

SỞ Y TẾ HÀ TỈNH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA
HUYỆN THẠCH HÀ

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

Số: 230./QĐ-BVĐKTH

Thạch Hà, ngày 04 tháng 8 năm 2017

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành các Quy định trong khám bệnh, chữa bệnh

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA THẠCH HÀ

Căn cứ Quyết định số 44/2013/QĐ-UBND ngày 17/10/2013 của UBND tỉnh Hà Tĩnh ban hành quy định quản lý tổ chức bộ máy, biên chế và cán bộ, công chức, viên chức;

Căn cứ Quyết định số 2171/QĐ-SYT ngày 31/12/2007 của Sở Y tế Hà Tĩnh về việc thành lập Bệnh viện đa khoa huyện Thạch Hà;

Căn cứ Quyết định 1313/2013/QĐ-BYT ngày 22/4/2013 của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện; Thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện;

Theo đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch – Tài vụ,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này các Quy định trong khám bệnh, chữa bệnh (có danh mục kèm theo).

Điều 2. Các Quy định trong khám bệnh, chữa bệnh được áp dụng cho tất cả các khoa/phòng trong Bệnh viện đa khoa huyện Thạch Hà.

Trưởng phòng Kế hoạch – Tài vụ, trưởng các khoa/phòng chịu trách nhiệm phổ biến, quán triệt, tổ chức học tập, triển khai thực hiện và kiểm tra giám sát việc tuân thủ các quy định này; đồng thời chịu trách nhiệm trước Ban Giám đốc về việc vi phạm của cán bộ viên chức đơn vị mình quản lý.

Điều 3. Quyết định có hiệu lực kể từ ngày ký;

Tổ quản lý chất lượng bệnh viện, đơn vị liên quan và CBVC căn cứ Quyết định thi hành. / *Ư*

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Lưu: VT, KH- TV.



Lê Văn Bình

Các Quy định trong khám bệnh, chữa bệnh

(Ban hành kèm theo Quyết định số 230./QĐ-BVTH ngày 04/8/2017 của Giám đốc bệnh viện)

TT	Nội dung quy định	Trang
1.	Người quản lý các sự cố báo cáo y khoa	1
2.	Phòng tránh nguy cơ trượt ngã trong bệnh viện	2
3.	Tuân thủ và theo dõi việc thực hiện Phác đồ điều trị	4
4.	Tuân thủ và theo dõi việc thực hiện Quy trình kỹ thuật	4
5.	Đảm bảo an toàn sử dụng thuốc tại các khoa lâm sàng	5
6.	Sàng lọc, cách ly người bệnh truyền nhiễm	9
7.	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh	11
8.	Đảm bảo chính xác trao đổi thông tin của nhân viên y tế trong khám và điều trị người bệnh	12
9.	Kiểm tra an toàn phẫu thuật	14
10.	Kiểm tra thực hiện quy chế chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án, kê đơn và điều trị tại bệnh viện	16
11.	Tiếp đón, hướng dẫn bệnh nhân khám chữa bệnh Tại khoa Khám bệnh	19
12.	Quy trình “BÁO ĐỘNG ĐỎ” Cấp cứu người bệnh trong tình trạng nguy kịch	22
13.	Chuẩn bị bệnh trước phẫu thuật	24
14.	Phối hợp giữa bác sĩ và điều dưỡng trong khám chữa bệnh tại các khoa lâm sàng	26
15.	Kiểm tra, quản lý, lưu trữ hồ sơ bệnh án	27

I. QUY ĐỊNH

Người quản lý các sự cố báo cáo y khoa

I. Mục đích

Quy định thống nhất về người quản lý các trường hợp báo cáo sự cố y khoa và bảo mật thông tin sự cố y khoa xảy ra tại khoa và tại bệnh viện

II. Phạm vi áp dụng

Quy định này áp dụng đối với các khoa phòng trong bệnh viện

III. Tài liệu liên quan

- Bộ Tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện phiên bản 2.0 của Bộ Y tế.
- Tài liệu đào tạo An toàn người bệnh của Bộ Y tế.
- Kế hoạch 1828/KH-SYT, ngày 23/8/2016 của Sở Y tế về kế hoạch thực hiện cơ sở y tế “Xanh- Sạch – Đẹp – An toàn” trên địa bàn Hà Tĩnh.

IV. Nội dung quy định

1. Quy định chung

- Người quản lý báo cáo sự cố y khoa tại các khoa là Trưởng khoa, phó khoa và điều dưỡng trưởng khoa.
- Người quản lý báo cáo sự cố y khoa tại bệnh viện là Tổ Quản lý chất lượng bệnh viện.

2. Quy định cụ thể

2.1. Đối với các khoa:

- *Trưởng, phó khoa:*

+ Phải nắm bắt rõ ràng, đầy đủ các trường hợp báo cáo sự cố y khoa tại khoa mình.

+ Quản lý, bảo mật các thông tin về sự cố, chịu trách nhiệm với bệnh viện nếu cá nhân/ tập thể để rò rỉ thông tin sự cố.

+ Quán triệt nhân viên việc bảo mật thông tin sự cố, có chế tài xử phạt nhân viên làm rò rỉ thông tin sự cố, xử lý kịp thời khi có rò rỉ thông tin sự cố hoặc ngăn chặn kịp thời khi phát hiện các biểu hiện của việc rò rỉ thông tin.

+ Kịp thời tổ chức rút kinh nghiệm tại khoa những sự cố nghiêm trọng và đưa ra giải pháp tại khoa.

+ Giao cho Điều dưỡng trưởng khoa trực tiếp quản lý, ghi chép các văn bản giấy tờ liên quan đến sự cố y khoa.

- *Điều dưỡng trưởng khoa:*

+ Ghi chép đầy đủ, rõ ràng các trường hợp báo cáo sự cố y khoa vào sổ Báo cáo sự cố y khoa, sổ lưu tại khoa, báo cáo kịp thời những sự cố nghiêm trọng với lãnh đạo khoa, từ đó đưa ra các giải pháp khắc phục, ghi biên bản họp rút kinh nghiệm đầy đủ.

+ Báo cáo sự cố y khoa về Tổ Quản lý chất lượng bệnh viện

+ Quản lý chặt chẽ các thông tin sự cố y khoa và các văn bản giấy tờ liên quan đến sự cố.

+ Chịu trách nhiệm với khoa nếu cá nhân có các hành động để rò rỉ thông tin sự cố.

+ Tham mưu cho lãnh đạo khoa các biện pháp xử lý nhân viên làm rò rỉ thông tin sự cố hoặc phát hiện các biểu hiện của việc rò rỉ thông tin để kịp thời xử lý.

2.2 Đối với Tổ Quản lý chất lượng bệnh viện

- Phải nắm rõ ràng, đầy đủ các trường hợp báo cáo sự cố y khoa tại bệnh viện. Quản lý, lưu trữ các phiếu báo cáo sự cố y khoa của các khoa theo đúng quy định.
- Tham dự họp rút kinh nghiệm với các khoa, ghi biên bản cuộc họp đầy đủ, rõ ràng.
- Bảo mật các thông tin về sự cố, chỉ cung cấp các thông tin về sự cố khi có chỉ đạo của Ban Giám đốc bệnh viện.
- Chịu trách nhiệm với bệnh viện nếu cá nhân/ tổ chức để rò rỉ thông tin sự cố.

2. QUY ĐỊNH

Phòng tránh nguy cơ trượt ngã trong bệnh viện

I. Mục đích

Quy định thống nhất về người quản lý các trường hợp báo cáo sự cố y khoa và bảo mật thông tin sự cố y khoa xảy ra tại khoa và tại bệnh viện

II. Phạm vi áp dụng

Quy định này áp dụng đối với các khoa/phòng trong bệnh viện

III. Tài liệu liên quan

- Bộ Tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện phiên bản 2.0 của Bộ Y tế.
- Tài liệu đào tạo An toàn người bệnh của Bộ Y tế.
- Kế hoạch 1828/KH-SYT, ngày 23/8/2016 của Sở Y tế về kế hoạch thực hiện cơ sở y tế “Xanh- Sạch – Đẹp – An toàn” trên địa bàn Hà Tĩnh.

IV. Nội dung quy định

1. Yêu cầu chung:

- Sắp xếp khoa một cách hợp lý, khoa học, loại bỏ các chướng ngại gây nguy hại cho người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên y tế.
- Buồng bệnh, hành lang, nhà vệ sinh chú ý không để trơn, ướt.
- Có biển báo cảnh báo nguy cơ trượt ngã tại các khu vực có nguy cơ.
- Đảm bảo đèn sáng ở các khu vực quan trọng bệnh nhân hay đi lại.
- Giường bệnh, các thiết bị y tế, lan can, tay vịn cầu thang, sàn nhà... phải được kiểm tra bảo dưỡng định kỳ.

2. Khi bệnh nhân nhập khoa:

- Khi thăm khám bệnh nhân yêu cầu bác sỹ:
 - + Phải trao đổi với bệnh nhân về bệnh tật của họ, yêu cầu bệnh nhân báo ngay cho bác sỹ những vấn đề sức khỏe mà bệnh nhân đang mắc phải: Đang dùng thuốc gì, đã bị trượt ngã lần nào chưa, tình trạng thị lực, các bệnh mãn tính kèm theo...
 - + Sử dụng các kỹ năng đánh giá qua đó nhận biết về những khả năng trượt ngã có thể xảy ra đối với người bệnh.

+ Khi cho bệnh nhân sử dụng thuốc an thần, thuốc ngủ, một số thuốc khác hoặc khi phối hợp các loại thuốc với nhau mà tác dụng phụ có thể khiến bệnh nhân đi đứng không vững, mất thăng bằng thì phải giải thích cho bệnh nhân, người nhà bệnh nhân một cách cụ thể, rõ ràng.

+ Kiểm soát tất cả các thuốc bệnh nhân đang dùng, nếu có thể thì có thể thay thế các thuốc gây chóng mặt, yêu cầu bệnh nhân uống thuốc theo chỉ định và không dùng thuốc với rượu và các chất kích thích khác.

- Khi tư vấn cho bệnh nhân - bác sỹ, điều dưỡng yêu cầu bệnh nhân:

+ Khi bị trượt ngã hãy bình tĩnh, sau đó nhờ sự giúp đỡ của những người xung quanh, gọi thật to những người xung quanh để yêu cầu sự giúp đỡ.

+ Vận động thân thể thường xuyên, tập những môn thể dục nhẹ nhàng theo chỉ lời khuyên của bác sỹ.

+ Khi bệnh nhân được bác sỹ đánh giá các nguy cơ trượt ngã cao, hãy tuân thủ mọi quy định của bệnh viện theo sự hướng dẫn.

