng tờ điều trị mẫu số 3 HSBAPT, nếu viết hết thì tiếp tục sử dụng tờ điều trị mẫu số 3 và ghi số trang tiếp theo.

- Nếu bệnh án này dùng cho người bệnh nội trú thì nên in bìa cứng, đóng gáy để dán các loại giấy tờ và kèm theo giấy vào viện./.

**TỜ ĐIỀU TRI**

Sử dụng cho phá thai bằng phương pháp hút chân không

Họ và tên (chữ in hoa) ..... Năm sinh.....

1. Thời điểm thực hiện phá thai: Lúc.....giờ:.....phút; ngày...../...../.....

2. Thời điểm kết thúc: Lúc .....giờ .....phút; ngày ...../...../.....

3. Phương pháp giảm đau:

Gây tê..........Gây mê.....

4. Phương pháp phá thai:

Hút thai chân không bằng bơm Ivan  2. Bơm 2 van  3. Máy hút điện 

5. Kiểm tra chất hút: Số lượng:.....ml:

Thành phần: màng ối: có  không  Rau thai: có  không  Mô thai: có  không Tương xứng với tuổi thai  Không tương xứng với tuổi thai  Thai bất thường 

6. Thuốc sử dụng trước, trong và sau phá thai:

7. Tai biến trong quá trình thủ thuật và cách xử trí (nếu có)

8. Theo dõi sau thủ thuật:

a) Ngay sau thủ thuật: Toàn trạng:.....

Mạch:.....lần/phút.....Huyết áp.....mmHg

Ra máu âm đạo: 1. Bình thường  2. Bất thường 

b) Sau 30 phút: Toàn trạng:.....

Mạch:.....lần/phút.....Huyết áp.....mmHg

Ra máu âm đạo: 1. Bình thường  2. Bất thường 

9. Đánh giá kết quả: .....

10. Biện pháp tránh thai sau phá thai: 1. DCTC  2. Thuốc tiêm  3. Thuốc uống  4. Que cấy 5. Bao cao su  6. Thuốc TT khẩn cấp  7. Biện pháp khác  8. Không dùng biện pháp nào 

Ngày ..... tháng..... năm .....

Người làm thủ thuật

(Ký tên, ghi rõ chức danh, họ và tên)

**TỜ ĐIỀU TRỊ**

Sử dụng cho phá thai bằng thuốc (tuổi thai từ 7 đến hết 9 tuần)

Họ và tên (chữ in hoa).....Năm sinh.....

**1. Giờ uống thuốc MIFEPRISTON:**

Lúc.....giờ:.....phút; Ngày...../...../.....

Bác sĩ chỉ định .....

. Các tác dụng phụ sau khi uống thuốc : 1. Buồn nôn  2. Nôn  3. Đau bụng  4. Khác **2. Giờ sử dụng thuốc MISOPROSTOL:**

a) Địa điểm sử dụng thuốc:

1. Tại phòng khám  2. Tại nhà  3. Nơi khác .....Lúc.....giờ:.....phút;

Ngày...../...../.....Đường dùng:.....Bác sĩ chỉ định sử dụng thuốc .....

b) Các dấu hiệu sau khi sử dụng thuốc:

1. Buồn nôn  2. Nôn  3. Đau bụng  4. Sốt, rét run  5. Ra máu âm đạo  6. Khác **3. Khám lại bất thường và xử trí :** Ngày.....tháng.....năm

Bà khám ký tên

**4. Khám lại sau 2 tuần:** Ngày...../...../.....Người bệnh có nhìn thấy thai sảy ra không: 1. Có  2. Không 

Thời gian ra thai: lúc .....giờ .....ngày .....tháng.....năm .....

1. Sảy thai hoàn toàn  2. Sảy thai không hoàn toàn 3. Thai lưu  4. Thai tiếp tục phát triển  5. Khác  cần ghi rõ: .....**5. Đánh giá kết quả:****6. Cách xử trí (nếu có)****7. Biện pháp tránh thai sau phá thai**1. DCTC  2. Thuốc tiêm  3. Thuốc uống  4. Que cấy  5. Bao cao su 6. Thuốc TT khẩn cấp  7. Biện pháp khác  8. Không dùng biện pháp nào 

Ngày .....tháng.....năm 20

**Bác sĩ**

(Ký tên, ghi rõ họ tên)



(Tên đơn vị).....

### PHIẾU XÉT NGHIỆM

(sử dụng cho Trung tâm CS sức khoẻ sinh sản tuyến tỉnh/ trạm y tế xã)

Bệnh phẩm .....

Họ và tên ..... Năm sinh.....

Chẩn đoán: phá thai tự nguyện, tuổi thai .....tuần

YÊU CẦU XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Ngày .....tháng.....năm 20....

Người cho y lệnh xét nghiệm  
(Ký tên, ghi rõ chức danh, họ và tên )

Ngày.....tháng.....năm 20....

Người làm xét nghiệm  
(Ký tên, ghi rõ chức danh, họ và tên )

(Tên Đơn vị)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

**GIẤY CAM ĐOAN TỰ NGUYỆN PHÁ THAI**

Tên tôi là:.....Năm sinh.....

Số CMND (nếu có).....cấp ngày...../...../.....tại.....

Địa chỉ:.....

Nghề nghiệp.....

Số điện thoại:.....

Là người đến xin phá thai/ đại diện của người đến phá thai, họ tên là:

Sau khi được nghe Bác sĩ / Y sĩ / Hộ sinh: .....

tư vấn cho tôi biết:

1. Các phương pháp phá thai;

2. Các rủi ro có thể xảy ra trong và sau phá thai như dị ứng thuốc gây tê, đau, choáng, chảy máu, thủng tử cung, băng huyết, nhiễm khuẩn, sốt thai, sốt rau, dính buồng tử cung, vô sinh, chửa ngoài tử cung, phá thai bằng thuốc không thành công thì phải hút thai.

3. Các khả năng giải quyết rủi ro về chuyên môn của cơ sở phá thai.

Tôi đồng ý tự nguyện phá thai bằng phương pháp.....

.....  
và ký giấy này để làm bằng chứng cam đoan chấp nhận phá thai, nếu xảy ra các rủi ro trên tôi không thắc mắc gì.

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Người tư vấn**

**Người xin phá thai/ người đại diện**

(ký tên, ghi rõ họ tên)

(ký tên, ghi rõ họ tên)