- Trao đổi với gia đình bệnh nhân và những người liên quan về nguy cơ trượt ngã có thể xảy ra đối với bệnh nhân.

- Sắp xếp bệnh nhân nặng, bệnh nhân cấp cứu, bệnh nhân có nhiều nguy cơ trượt ngã phải được ưu tiên các giường bệnh an toàn.

- Đối với bệnh nhân cao tuổi, bệnh nhân nặng, giảm thị lực... phải thực hiện chăm sóc theo y lệnh của bác sỹ.

- Trường hợp bệnh nhân hôn mê, kích thích phải có dây cố định bệnh nhân.

- Khi vận chuyển bệnh nhân bằng xe nằm, hay ngồi phải có nhân viên y tế đi theo, đảm bảo xe không bị hư hỏng.

3. QUY ĐỊNH

Về việc tuân thủ và theo dõi việc thực hiện Phác đồ điều trị

1. Tuân thủ thực hiện Phác đồ điều trị:

- Các Bác sĩ điều trị trong thực hành khám bệnh chữa bệnh phải tuân thủ, thực hiện nghiêm túc Phác đồ điều trị của Bệnh viện đã ban hành.

- Đối với các trường hợp bệnh mới chưa có trong Phác đồ điều trị của bệnh viện thì áp dụng theo phác đồ của Bộ Y tế. Những trường hợp bệnh khó, phức tạp không có trong phác đồ bệnh viện thì phải hội chẩn chuyên khoa hoặc toàn viện để có hướng điều trị thích hợp.

2. Theo dõi tuân thủ việc thực hiện Phác đồ điều trị:

- Bác sĩ điều trị tự kiểm tra theo dõi Phác đồ điều trị qua mỗi đơn thuốc và y lệnh điều trị hàng ngày.

- Bác sĩ trưởng khoa lâm sàng có nhiệm vụ nhắc nhở, theo dõi, giám sát việc tuân thủ Phác đồ điều trị của các bác sĩ trong khoa.

- Phòng kế hoạch – Tài vụ, Hội đồng Thuốc và điều trị: Có nhiệm vụ theo dõi, giám sát việc tuân thủ Phác đồ điều trị của toàn bệnh viện bằng các hình thức như: kiểm tra định kỳ, bình bệnh án hàng tháng, bình đơn thuốc, kiểm tra đột xuất . . . để có cơ sở đôn đốc, nhắc nhở hoặc xử lý theo quy định các trường hợp không tuân thủ phác đồ (Tuỳ theo mức độ và hậu quả đối với sức khoẻ người bệnh) hoặc cập nhật để bổ sung phác đồ khi cần thiết. Và định kỳ 6 tháng/lần báo cáo kết quả tuân thủ Phác đồ điều trị tại các khoa lâm sàng/.

4. QUY ĐỊNH

Về việc tuân thủ và theo dõi việc thực hiện Quy trình kỹ thuật

1. Tuân thủ thực hiện Quy trình kỹ thuật:

- Các Bác sĩ điều trị trong thực hành khám bệnh chữa bệnh phải tuyệt đối tuân thủ, thực hiện nghiêm túc Quy trình kỹ thuật của Bệnh viện đã ban hành.

- Các khoa lâm sàng, cận lâm sàng có Quy trình kỹ thuật đặt ở nơi dễ nhìn, dễ thấy và dễ lấy tại phòng hành chính của khoa.

2. Theo dõi tuân thủ việc thực hiện Quy trình kỹ thuật:

- Bác sĩ điều trị tự kiểm tra theo dõi việc thực hiện Quy trình kỹ thuật hàng ngày hàng ngày hoặc khi có tiến hành phẫu thuật, thủ thuật.

- Bác sĩ trưởng khoa lâm sàng có nhiệm vụ nhắc nhở, theo dõi, giám sát việc thực hiện Quy trình kỹ thuật của các bác sĩ trong khoa. Và đánh dấu X vào bảng kiểm Quy trình kỹ thuật đã xây dựng. Đồng thời chịu trách nhiệm trước Ban Giám đốc về việc thực hiện Quy trình kỹ thuật của bác sĩ điều trị tại khoa phụ trách.

- Phòng kế hoạch – Tài vụ, Hội đồng Khoa học – Kỹ thuật: Có nhiệm vụ theo dõi, giám sát việc tuân thủ Quy trình kỹ thuật của toàn bệnh viện bằng các hình thức như: kiểm tra định kỳ, kiểm tra đột xuất . . . để có cơ sở đôn đốc, nhắc nhở hoặc xử lý theo quy định các trường hợp không thực hiện đúng theo quy trình. Và định kỳ 6 tháng/lần báo cáo kết quả tuân thủ Quy trình kỹ thuật tại các khoa lâm sàng.

5. QUY ĐỊNH

Đảm bảo an toàn sử dụng thuốc tại các khoa lâm sàng

I. MỤC ĐÍCH:

Quy định thống nhất các biện pháp bảo đảm an toàn trong việc sử dụng thuốc tại các khoa lâm sàng để đảm bảo an toàn cho người bệnh đến khám bệnh và điều trị bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Thạch Hà.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG:

Quy định này áp dụng với các khoa, phòng trong Bệnh viện.

III. TÀI LIỆU LIÊN QUAN:

- Bộ Tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2013 của Bộ Y tế.
- Tài liệu đào tạo An toàn người bệnh của Bộ Y tế.
- Kế hoạch 1828/KH-SYT, ngày 23/8/2016 của Sở Y tế về kế hoạch thực hiện cơ sở y tế “Xanh- Sạch – Đẹp – An toàn” trên địa bàn Hà Tĩnh.

IV. THUẬT NGỮ

- Sai sót trong sử dụng thuốc là những sai sót có thể phòng tránh được thông qua hệ thống kiểm soát hiệu quả liên quan đến dược sỹ, bác sỹ, điều dưỡng, nhân viên y tế, người bệnh và những người khác trong các thiết lập tổ chức cũng như các cơ quan quản lý và các ngành công nghiệp dược phẩm

- Một sai sót trong sử dụng thuốc được định nghĩa là một thuốc được sử dụng khác với y lệnh trên hồ sơ bệnh án của người bệnh. Sai sót này bao gồm bất kỳ sai sót nào xảy ra trong quá trình kê đơn, cấp phát, sử dụng thuốc, bất kể sai sót đó có dẫn đến kết quả bất lợi hay không.

- Sai sót trong kê đơn: Lựa chọn thuốc không chính xác (*dựa vào chỉ định, chống chỉ định, tiền sử dị ứng thuốc, các thuốc đã sử dụng, các yếu tố khác*), là các sai sót về liều dùng, đường dùng, dạng bào chế, số lượng, nồng độ thuốc hoặc các chữ viết tắt không đọc được dẫn đến dùng sai thuốc hoặc sai người bệnh.

- Sai sót trong cấp phát thuốc: Cấp phát thuốc đã hết hạn hoặc chất lượng không đảm bảo cho người bệnh.

- Sai sót trong giám sát thuốc: Thất bại trong việc kê đơn theo phác đồ điều trị cho phù hợp với chẩn đoán hay thất bại trong việc đánh giá người bệnh thông qua dữ liệu lâm sàng hoặc xét nghiệm phù hợp.

V. NỘI DUNG QUY ĐỊNH:

1. Quy định chung:

Các khoa lâm sàng và khoa Dược phải thực hiện nghiêm túc các quy định của ngành và nội quy, quy định của Bệnh viện để tránh xảy ra sai sót về sử dụng thuốc trong điều trị cho người bệnh.

2. Quy định cụ thể:

2.1. Tránh xảy ra sai sót trong việc ra chỉ định dùng thuốc cho người bệnh:

- Ra chỉ định thuốc bằng miệng hoặc qua điện thoại, chỉ được sử dụng trong trường hợp cấp cứu hoặc tối cấp cứu, người ra y lệnh phải yêu cầu người nhận y lệnh đọc lại chỉ định, người ra y lệnh nghe và xác nhận lại đúng.

- Phải thăm khám kỹ người bệnh, đánh giá tổng quan, khai thác tiền sử dùng thuốc, tiền sử dị ứng và nghiên cứu, phân tích các kết quả xét nghiệm cận lâm

sàng, thăm dò chức năng, để ra chỉ định dùng thuốc với phác đồ thích hợp nhất cho người bệnh hoặc ra chỉ định ngừng sử dụng thuốc.

- Chỉ định dùng thuốc phải ghi vào đơn thuốc, hồ sơ bệnh án, ghi rõ ràng dễ đọc, dễ hiểu, không sử dụng chữ viết tắt và ghi đầy đủ các thông tin (*họ tên người bệnh, tên thuốc, nồng độ, dạng bào chế, liều dùng một lần, số lần dùng trong 24h, khoảng cách giữa các lần dùng thuốc, thời điểm dùng thuốc, đường dùng thuốc và những chú ý đặc biệt khi dùng thuốc*)

- Chỉ định dùng thuốc phải ghi theo đúng trình tự quy định: Đường truyền, đường tiêm, đường uống, đường đặt, đường dùng ngoài và các đường dùng khác

Kê đơn thuốc YHCT kết hợp thuốc tân dược thì thứ tự kê đơn là: thuốc tân dược trước, thuốc YHCT sau (vị thuốc -> chế phẩm YHCT)

- Chỉ định dùng thuốc phải tuân thủ quy định về đánh số thứ tự ngày dùng thuốc đối với thuốc cần thận trọng khi sử dụng (*thuốc phóng xạ, thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần, thuốc kháng sinh, thuốc điều trị lao, thuốc corticoid*)

- Chỉ định dùng thuốc phải dùng số '0' trước đơn vị nhỏ hơn 1, không được sử dụng số '0' vào sau đơn vị lớn hơn 1, ghi rõ đơn vị tính (ví dụ: 20 units Insulin)

- Chỉ định dùng thuốc phải tuân thủ đúng quy định thời gian dùng thuốc:

+ Trường hợp cấp cứu: Bác sĩ chỉ định theo diễn biến của bệnh

+ Trường hợp người bệnh cần theo dõi để lựa chọn thuốc hoặc lựa chọn liều thích hợp: Bác sĩ chỉ định thuốc hàng ngày.

+ Trường hợp người bệnh đã được lựa chọn thuốc và liều thích hợp: Bác sĩ chỉ định thuốc không quá 2 ngày (đối với ngày làm việc) và không quá 3 ngày (đối với ngày nghỉ)

- Cần nhắc việc chỉ định thuốc tiêm so với thuốc uống

- Bác sĩ phải thông báo tác dụng không mong muốn của thuốc có thể gặp phải cho điều dưỡng và người bệnh, gia đình người bệnh để theo dõi, phát hiện các tai biến do dùng thuốc.

2.2. Trách nhiệm xảy ra sai sót trong việc điều dưỡng thực hiện y lệnh sử dụng thuốc:

- Mỗi bệnh nhân phải được dùng thuốc riêng trong đó có ghi họ tên, tuổi, địa chỉ, chẩn đoán, phòng điều trị

- Giải thích cho người bệnh tuân thủ điều trị theo chỉ định của bác sĩ.

- Công khai thuốc (*kep đầu giường hoặc cuối giường bệnh*) đầy đủ cho người bệnh bằng cách thông báo cho người bệnh trước khi dùng thuốc và yêu cầu người bệnh hoặc người nhà người bệnh ký vào phiếu không khai thuốc

- Ghi cụ thể số thuốc điều trị cho mỗi người bệnh, mỗi khi thực hiện xong một thuốc phải đánh dấu thuốc đã thực hiện

- Kiểm tra thuốc (*tên thuốc, nồng độ, hàm lượng, liều dùng một lần, số lần dùng trong 24h, khoảng cách giữa các lần dùng thuốc, thời điểm dùng thuốc, đường dùng thuốc*) so với y lệnh. Nếu phát hiện bất thường, phải báo với bác sĩ ra y lệnh hoặc bác sĩ trực

- Kiểm tra hạn sử dụng và chất lượng thuốc theo cảm quan (*màu sắc, mùi, sự nguyên vẹn của thuốc...*), nếu phát hiện bất thường thì không phát cho người bệnh và làm thủ tục để đổi thuốc

- Chuẩn bị đủ và phù hợp các phương tiện cho người bệnh dùng thuốc, chuẩn bị đúng và đủ dung môi, chuẩn bị hộp thuốc cấp cứu và phác đồ chống sốc trong trường hợp sử dụng đường tiêm

- Thực hiện y lệnh dùng thuốc cho người bệnh đảm bảo vô khuẩn và 5 đúng (*đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều dùng, đúng đường dùng, đúng thời gian*), quan sát người bệnh dùng thuốc và phát hiện các bất thường để kịp thời xử lý.

2.3. Tránh xảy ra sai sót sau khi thực hiện y lệnh:

- Theo dõi thường xuyên tác dụng của thuốc và kịp thời phát hiện, xử lý các bất thường của người bệnh, ghi sổ theo dõi phản ứng có hại của thuốc

- Đánh giá việc đáp ứng điều trị của người bệnh, ghi chép đầy đủ các diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh vào hồ sơ bệnh án

- Bảo quản thuốc còn lại theo yêu cầu của nhà sản xuất (*nếu có*)

- Xử lý và bảo quản dụng cụ liên quan đến dùng thuốc cho người bệnh theo đúng quy định

2.4. Tránh xảy ra sai sót trong việc lĩnh thuốc, phát thuốc và bảo quản thuốc tại khoa lâm sàng:

- Phải có sổ tổng hợp thuốc và phiếu lĩnh thuốc, hóa chất, vật tư tiêu hao theo đúng quy định. Phiếu lĩnh phải được in 02 bản, chuyển khoa Dược 01 bản và lưu tại khoa 01 bản.

- Phiếu lĩnh thuốc phải được trưởng khoa hoặc bác sỹ được trưởng khoa ủy quyền phê duyệt

- Phiếu lĩnh thuốc ngày nghỉ và các trường hợp cấp thuốc đột xuất, bác sỹ trực được phép ký phiếu lĩnh thuốc.

- Sổ tổng hợp thuốc và phiếu lĩnh thuốc, vật tư tiêu hao, hóa chất phải ghi chép đầy đủ, rõ ràng không viết tắt, trường hợp sửa chữa phải ký xác nhận bên cạnh

- Sau khi tổng hợp thuốc, vật tư tiêu hao, hóa chất hàng ngày từ bệnh án vào phiếu lĩnh thuốc trên phần mềm 'QLBV', điều dưỡng được phân công phải tra đối lại với bệnh án trước khi chuyển khoa Dược duyệt và tra đối với phiếu tổng hợp y lệnh trước khi làm thủ tục lĩnh thuốc.

- Thực hiện việc lĩnh thuốc và bàn giao thuốc theo đúng quy định, quy trình tránh xảy ra chậm trễ, thiếu thuốc ảnh hưởng đến việc dùng thuốc cho người bệnh.

- Điều dưỡng được phân công lĩnh thuốc phải kiểm tra, đối chiếu tên thuốc, nồng độ, hàm lượng, số lượng, chất lượng, dạng bào chế khi nhận thuốc từ khoa Dược và khi bàn giao thuốc cho điều dưỡng chăm sóc

- Điều dưỡng chăm sóc lĩnh thuốc đầy đủ theo chỉ định của bác sỹ, thực hiện việc chia thuốc theo ngày cho từng bệnh nhân và có nhãn dán để tránh nhầm lẫn khi chia thuốc

- Thuốc trong tủ trực, thuốc cấp cứu phải lĩnh đủ, đúng theo danh mục và cơ số đã được duyệt, bảo quản theo đúng quy định và đúng yêu cầu

- Các thuốc có hình thức giống nhau phải để riêng biệt và có ký hiệu để phân biệt

- Bảo quản và quản lý chặt chẽ các thuốc cảnh báo cao, các thuốc cần quản lý theo quy định

- Điều dưỡng khi phát hiện sử dụng nhầm thuốc, mất thuốc, thuốc hỏng phải báo cáo ngay với quản lý cấp trên trực tiếp để kịp thời xử lý.

- Thuốc dư ra do thay đổi y lệnh, người bệnh xuất viện, chuyển khoa, chuyển viện, tử vong, xin về phải được tổng hợp theo đúng mẫu quy định, có xác nhận của trưởng khoa hoặc bác sỹ được ủy quyền và được trả về khoa Dược trong vòng 24h. Nếu thuốc dư là thuốc gây nghiện, thuốc hướng thần thì phải lập biên bản và trả thuốc theo đúng quy định

- Các cá nhân tuyệt đối không được tự ý vay, mượn hay đổi thuốc

- Thực hiện bàn giao số lượng thuốc, dụng cụ cho kịp trực và ghi vào sổ bàn giao thuốc và dụng cụ thường trực theo quy định

2.5. Tránh xảy ra sai sót trong cấp phát thuốc tại khoa Dược:

- Sắp xếp khu vực cấp phát thuốc gọn gàng, khoa học, tránh gián đoạn khi cấp phát.

- Kiểm tra hạn sử dụng và chất lượng thuốc thường xuyên

- Sử dụng nhãn dán và sắp xếp khu vực để thuốc khác nhau hợp lý chống nhầm lẫn

- Kiểm duyệt đơn thuốc và phiếu lĩnh thuốc trước khi cấp phát

- Nếu phát hiện sai sót trong đơn thuốc hoặc phiếu lĩnh thuốc, khoa Dược từ chối cấp phát và đề nghị khoa lâm sàng thay thế, sửa đổi và yêu cầu bác sỹ chỉ định ký xác nhận trước khi cấp phát thuốc

- Cấp phát thuốc đúng theo phiếu lĩnh và kịp thời để đảm bảo người bệnh được dùng thuốc đúng thời gian

- Thuốc cấp phát lẻ không còn nguyên bao gói phải được đóng gói trong bao bì kín khí, có nhãn ghi và đảm bảo thực hiện trong môi trường vệ sinh sạch sẽ

- Thông báo đầy đủ, kịp thời thông tin về thuốc cho các khoa lâm sàng

- Báo cáo Hội đồng thuốc và điều trị về phản ứng có hại của thuốc theo đúng quy định và gửi báo cáo về Trung tâm quốc gia về thông tin thuốc và phản ứng có hại của thuốc ngay sau xử lý./.

6. QUY TRÌNH

Sàng lọc, cách ly người bệnh truyền nhiễm trong các dịch vụ

I. MỤC TIÊU:

- Phát hiện sớm nguồn nhiễm, người nhiễm bệnh truyền nhiễm.
- Ngăn ngừa nguy cơ lây nhiễm, có khả năng lây bệnh dịch từ người bệnh.
- Đảm bảo người bệnh được cách ly, điều trị kịp thời.
- Đáp tất vụ dịch trong thời gian ngắn nhất có thể.

II. NGUYÊN TẮC THỰC HIỆN:

- Xây dựng hệ thống nhận biết và phản ứng nhanh khi có người bệnh nghi ngờ/có thể nhiễm bệnh truyền nhiễm.
- Xây dựng kế hoạch sàng lọc, phân loại và quản lý người bệnh nghi ngờ/nhiễm bệnh truyền nhiễm ngay khi đến khám bệnh.
- Thực hiện các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn nghiêm ngặt theo hướng dẫn số 2002/QĐ-BYT ngày 06/6/2014 của Bộ Y tế.
- Cách ly kịp thời khi có dấu hiệu bệnh và yếu tố dịch tễ.
- Cung cấp phương tiện, vật tư tiêu hao phục vụ cách ly.
- Thực hiện khai báo, thông tin, báo cáo ca bệnh theo hướng dẫn tại Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010 của Bộ Y tế.

III. SÀNG LỌC NGƯỜI BỆNH:

1. Những người cần sàng lọc:

Sàng lọc ngay lập tức khi người bệnh đến cơ sở y tế.

- Những người có các triệu chứng: sốt, ho, đi ngoài lỏng, nhiều,...
- Đi từ vùng đang có dịch.

2. Cách sàng lọc:

- Khi bệnh nhân đến cơ sở y tế, Bộ phận chăm sóc khách hàng, Khoa khám bệnh sàng lọc triệu chứng ngay tại khu ngồi chờ khám bệnh.
- Thiết lập một bảng kiểm giúp cho việc xác định nhanh chóng bệnh nhân có triệu chứng nhiễm bệnh truyền nhiễm có nguy cơ lây nhiễm tiềm tàng.
- Hướng dẫn bệnh nhân đến phòng khám truyền nhiễm khám.
- Chỉ định xét nghiệm, cận lâm sàng cần thiết để chẩn đoán bệnh.
- Nếu khi "Sàng lọc" kết quả dương tính, ngay sau đó phải lập tức tiến hành kiểm soát nguồn nhiễm khuẩn, giáo dục, cách ly và cung cấp những dịch vụ ưu tiên cho bệnh nhân.
- Báo cáo cho cơ quan có thẩm quyền.
- Sau khi xác định bệnh, làm hồ sơ nội trú cho bệnh nhân vào khoa Truyền nhiễm điều trị.

3. Tổ chức huấn luyện cho tất cả nhân viên y tế:

- Tiêu chí xác định và nghi ngờ nhiễm bệnh truyền nhiễm.
- Biện pháp kiểm soát lây nhiễm: hướng dẫn phòng ngừa chuẩn, phòng ngừa dựa trên đường lây truyền.
- Bố trí khu vực sàng lọc hợp lý và đầy đủ phương tiện.

IV. CÁCH LY NGƯỜI BỆNH:

- Khu vực thăm khám và làm xét nghiệm xuyên suốt không phải chờ trong suốt quy trình.

- Nơi chờ tiếp nhận, sàng lọc, và thử nghiệm phải có thông khí tốt.

1. Tiến hành những dịch vụ ưu tiên cho người bệnh:

- **Cung cấp những dịch vụ ưu tiên cho người bệnh** nhằm giảm thiểu nguy cơ người bệnh lây nhiễm cho người bệnh khác và nhân viên y tế.

- **Xây dựng một hệ thống cảnh báo phát hiện nhanh** nhằm chuyển bệnh một cách nhanh chóng, cung cấp chăm sóc tốt nhất và giảm thời gian người bệnh phải chờ đợi và phát tán nguồn bệnh.

2. Cách ly người bệnh:

- Cách ly, điều trị tại cơ sở y tế theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Có phòng riêng cách ly với các bệnh nhân khác.

- Sử dụng trang bị phòng hộ cá nhân đúng để hạn chế lây truyền bệnh.

- Hạn chế tiếp xúc, vận chuyển người bệnh, trong trường hợp cần vận chuyển phải sử dụng trang bị phòng hộ cá nhân và xe chuyên dụng. Các vật dụng bị ô nhiễm, đồ thải bỏ và chất thải của bệnh nhân cần phải khử trùng và xử lý theo quy định.

- Nếu người bệnh tử vong, xử lý tử thi theo Thông tư số 02/2009/TT-BYT ngày 26/5/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn vệ sinh trong hoạt động mai táng và hoá táng.

7. QUY ĐỊNH

Bảo đảm xác định chính xác người bệnh

I. Mục đích

Quy định thống nhất các biện pháp bảo đảm xác định chính xác người bệnh trong việc thực hiện khám bệnh và điều trị tại Bệnh viện đa khoa huyện Thạch Hà.

II. Phạm vi áp dụng

Quy định này áp dụng đối với các khoa/phòng trong bệnh viện

III. Tài liệu liên quan

- Tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2013 của Bộ Y tế.
- Tài liệu đào tạo an toàn người bệnh của Bộ Y tế.
- Kế hoạch 1828/KH-SYT, ngày 23/8/2016 của Sở Y tế về kế hoạch thực hiện cơ sở y tế “Xanh- Sạch – Đẹp – An toàn” trên địa bàn Hà Tĩnh.

IV. Nội dung quy định

- Đối với khoa sản: Khi sản phụ vào khoa, cán bộ y tế phải làm thủ tục cho người bệnh sử dụng băng đeo cổ tay để nhận dạng, trên đó phải ghi đầy đủ, rõ ràng, chính xác họ tên, tuổi, giới, khoa, mã số người bệnh. Khi sản phụ sinh phải sử dụng băng đeo đối với trẻ sơ sinh có cùng mã số với mẹ.

- Đối với khoa Ngoại, khoa 3 Chuyên khoa, khoa Sản, khoa Gây mê hồi sức: Trước khi chuyên bệnh nhân phẫu thuật, điều dưỡng phải sử dụng băng đeo cổ tay để nhận dạng, trên đó phải ghi đầy đủ, rõ ràng, chính xác họ tên, tuổi, giới, khoa, mã số người bệnh.

- Không sắp xếp bệnh nhân trùng họ tên nằm điều trị cùng một buồng bệnh.

- Khi đối chiếu với người bệnh, yêu cầu người bệnh tự nói tên, tuổi, địa chỉ của mình (trường hợp đặc biệt bệnh nhân già yếu, nhỏ tuổi, rối loạn ý thức, rối loạn tâm thần, hôn mê hoặc câm điếc... thì yêu cầu người nhà người bệnh nói rõ). Cán bộ y tế đối chiếu với y lệnh.

- Trường hợp người bệnh tự đến khám và nhập viện, yêu cầu người bệnh nói rõ tên, tuổi, địa chỉ.

- Khi thăm khám phải đối chiếu các thông tin của người bệnh với bệnh án và ghi chép ngay các vấn đề vừa thăm khám vào trong hồ sơ bệnh án.

- Khi cho người bệnh thực hiện các chỉ định cận lâm sàng, xét nghiệm, phẫu thuật, thủ thuật, y lệnh sử dụng thuốc..., cán bộ y tế phải ghi rõ họ, tên, tuổi, giới, khoa, mã số người bệnh, chẩn đoán trên các phiếu chỉ định và đối chiếu với người bệnh trước khi thực hiện.

- Các dụng cụ đựng mẫu bệnh phẩm (ví dụ: ống nghiệm) phải ghi rõ tên, tuổi, địa chỉ, mã số người bệnh và sau khi lấy bệnh phẩm phải đối chiếu thông tin trên dụng cụ đựng bệnh phẩm trước khi cho bệnh phẩm vào dụng cụ đựng.

8. QUY ĐỊNH

Đảm bảo chính xác trao đổi thông tin của nhân viên y tế trong khám và điều trị người bệnh

I. Mục đích

Quy định thống nhất các biện pháp đảm bảo chính xác trong việc trao đổi thông tin của nhân viên y tế để đảm bảo an toàn cho người bệnh đến khám bệnh và điều trị tại bệnh viện đa khoa huyện Thạch Hà.

II. Phạm vi áp dụng

Quy định này áp dụng đối với các khoa/phòng trong bệnh viện

III. Tài liệu liên quan

- Tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2013 của Bộ Y tế.
- Tài liệu đào tạo an toàn người bệnh của Bộ Y tế.
- Kế hoạch 1828/KH-SYT, ngày 23/8/2016 của Sở Y tế về kế hoạch thực hiện cơ sở y tế “Xanh- Sạch – Đẹp – An toàn” trên địa bàn Hà Tĩnh.

IV. Nội dung quy định

1. Quy định chung:

Các đơn vị, cá nhân liên quan phải thực hiện nghiêm túc việc trao đổi thông tin để tránh xảy ra sự cố không mong muốn.

2. Quy định cụ thể:

1. Truyền đạt thông tin phải rõ ràng, chính xác:

- Y lệnh ghi rõ ràng, đầy đủ, trình tự đúng quy định, không dùng các từ viết tắt.

- Trường hợp y lệnh không rõ ràng thì người nhận y lệnh phải báo cáo với người ra y lệnh để điều chỉnh. Nếu người ra y lệnh không điều chỉnh thì người nhận y lệnh ngừng thực hiện y lệnh và báo cáo với lãnh đạo quản lý trực tiếp của người ra y lệnh để kịp thời xử lý.

- Hạn chế tối đa việc ra y lệnh miệng:

+ Chỉ ra y lệnh miệng trong trường hợp cấp cứu và nên có người thứ 3 chứng kiến. Trong trường hợp này, người ra y lệnh miệng phải đọc to, rõ ràng và người nhận được y lệnh miệng phải đọc lại (hoặc viết đúng nguyên văn chỉ định) cho người ra y lệnh nghe, người ra y lệnh phải xác định chỉ định đó là chính xác.

+ Trường hợp ra y lệnh miệng qua điện thoại trong trường hợp cấp cứu: Người ra y lệnh sau khi đọc xong y lệnh phải yêu cầu người nhận y lệnh đánh vần tên thuốc để người ra y lệnh xác định y lệnh đó là chính xác.

+ Sau khi ra y lệnh miệng và thực hiện y lệnh miệng thì người chỉ định và người thực hiện phải ghi vào hồ sơ bệnh án kịp thời và đầy đủ.

- Tuyệt đối không được ra y lệnh miệng trong trường hợp không phải cấp cứu.

2. Bàn giao y lệnh chưa thực hiện và bệnh nhân cần theo dõi diễn biến trong kíp trực:

- Phải có sổ bàn giao của bác sỹ và điều dưỡng, trong đó có đầy đủ thông tin cần bàn giao, ký nhận của người bàn giao và người nhận bàn giao.

- Các bệnh án bàn giao phải được để riêng, dễ dàng đối chiếu khi thực hiện các nội dung bàn giao.

- Khi thực hiện các nội dung bàn giao cán bộ y tế phải đối chiếu nội dung bàn giao với bệnh án và người bệnh.

3. Trả đúng thời gian và thông báo kịp thời các kết quả xét nghiệm quan trọng:

- Khoa Xét nghiệm trả kết quả xét nghiệm theo đúng thời gian quy định, các khoa lâm sàng chủ động đi lấy kết quả xét nghiệm, có kế hoạch bàn giao các xét nghiệm khi chưa có kết quả cho kịp trực.

- Trường hợp các kết quả xét nghiệm bất thường, hoặc các xét nghiệm cấp cứu, khoa xét nghiệm cần thông tin ngay qua điện thoại cho đơn vị chỉ định làm xét nghiệm và trả kết quả xét nghiệm sớm nhất có thể.

9. QUY ĐỊNH

Kiểm tra an toàn phẫu thuật

I. Mục đích

Mục đích chính của quy định này là để ngăn ngừa phẫu thuật sai bệnh nhân, sai bộ phận, sai vị trí, sai bên và sai phẫu thuật.

II. Phạm vi áp dụng

Quy định này áp dụng cho tất cả những thủ thuật, phẫu thuật xâm lấn được thực hiện tại khoa Gây mê hồi sức của bệnh viện.

III. Trách nhiệm:

1. Trưởng khoa Gây mê hồi sức

- Bảo đảm tất cả nhân viên của khoa được hướng dẫn thường xuyên về quy định này.

- Phải thông báo quy định này cho tất cả khoa lâm sàng có phẫu thuật viên tham gia phẫu thuật tại khoa Gây mê hồi sức.

- Bảo đảm tất cả các bác sỹ hợp tác và bác sỹ cộng tác được thông báo và hướng dẫn về quy định này.

- Bảo đảm bất cứ sự sai lệnh nào so với quy định này đều phải báo cáo cho lãnh đạo khoa liên quan, Ban Giám đốc trong giờ hành chính hoặc bác sỹ trực khối ngoại và trực lãnh đạo trong giờ trực.

2. Điều dưỡng trưởng khoa Gây mê hồi sức

- Bảo đảm tất cả điều dưỡng, KTV phòng mổ biết và được hướng dẫn về quy trình này.

- Kiểm tra thường xuyên việc thực hiện của nhân viên.

3. Điều dưỡng

- Điều dưỡng khoa điều trị kiểm tra và ghi vào bảng kiểm trước phẫu thuật

- Điều dưỡng khoa Gây mê hồi sức nhận bệnh nhân và ghi vào Sổ nhận bệnh nhân phẫu thuật.

4. Phẫu thuật viên

- Tham gia kiểm tra An toàn phẫu thuật

- Tuân thủ quy định này trong tất cả các ca phẫu thuật.

- Báo cáo trưởng khoa Gây mê hồi sức và khoa liên quan hoặc bác sỹ trực khối ngoại nếu có bất thường về an toàn phẫu thuật.

- Bác sỹ trực khối ngoại báo cho trực lãnh đạo nếu có bất thường về an toàn phẫu thuật.

5. Kỹ thuật viên gây mê

- Kiểm tra An toàn phẫu thuật, ghi hoặc đánh dấu X vào Bảng kiểm an toàn phẫu thuật tại phòng mổ.

- Báo cáo nếu có bất thường khác biệt trong quá trình kiểm tra an toàn phẫu thuật cho phẫu thuật viên và lãnh đạo khoa trong giờ hành chính hoặc bác sỹ trực khối ngoại trong giờ trực.

IV. Quy định cụ thể:

1. Khi nhận hồ sơ và bệnh nhân, điều dưỡng khoa Gây mê hồi sức cần kiểm tra:

- Họ tên bệnh nhân;

- Giới tính;
- Tuổi;
- Khoa điều trị;
- Biên bản hội chẩn;
- Giấy cam đoan phẫu thuật;
- Bảng kiểm an toàn phẫu thuật;
- Các kết quả lâm sàng liên quan.
- Vòng đeo tay nhận dạng bệnh nhân.

2. Ngay trước khi bắt đầu phẫu thuật

Kỹ thuật viên gây mê của kíp mổ đọc to và tất cả các thành viên của kíp mổ đều phải phối hợp kiểm tra:

- Họ tên bệnh nhân, tuổi, địa chỉ.
- Chẩn đoán trước mổ và phương pháp phẫu thuật.
- Bộ phận, vị trí và bên phẫu thuật, đánh dấu vị trí phẫu thuật nếu cần.
- Ê kíp phẫu thuật viên.
- Sự sẵn sàng trang thiết bị, máy móc, thuốc, dịch truyền, vật tư cần thiết cho cuộc mổ.

3. Sau phẫu thuật

- Điều dưỡng dụng cụ xác nhận đếm đầy đủ thiết bị, gạc và dụng cụ, bệnh phẩm ghi vào **Bảng kiểm an toàn phẫu thuật**

- Phẫu thuật viên, bác sỹ gây mê xác định những vấn đề chính liên quan đến hồi sức và chăm sóc hậu phẫu cho bệnh nhân.

10. QUY ĐỊNH

Kiểm tra thực hiện quy chế chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án, kê đơn và điều trị tại bệnh viện

I. QUY ĐỊNH CHUNG

1. Mục tiêu:

- Tăng cường kiểm tra công tác hồ sơ bệnh án nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh và hiệu quả công tác quản lý bệnh viện.
- Thực hiện Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/09/1997 của Bộ Y tế về việc ban hành Quy chế bệnh viện.

2. Phạm vi áp dụng

Quy định này áp dụng đối với tất cả các hoạt động khám, chữa bệnh, chăm sóc người bệnh; việc thực hiện quy chế hồ sơ bệnh án của người bệnh đang điều trị tại bệnh viện và bệnh nhân đã ra viện.

3. Tổ chức thực hiện

- Phòng Kế hoạch – Tài vụ trực tiếp kiểm tra và chấm điểm hồ sơ bệnh án sau khi các khoa chuyên lên; tổng hợp báo cáo số bệnh án trả chậm, số bệnh án lỗi.
- Hội đồng Thi đua khen thưởng áp dụng kết quả báo cáo của Phòng Kế hoạch
- Tài vụ vào công tác thi đua khen thưởng của đơn vị.

II. NỘI DUNG KIỂM TRA

1. Thủ tục hành chính:

- Ghi đầy đủ các mục hành chính quy định trong hồ sơ bệnh án, chữ viết rõ ràng, không tẩy xóa, không tô lại, họ tên người bệnh phải viết bằng chữ in hoa có dấu.
- + Trường hợp sửa thông tin hành chính: Gạch ngang phần viết sai, ghi phần sửa sai ở bên cạnh hoặc bên trên, có ký của trưởng khoa.
- + Trường hợp đặc biệt cần sửa nội dung chuyên môn của bệnh án, phải có biên bản họp của Hội đồng Thuốc và điều trị, nêu rõ lý do cần sửa.
- Các loại giấy tờ, kết quả xét nghiệm, các phiếu chăm sóc điều dưỡng... sắp xếp đúng nhóm, lệch nhau từng lớp và đúng trình tự trước dưới- sau trên.
- Mã ICD -10 ghi đầy đủ, phù hợp với chẩn đoán.
- Người bệnh cấp cứu phải được làm bệnh án ngay, hoàn chỉnh trước 24 giờ và có các đầy đủ xét nghiệm; đối với người bệnh không thuộc diện cấp cứu (bệnh án thường) hoàn chỉnh bệnh án trước 36 giờ.
- Có đầy đủ chữ ký và ghi rõ tên bác sỹ, điều dưỡng.
- Hồ sơ bệnh án không bị mốc, không bị rách, nát, bẩn.
- Người bệnh ra viện: *Bảng kê chi phí điều trị nội trú* phải nộp ngay sau khi bệnh nhân thanh toán ra viện tại bộ phận kế toán. Hồ sơ bệnh án, trong 24 giờ khoa phải hoàn chỉnh các thủ tục hành chính theo quy chế, chuyển đến phòng Kế hoạch – Tài vụ. Đối với bệnh án tử vong phải hoàn chỉnh hồ sơ chuyển về phòng Kế hoạch – Tài vụ để niêm phong.

2. Chất lượng chẩn đoán:

- Hỏi tiền sử và bệnh sử chi tiết, khám người bệnh toàn diện và ghi bệnh án đầy đủ; ký và ghi rõ họ tên bác sỹ khám.

- Làm đầy đủ các xét nghiệm, cần lâm sàng cần thiết. Khi có kết quả xét nghiệm về, bác sỹ xem xét, xử trí, ghi rõ thời gian, ký và ghi rõ họ tên.
- Có chẩn đoán sơ bộ khi thăm khám vào khoa trong 24 giờ đầu nhập viện.
- Có chẩn đoán xác định trong 72 giờ đầu nhập viện. Trường hợp chưa có chẩn đoán xác định thì phải mời hội chẩn để có chẩn đoán xác định.
- Thay đổi chẩn đoán trong quá trình điều trị phải có lập luận và ghi rõ tại tờ điều trị. Yêu cầu cập nhật chẩn đoán mới phù hợp với tình trạng bệnh, kết quả xét nghiệm và phác đồ điều trị.
- Hội chẩn theo quy chế, trước khi hội chẩn có tóm tắt diễn biến quá trình bệnh lý, kết quả xét nghiệm, điều trị; ghi đầy đủ vào bệnh án.
- Khi người bệnh ra viện, có chẩn đoán xác định, phân biệt bệnh chính và bệnh kèm theo; yêu cầu ghi đúng và đủ thông tin.

3. Chất lượng điều trị

- Ghi diễn biến bệnh hàng ngày phải theo trình tự thời gian (giờ, ngày, tháng), phân cấp chăm sóc, chế độ dinh dưỡng, người bệnh nặng ghi diễn biến theo giờ; ký ghi rõ họ và tên.
- Y lệnh điều trị hàng ngày phù hợp với chẩn đoán và diễn biến bệnh, bám sát theo phác đồ điều trị đã ban hành; ký ghi rõ họ tên; bổ sung và thay đổi điều trị phải nêu rõ lý do và có lập luận đầy đủ, hợp lý.
- Chỉ định thuốc hợp lý, an toàn, tiết kiệm và hiệu quả. Ghi tên thuốc rõ ràng, đúng danh pháp quy định, đường dùng, thời gian dùng, đánh số thứ tự theo quy định (thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, thuốc kháng sinh), ký và ghi rõ họ tên bác sỹ điều trị.
- Tuân thủ đầy đủ các quy định, quy chế về sử dụng thuốc và công tác dược lâm sàng. Cho y lệnh và thử phản ứng thuốc theo quy định.
- Biên bản hội chẩn thuốc ghi đúng, đủ nội dung; thuốc hội chẩn phải phù hợp với chẩn đoán.
- Trưởng khoa có trách nhiệm thăm khám lại người bệnh nội trú đang được điều trị tại khoa cứ 3-4 ngày một lần (hình thức đi buồng). Kết quả thăm khám, nhận xét chẩn đoán và chỉ định (nếu có) phải được ghi vào tờ điều trị, ký và ghi rõ họ tên.
- Người bệnh điều trị phải được sơ kết điều trị 15 ngày/ lần theo mẫu quy định, nội dung sơ kết phải ghi đầy đủ, chính xác.
- Khi người bệnh chuyển khoa, khám và ghi nhận xét đầy đủ tình trạng người bệnh và nêu rõ lý do chuyển. Khoa mới tiếp nhận người bệnh phải khám, ghi nhận xét tình trạng người bệnh ngay khi tiếp nhận.
- Khi bác sỹ điều trị cho người bệnh ra viện, chuyển viện phải có sự đồng ý của trưởng khoa; có nhận xét đầy đủ tình trạng người bệnh và nêu rõ lý do; yêu cầu ghi đúng và đủ thông tin.
- Bệnh án tử vong phải có trích biên bản kiểm thảo, ghi đầy đủ tình hình tử vong và nguyên nhân chính tử vong.
- Bác sỹ điều trị tổng kết quá trình điều trị và hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo quy chế chuyên môn, nội dung tổng kết ghi đầy đủ và chính xác.

4. Chất lượng chăm sóc.

- Phiếu chăm sóc điều dưỡng ghi đầy đủ các mục; thời gian và kẻ ngang hết ngày; ký và ghi rõ họ tên.
- Phiếu theo dõi ghi đầy đủ các mục.
- Phiếu truyền dịch ghi giờ bắt đầu – kết thúc, tốc độ truyền, liều lượng, số lô; bác sỹ chỉ định; điều dưỡng thực hiện; kẻ ngang hết ngày; ký, ghi rõ họ và tên.
- Phiếu truyền máu ghi đầy đủ nội dung.
- Phiếu thử phản ứng thuốc ghi đầy đủ thông tin, ghi rõ bằng chữ (âm tính, dương tính); ký đầy đủ điều dưỡng thực hiện và bác sỹ điều trị.
- Thực hiện chăm sóc điều dưỡng đúng theo quy định.

III. QUY TRÌNH THỰC HIỆN

1. Các khoa lâm sàng thực hiện đầy đủ nội dung quy định này.

2. Bộ phận kế toán nhận *Bảng kê chi phí điều trị nội trú* ngay khi bệnh nhân thanh toán ra viện, bộ phận kế hoạch nhận hồ sơ bệnh án từ các khoa và tiến hành kiểm tra, lưu trữ theo quy định. Đồng thời báo cáo kết quả thực hiện của các đơn vị khoa lâm sàng về Hội đồng Thi đua khen thưởng để có hình thức áp dụng vào bình xét thi đua hàng quý của đơn vị.

11. QUY TRÌNH

Tiếp đón, hướng dẫn bệnh nhân khám chữa bệnh Tại khoa Khám bệnh

I. MỤC TIÊU

1. Trình bày được ý nghĩa của việc tiếp đón chỉ dẫn bệnh nhân và các thủ tục khám nhập viện
2. Nắm được các quy trình tiếp đón, chỉ dẫn, vận chuyển bệnh nhân khám chữa bệnh tại khu khám bệnh.
3. Thực hành thành thạo về cách tiếp đón, hướng dẫn, vận chuyển bệnh nhân đúng quy trình.

II. Ý NGHĨA

- Khi bệnh nhân vào viện tùy theo tình trạng bệnh tật mà mỗi người có một tâm tư tình cảm và ý nghĩ khác nhau: nghĩa là có một tâm lý đặc biệt lo lắng sợ hãi... Vì vậy việc tiếp xúc đầu tiên giữa người bệnh và cán bộ y tế bệnh viện có ý nghĩa rất quan trọng, có ảnh hưởng đến kết quả khám chữa bệnh.

III. QUY TRÌNH TIẾP ĐÓN- HƯỚNG DẪN

- Bệnh viện là nơi tiếp nhận mọi người bệnh đến cấp cứu, khám chữa bệnh theo các chế độ chính sách nhà nước quy định.

Tổ chức khám sức khỏe và chứng nhận sức khỏe theo quy định của nhà nước.

Vì vậy quy trình đón tiếp, hướng dẫn, vận chuyển là một nhiệm vụ hết sức quan trọng, và tạo niềm tin cho người bệnh khi đến bệnh viện.

Nhân viên y tế phải tiếp đón bệnh nhân nhiệt tình chu đáo, lịch sự, thông cảm với nỗi lo âu của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân, làm cho bệnh nhân tin tưởng vào khả năng chữa bệnh của bệnh viện. Gây ấn tượng ban đầu tốt đẹp cho bệnh nhân.

A. Ngay từ cổng vào: khi người bệnh, người nhà người bệnh và khách đến làm việc qua cổng BV, Nhân viên bảo vệ cần phải:

- Chủ động chào hỏi người bệnh, xem giấy giới thiệu (trừ trường hợp cấp cứu), mở cổng và hướng dẫn người bệnh, người nhà người bệnh và khách nơi để xe và địa điểm cần đến
- Hướng dẫn cho người bệnh và người nhà người bệnh vào khám, thăm bệnh nhân theo giờ quy định.

B. Tại khoa khám bệnh

1. Chuẩn bị phòng đợi

- Phòng phải sạch sẽ, gọn gàng, yên tĩnh.
- Đầy đủ ghế cho bệnh nhân ngồi đợi.
- Có bảng hướng dẫn quy trình khám ngoại trú và sức khỏe.
- Có tranh ảnh, áp phích cho bệnh nhân xem đọc trong thời gian chờ đợi.

2. Chuẩn bị phòng khám

- Phòng khám sạch sẽ bảo đảm thoáng mát về mùa hè, ấm áp về mùa đông.
- Chuẩn bị bình phong, bàn khám bệnh, bàn ghế.
- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cho bác sĩ khám bệnh.
- Chuẩn bị đầy đủ các loại giấy tờ thủ tục hành chính (hồ sơ, bệnh án, sổ theo dõi bệnh, đơn thuốc, giấy tờ cần thiết).

3. Tiếp đón bệnh nhân

Khi người bệnh, người nhà người bệnh đến phòng khám, nhân viên y tế, hướng dẫn viên ở khoa Khám bệnh cần phải:

- Hướng dẫn bệnh nhân lấy số thứ tự tại bàn hướng dẫn
- Chủ động đón tiếp người bệnh, người nhà người bệnh với thái độ ân cần niềm nở, nhiệt tình và sẵn sàng giúp đỡ người bệnh
- Trả lời đầy đủ các câu hỏi của người bệnh người, nhà người bệnh với thái độ ân cần quan tâm và lịch sự.
- Ứng xử và nói đúng mực tùy theo độ tuổi của người bệnh.
- Hướng dẫn các thủ tục cần thiết khi vào khám bệnh và vào viện, đưa người bệnh vào khoa điều trị nếu người bệnh không tự đi được.
- Sắp xếp chỗ ngồi cho người bệnh ở phòng đợi.
- Mời người bệnh, người nhà người bệnh và khách ngồi đúng nơi quy định.
- Mời bệnh nhân vào khám theo số thứ tự.

** **Chú ý:** Ưu tiên bệnh nhân cấp cứu bệnh nặng, bệnh nhân là thương bệnh binh nặng, người già trên 80 tuổi, người tàn tật, trẻ em dưới 6 tuổi, phụ nữ mang thai.*

IV. QUY TRÌNH KHÁM CHỮA BỆNH

A. Đối với bệnh nhân có thể khám chữa bệnh BHYT

1. Giấy tờ cần thiết gồm:

- Thẻ bảo hiểm y tế.
- Chứng minh nhân dân có ảnh (hoặc giấy tờ có dán ảnh)

2. Bệnh nhân được gọi khám theo số thứ tự.

Khi nghe đến số thứ tự của mình thì đưa các giấy tờ tùy thân đến phòng đăng ký, bệnh nhân sẽ được phân đến tại phòng khám chuyên khoa từ:

- Khám Nội: Phòng số 2, 6, 9, 11.
- Khám Ngoại: Phòng số: 5.
- Khám Răng hàm mặt, tai mũi họng: Phòng số 4.
- Khám Sản – Phụ: Phòng số 3.
- Khám YHCT: Phòng số 7.
- Khám Hô hấp: Phòng số 8.
- Khám Tiêu đường: Phòng số 10.

3. Bệnh nhân sẽ được vào khám bệnh theo số thứ tự in trong phiếu khám. Nếu có các xét nghiệm cận lâm sàng, bệnh nhân sẽ được nhân viên khoa khám bệnh hướng dẫn cụ thể đến khoa XN-CDHA: Xét nghiệm, siêu âm, điện tim: tầng 2 dãy nhà A; chụp X-Quang tầng 1 dãy nhà D. Nếu bệnh nặng sẽ được nhân viên hộ tổng đi làm cận lâm sàng.

Sau khi có kết quả xét nghiệm bệnh nhân trở về phòng khám ban đầu để bác sĩ kết luận bệnh, giải quyết khám chuyên khoa kê đơn.

Sau đó bệnh nhân cầm đơn thuốc đến phòng viện phí để ký duyệt thanh toán chi phí khám chữa bệnh, giám định BHYT và lấy thẻ BHYT. Cuối cùng bệnh nhân đưa băng kê chi phí khám bệnh đến lấy thuốc tại Kho Dược.

Nếu bệnh nhân được bác sĩ chỉ định vào điều trị nội trú thì bệnh nhân sẽ được điều dưỡng tại phòng khám hướng dẫn tới phòng làm hồ sơ bệnh án, nhân viên phòng làm hồ sơ bệnh án sẽ hoàn chỉnh hồ sơ và đưa bệnh nhân vào khoa điều

trị

- Nếu bệnh nhân vào viện phải hướng dẫn cụ thể chu đáo cho bệnh nhân đến tận các khoa phòng.

- Nếu bệnh nhân nặng, không tự đi lại được: vận chuyển bệnh nhân vào tận các khoa, phòng

B. Đối với bệnh nhân không có thể khám chữa bệnh BHYT

1. Lấy số thứ tự và đăng ký khám bệnh tại Phòng tiếp đón Khoa Khám bệnh. Tùy theo bệnh mà bệnh nhân được hướng dẫn đến từng phòng khám cụ thể và được bác sĩ khám bệnh theo số thứ tự.

Bác sĩ chỉ định làm các xét nghiệm cận lâm sàng, bệnh nhân mang phiếu đến quầy thu viện phí nộp tiền, sau đó đi làm các cận lâm sàng.

2. Sau khi có kết quả cận lâm sàng trở lại phòng khám ban đầu để bác sĩ kết luận và giải quyết cho vào viện hoặc khám chuyên khoa, kê đơn thuốc.

3. Nếu điều trị ngoại trú, bác sĩ kê đơn thuốc cho bệnh nhân.

4. Bệnh nhân nặng vào viện phải vận chuyển bệnh nhân bằng xe đẩy đến tận các khoa phòng.

C. Đối với bệnh nhân Khám sức khỏe

- Có đủ hồ sơ: gồm chứng minh nhân dân và ảnh. Đăng ký tại phòng đón tiếp. Nộp tiền tại quầy thu viện phí tầng 1 nhà A.

- Khám tại phòng khám số 2, 6.

- Làm các xét nghiệm, cận lâm sàng.

- Kết luận tại phòng số 2 khám Khám bệnh

- Đóng dấu tại phòng Văn thư.

D. Đón tiếp Bệnh nhân tại Phòng Cấp cứu

1. Tiếp nhận bệnh nhân 24/24h đối với tất cả bệnh nhân cấp cứu

2. Khi thấy bệnh nhân từ cửa vào nhân viên nhanh chóng ra tiếp đón bệnh nhân, đồng thời đưa xe cáng ra đón bệnh nhân từ trên xe xuống vào phòng

Theo mức độ, tình trạng bệnh mời bác sĩ khám theo từng chuyên khoa. Tiên lượng bệnh nhân và chuyển khoa cấp cứu nếu tình trạng bệnh nhân quá nặng.

3. Thực hiện y lệnh

* Chuyển bệnh nhân vào viện;

* Đưa bệnh nhân làm XN, SA, XQ...

12. QUY TRÌNH “BẢO ĐỘNG ĐỎ”

Cấp cứu người bệnh trong tình trạng nguy kịch

I. KHÁI NIỆM:

Quy trình báo động đỏ nội viện là quy trình phối hợp, hỗ trợ khẩn cấp giữa các khoa trong bệnh viện nhằm cấp cứu người bệnh trong tình trạng nguy kịch cần sự phối hợp can thiệp của các chuyên khoa, chuyên gia có nhiều kinh nghiệm thuộc nhiều chuyên khoa khác nhau.

Mục tiêu của quy trình báo động đỏ nội viện:

1. Khẩn trương vừa hồi sức vừa tiến hành can thiệp cấp cứu ngay cho người bệnh. Quy trình này yêu cầu toàn bộ kíp hồi sức, phẫu thuật và các chuyên khoa liên quan phải có mặt ngay tại phòng mổ trong thời gian sớm nhất có thể, có thể bỏ qua một số khâu của quy trình cấp cứu thông thường (như hội chẩn, chờ hồi sức nội khoa ổn định, xét nghiệm máu, X-quang, siêu âm,...)

2. Khẩn trương hồi sức tích cực chuyên sâu đối với những trường hợp diễn tiến xấu đột ngột đe dọa tính mạng người bệnh cần sự trợ giúp và can thiệp khẩn cấp của các chuyên gia thuộc các chuyên khoa khác nhau.

II. TIÊU CHUẨN BÁO ĐỘNG ĐỎ NỘI VIỆN:

Quy trình báo động đỏ nội viện được kích hoạt khi có đủ 2 điều kiện sau đây:

(1) Người bệnh nhập viện trong tình trạng nguy kịch hoặc đang điều trị nội trú đột ngột rơi vào tình trạng nguy kịch VÀ

(2) Cần phải can thiệp phẫu thuật/thủ thuật khẩn cấp nhưng ngoài khả năng của khoa và có nguy cơ tử vong nếu chuyển khoa/chuyển viện như: đa chấn thương, vết thương mạch máu lớn,

HOẶC cần can thiệp chuyên khoa khẩn cấp nhưng ngoài khả năng của khoa như: đặt nội khí quản, mở khí quản,...

III. QUY TRÌNH THỰC HIỆN BÁO ĐỘNG ĐỎ:

Khi người bệnh có đủ tiêu chuẩn báo động đỏ thì khoa kích hoạt quy trình báo động đỏ:

Các bước Báo động đỏ:

Đối với các khoa không đủ điều kiện về nhân sự, chuyên môn, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc, máu và chế phẩm máu không thể tự xử trí tình trạng nguy kịch của người bệnh mà cần sự hỗ trợ từ các chuyên khoa khác: thực hiện quy trình báo động đỏ nội viện, cụ thể:

- Bác sỹ, điều dưỡng tiếp nhận người bệnh phải vừa hồi sức vừa khẩn trương chuyển người bệnh đến phòng mổ trong vòng 15 phút; đồng thời phát lệnh báo động đỏ đến các khoa liên quan.

- Toàn bộ ê kíp (phẫu thuật, gây mê, hồi sức) phải có mặt tại phòng mổ trong vòng 5 phút. Thực hiện nhiệm vụ theo chuyên môn của từng thành viên, vừa tiến hành phẫu thuật, vừa tiếp tục hồi sức ngay trên bàn mổ.

- Ngân hàng máu:

+ Ngân hàng máu sống;

+ Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh;

- + Cán bộ nhân viên bệnh viện.
- Chẩn đoán hình ảnh: có mặt tại phòng mổ để hỗ trợ khi cần.
- Trong quá trình cấp cứu người bệnh, nếu có vấn đề phát sinh cần sự hỗ trợ từ các bệnh viện khác, thực hiện các bước báo động đò liên viện để nhờ sự hỗ trợ từ các bệnh viện tuyến trên/bệnh viện chuyên khoa.

- Nếu Bệnh nhân nặng vượt quá khả năng của bệnh viện: khẩn trương sơ cứu ban đầu: đặt nội khí quản, chống sốc, cầm máu tạm thời,... Nhanh chóng chuyển người bệnh đến các bệnh viện có chuyên khoa phù hợp, đồng thời thực hiện báo động đò liên viện cho bệnh viện sẽ chuyển đến.

*** Lưu ý: Trong quá trình báo động đò:**

- Trước khi can thiệp, phẫu thuật hoặc truyền máu khẩn cấp: ngay tại phòng mổ, toàn bộ ê kíp cấp cứu, phẫu thuật, nhân hàng máu,.. tiến hành hội chẩn nhanh về chỉ định phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, chỉ định truyền máu và nhóm máu có thể sử dụng. Nội dung hội chẩn phải được thể hiện lại bằng biên bản hội chẩn.

- Nếu cần hỗ trợ các phương tiện điều trị cấp cứu:

+ Thuốc, dụng cụ phẫu thuật đặc thù: đề nghị khoa dược cung ứng ngay.

+ Máu và chế phẩm máu: Huy động người nhà, cán bộ bệnh viện,.. hiến máu tình nguyện.

DANH SÁCH BÁC SỸ THAM GIA HỖ TRỢ CẤP CỨU NỘI VIỆN

TT	Họ tên	Chức vụ	ĐT liên lạc
1	BS CKI. Nguyễn Lương Phụ	Phó giám đốc Trưởng khoa Sản – Phụ	0912.876.778
2	BS CKII. Nguyễn Thế Phiệt	Phó giám đốc Trưởng khoa Cấp cứu – Nhi	0912.406.304
3	BS CKI. Phan Công Tý	Trưởng phòng KH-TV Trưởng khoa Gây mê – HS	0918.502.007
4	Ths. BS. Trần Hữu Ngọc	Trưởng khoa Ngoại	0913.610.409
5	BS CKI. Nguyễn Anh Quỳnh	Trưởng khoa 3 chuyên khoa	0983.355.326
6	BS CKI. Hoàng Thanh Bảo	Trưởng khoa Nội	0986.910.309
7	BS CKI. Trương Nhật Tâm	Trưởng khoa Truyền nhiễm	0915.584.417
8	BS CKI. Võ Thị Oanh	Phó trưởng khoa Sản – Phụ	0985.608.285
9	BS CKI. Đặng Quốc Chiến	Khoa Cấp cứu – Nhi	0919.652.907
10	Bs CKI Nguyễn Sỹ Hợp	Khoa 3 chuyên khoa	0912.136.178
11	Bs CKI Nguyễn Xuân Tương	Khoa 3 chuyên khoa	0904.496.449
12	Bs CKI Nguyễn Thái Sơn	Trưởng khoa CDHA	0912.136.479

13. QUY TRÌNH

Chuẩn bị bệnh nhân phẫu thuật

A. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC PHẪU THUẬT

1. BÁC SĨ

- Nhận định tình trạng người bệnh: dấu hiệu và triệu chứng của bệnh, tiền sử, bệnh lý kèm theo, thuốc đang sử dụng,....

- Khám lâm sàng toàn diện, kết hợp với kết quả xét nghiệm cận lâm sàng (gồm có: huyết học toàn phần, ECG, NTTP, sinh hóa máu, chức năng gan-thận,....) để đưa ra chẩn đoán trước mổ.

- Bác sĩ phải bỏ túc bệnh án đầy đủ, chẩn đoán trước mổ, biên bản hội chẩn (hội chẩn khoa, hội chẩn với trực lãnh đạo và KTV gây mê), hoàn tất bệnh án trước khi chuyển lên phòng mổ.

- Giải thích bệnh nhân tình trạng bệnh lý trước mổ và hướng xử trí bệnh.

2. ĐIỀU DƯỠNG

- Chuẩn bị tinh thần cho bệnh nhân: giải thích để bệnh nhân biết mục đích, lợi ích, phương thức phẫu thuật. Ảnh hưởng sau mổ (đau, khó chịu khi có dẫn lưu), quan tâm chia sẻ, động viên bệnh nhân cùng hợp tác chuẩn bị tốt trước mổ.

- Thủ tục hành chính: giấy cam đoan chấp nhận mổ của bệnh nhân hoặc thân nhân của bệnh nhân, hồ sơ mổ, bảng tóm tắt bệnh lý, chữ ký của người có chỉ định mổ, các phiếu xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết, vòng đeo tay xác định người bệnh.

- Đánh giá tình trạng sức khỏe của bệnh nhân: tổng trạng, tri giác, DHST.

- Chuẩn bị các xét nghiệm cận lâm sàng cơ bản: XN máu, Công thức máu, dung tích hồng cầu, thời gian máu chảy - máu đông, nhóm máu, đường huyết. XN nước tiểu, chức năng gan - thận, hô hấp, tuần hoàn.

- Chuẩn bị vệ sinh cá nhân, vệ sinh da vùng mổ:

+ Những ngày trước mổ bệnh nhân tắm rửa sạch sẽ mỗi ngày, vệ sinh da tóc móng, bộ phận sinh dục.

+ Chuẩn bị vùng da để mổ (thực hiện ngày trước mổ) làm sạch da, rửa da, cạo lông vùng mổ. Lưu ý: tránh làm xây xát da vì đó là cửa ngõ để vi khuẩn xâm nhập, cạo hết lông vùng mổ, báo cáo các bất thường vùng da nơi sẽ mổ (u, nốt, vết thương có sẵn), vùng đầu mặt bệnh nhân nữ cần có chỉ định phẫu thuật viên cạo hết tóc và lông mày.

- Phát hiện ổ nhiễm trùng trong cơ thể: đưa bệnh nhân đi khám tai mũi họng, theo y lệnh. Phát hiện những dấu hiệu nhiễm trùng khác: tăng thân nhiệt đột ngột, cảm cúm, sổ mũi báo bác sĩ xử trí kịp thời.

- Chế độ ăn uống:

+ Bệnh nhân cần được bồi dưỡng đầy đủ nhiều ngày trước mổ.

+ Nếu bệnh nhân ăn không được qua đường miệng cần báo Bác sĩ để cho ăn qua sonde dạ dày, truyền dịch.

+ Nhịn ăn 6-8 giờ trước mổ nếu mổ vùng tiêu hóa có thể có chỉ định thụt tháo, rửa dạ dày.

- Chuẩn bị trước mổ:
 - + Lấy DHST
 - + Làm gọn tóc cho bệnh nhân, làm sạch các vết sơn móng tay, móng chân, sơn môi.
 - + Tháo tư trang bệnh nhân gửi thân nhân hoặc ký gửi.
 - + Đeo băng tên vào tay bệnh nhân.
 - + Thay quần áo sạch quy định cho bệnh nhân mổ.
 - + Căn dặn tháo bỏ tư trang quý giá, tháo bỏ răng giả cho người nhà giữ trước khi vào phòng.
 - + Kiểm tra đầy đủ lại hồ sơ.
 - + Di chuyển bệnh nhân đến phòng mổ an toàn.
 - + Bàn giao bệnh nhân với nhân viên phòng mổ.

B. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT CẤP CỨU

- Bác sĩ phải hỏi sức bệnh nhân cho đến khi bệnh ổn định DHST.
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ.
- Bác sĩ đánh giá tình trạng bệnh và chẩn đoán trước mổ, biên bản hội chẩn (hội chẩn khoa, hội chẩn với trực lãnh đạo và KTV gây mê), hoàn tất bệnh án trước khi chuyển lên phòng mổ.
- Giấy cam đoan chấp nhận mổ của bệnh nhân hoặc thân nhân của bệnh nhân.
- Điều dưỡng thực hiện các y lệnh khẩn trương.
- DD chuẩn bị vệ sinh cá nhân, vệ sinh da vùng mổ trước khi phẫu thuật.
- Hồ sơ bệnh án Bác sĩ và điều dưỡng nếu không làm kịp sẽ hoàn chỉnh sau khi phẫu thuật.

<p>Đặt y lệnh điều dưỡng khẩn cấp</p> <p>Chẩn đoán bệnh nhân và thân nhân người bệnh theo tình trạng điều dưỡng sắp xếp</p> <p>Thông báo với điều dưỡng nặng y lệnh mổ.</p>	<p>Đặt y lệnh điều dưỡng khẩn cấp</p> <p>Điều dưỡng tiếp nhận y lệnh mổ</p> <p>Điều dưỡng với bác sĩ đầu hiệu sinh tồn tình trạng người bệnh...</p>
<p>Thông báo với điều dưỡng khẩn cấp</p> <p>Điều dưỡng tiếp nhận y lệnh mổ</p> <p>Điều dưỡng với bác sĩ đầu hiệu sinh tồn tình trạng người bệnh...</p> <p>Thực hiện các y lệnh (nếu có)</p> <p>Chỉ định thực hiện phẫu thuật vào hồ sơ bệnh án ngay và báo cáo bác sĩ</p> <p>Chỉ y lệnh điều dưỡng khẩn cấp</p>	<p>Chỉ định thực hiện phẫu thuật (nếu có)</p> <p>Thực hiện ngay y lệnh mổ (nếu có)</p> <p>Chỉ y lệnh điều dưỡng khẩn cấp</p>

14. QUY ĐỊNH
phối hợp giữa bác sỹ và điều dưỡng
trong khám chữa bệnh tại các khoa lâm sàng

I. Mục đích:

- Tăng cường sự phối hợp tốt giữa bác sỹ và điều dưỡng trong khám, điều trị và chăm sóc người bệnh.
- Giúp điều dưỡng chủ động trong việc lập kế hoạch chăm sóc người bệnh, tăng tính chuyên nghiệp.
- Là cơ sở giúp các nhà quản lý đánh giá hiệu quả công việc của nhân viên.
- Người bệnh hài lòng khi đến khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện.

II. Phạm vi áp dụng:

Áp dụng đối với tất cả các khoa nội trú trong bệnh viện.

III. Nội dung

Thời gian thực hiện:

Vào buổi sáng các ngày làm việc trong tuần. Đối với ngày nghỉ, ngày lễ chỉ áp dụng khi bác sỹ trực thấy cần thiết.

1. Chuẩn bị bệnh nhân:

Điều dưỡng chăm sóc:

- + Chủ động chào người bệnh, người nhà người bệnh.
- + Sắp xếp buồng bệnh: nhắc và giúp người bệnh, người nhà người bệnh sắp xếp gọn đồ dùng cá nhân.
- + Lấy dấu hiệu sinh tồn, ghi vào phiếu chăm sóc
- + Chuẩn bị hồ sơ bệnh án theo thứ tự ưu tiên.

2. Nội dung thực hiện:

Đối với điều dưỡng chăm sóc	Đối với bác sỹ điều trị
<ul style="list-style-type: none"> - Giới thiệu & kíp làm việc với người bệnh. - Báo cáo với bác sỹ: dấu hiệu sinh tồn, tình trạng người bệnh... 	<ul style="list-style-type: none"> - Chào người bệnh và thăm khám người bệnh theo thứ tự điều dưỡng sắp xếp. - Thông báo với điều dưỡng những y lệnh mới.
<ul style="list-style-type: none"> - Ghi tóm tắt chỉ định của bác sỹ (hỏi lại nếu chưa rõ y lệnh) Thực hiện ngay y lệnh mới (nếu có). 	<ul style="list-style-type: none"> - Thông báo, giải thích nhanh với người bệnh, người nhà người bệnh các thông tin cần thiết (có điều dưỡng chứng kiến... lưu ý tránh trao đổi sâu tại buồng bệnh vấn đề riêng tư, nhạy cảm của người bệnh). - Thực hiện các thủ thuật (nếu có) - Ghi tình trạng người bệnh vào hồ sơ bệnh án ngay tại buồng bệnh
<ul style="list-style-type: none"> - Thực hiện y lệnh đã có sẵn (theo thứ 	<ul style="list-style-type: none"> - Ghi y lệnh điều trị trong hồ sơ bệnh

<p><i>tự ưu tiên)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Giáo dục sức khỏe người bệnh, người nhà người bệnh. - Hoàn tất thủ tục người bệnh: xuất viện, chuyển viện, khám chuyên khoa hoặc ghi chép các phiếu điều dưỡng khác. 	<p>án, cho người bệnh xuất viện, chuyển, khám chuyên khoa ...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trao đổi sâu với người bệnh, người nhà người bệnh tại phòng riêng về bệnh của người bệnh (<i>nếu cần</i>).
<p>Lãnh đạo khoa, ĐDT khoa, Phòng chức năng: Giám sát, đánh giá định kỳ hoặc đột xuất theo chức năng nhiệm vụ.</p>	

15. QUY ĐỊNH

Kiểm tra, quản lý, lưu trữ hồ sơ bệnh án

Căn cứ Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/09/1997 của Bộ Y tế về việc ban hành Quy chế bệnh viện, Giám đốc bệnh viện quy định công tác kiểm tra, quản lý và lưu trữ hồ sơ bệnh án, cụ thể:

I. QUY ĐỊNH CHUNG

- Hồ sơ bệnh nhân là tài liệu quan trọng phải được giữ gìn bảo quản tốt theo quy định của pháp luật về lưu trữ.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án trước khi duyệt và lưu trữ.
- Hồ sơ bệnh án nội, ngoại trú, xuất viện, chuyển viện, tử vong phải được hoàn chỉnh các thủ tục hành chính theo quy chế vào viện, chuyển viện, chuyển khoa, ra viện, sau đó chuyển đến Phòng Kế hoạch tổng hợp lưu trữ theo quy định.
- Việc khai thác sử dụng hồ sơ bệnh án phải đúng quy định.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1. Công tác kiểm tra:

- *Kiểm tra thủ tục hành chính:*
- + Người kiểm tra: Nguyễn Thị Vân Anh – Phòng Kế hoạch – Tài vụ
- + Nội dung kiểm tra: Thủ tục hành chính
- + Thời gian kiểm tra: Các ngày làm việc trong tuần, khi các khoa lâm sàng làm thủ tục thanh toán cho bệnh nhân ra viện.
- *Kiểm tra nội dung chuyên môn:*
- + Người kiểm tra: Bs Phan Công Tý – TP Kế hoạch – Tài vụ
- + Nội dung kiểm tra: Chẩn đoán, chỉ định cận lâm sàng, sử dụng thuốc..... Đánh giá việc ghi chép, chất lượng hồ sơ.
- + Thời gian kiểm tra: 2 lần/tuần.

2. Quản lý hồ sơ:

Điều dưỡng hành chính khoa điều trị có nhiệm vụ:

- Giữ gìn, quản lý mọi hồ sơ bệnh án trong khoa.
- Hồ sơ bệnh án được để vào giá hoặc tủ theo quy định, dễ thấy, dễ lấy.

- Hết giờ làm việc phải kiểm tra lại hồ sơ bệnh án và bàn giao cho điều dưỡng thường trực.

- Không để bệnh nhân và gia đình bệnh nhân xem hồ sơ bệnh án.

- Học viên thực tập muốn xem hồ sơ bệnh án phải được sự đồng ý của Trưởng khoa, ký sổ giao nhận, xem tại chỗ, xem xong bàn giao lại ngay cho điều dưỡng hành chính.

3. Lưu trữ hồ sơ

a. Đăng ký lưu trữ

- Người bệnh ra viện (trong 24 giờ), khoa phải hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ theo quy chế và chuyển đến Phòng Kế hoạch – Tài vụ.

- Phòng Kế hoạch – Tài vụ kiểm tra việc thực hiện quy chế hồ sơ bệnh án của các khoa, Trưởng phòng chịu trách nhiệm phê duyệt và chuyển lưu trữ.

- Hồ sơ bệnh án nội, ngoại trú lưu trữ ít nhất 10 năm.

- Hồ sơ bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt lưu trữ ít nhất 15 năm.

- Hồ sơ bệnh án tử vong lưu trữ ít nhất 20 năm.

b. Bảo quản hồ sơ lưu trữ

- Trưởng phòng Kế hoạch – Tài vụ phân công cụ thể viên chức chuyên trách giữ gìn bảo quản hồ sơ bệnh án.

- Có đầy đủ thông tin danh sách hồ sơ lưu trữ.

- Hồ sơ bệnh án được để vào tủ trên giá có biện pháp chống ẩm, phòng cháy, chống dãn, chuột, mối và các côn trùng khác.

- Các hồ sơ bệnh án được đánh số thứ tự theo đúng chuyên khoa hoặc theo danh mục bệnh tật quốc tế nhằm đảm bảo lưu trữ và cung cấp tài liệu nhanh chóng, thuận tiện.

- Hồ sơ bệnh nhân tử vong phải được bảo quản chặt chẽ lưu trữ theo thứ tự hàng năm.

- Tủ lưu trữ hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong phải luôn luôn khoá bảo vệ.

4. Sử dụng hồ sơ bệnh án đã lưu trữ

- Bác sĩ trong bệnh viện cần mượn hồ sơ bệnh án để giảng dạy học tập và nghiên cứu phải có giấy đề nghị ghi rõ mục đích sử dụng, thông qua Trưởng phòng Kế hoạch – Tài vụ và chỉ được đọc tại chỗ. Đối với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong ngoài thủ tục trên cần phải được Giám đốc ký duyệt.

- Phòng Kế hoạch – Tài vụ phải có sổ theo dõi người đến mượn hồ sơ và lưu trữ giấy đề nghị.

- Người mượn hồ sơ bệnh án không được tiết lộ các chi tiết chuyên môn trong bệnh án.

5. Cơ quan bảo vệ pháp luật và thanh tra cần sử dụng hồ sơ bệnh án

- Phải có giấy giới thiệu hoặc công văn đề nghị ghi rõ mục đích sử dụng hồ sơ bệnh án, Trưởng phòng Kế hoạch – Tài vụ báo cáo Giám đốc ký duyệt mới được đưa hồ sơ bệnh án cho mượn đọc hay sao chép tại chỗ.

- Đối với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong, Giám đốc bệnh viện phải báo cáo lên cấp trên quản lý trực tiếp; sau khi được sự đồng ý của cấp trên, Giám đốc bệnh viện mới được phép cho mượn đọc hay sao chép tại chỗ.

