

DANH SÁCH CÁC MẪU BỆNH ÁN, MẪU GIẤY, PHIẾU Y

TT	Nội dung	Mã số
I.	CÁC MẪU GIẤY, PHIẾU HÀNH CHÍNH, CAM KẾT (10 Mẫu)	
1.	Bìa hồ sơ bệnh án	HC-01
2.	Giấy cung cấp thông tin và cam kết chung về nhập viện nội trú/nội trú ban ngày	HC-02
3.	Giấy đề nghị làm người đại diện cho người bệnh	HC-03
4.	Giấy mời hội chẩn	HC-04
5.	Biên bản hội chẩn	HC-05
6.	Giấy cam kết chấp thuận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức	HC-06
7.	Giấy cam kết chấp thuận điều trị bằng hóa trị - xạ trị	HC-07
8.	Giấy cam kết chấp thuận điều trị bằng xạ trị	HC-08
9.	Giấy cam kết từ chối sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh	HC-09
10.	Phiếu cung cấp thông tin người bệnh tại khoa hồi sức tích cực	HC-10
II.	CÁC MẪU BỆNH ÁN (23 MẪU)	
1.	Bệnh án Nội khoa	BA-01
2.	Bệnh án Ngoại khoa	BA-02
3.	Bệnh án Sản khoa	BA-03
4.	Bệnh án Nhi khoa	BA-04
5.	Bệnh án Sơ sinh thường	BA-05
6.	Bệnh án Sơ sinh	BA-06
7.	Bệnh án Phụ khoa	BA-07
8.	Bệnh án Bỏng	BA-08
9.	Bệnh án Ung bướu	BA-09
10.	Bệnh án Tâm thần	BA-10
11.	Bệnh án Da liễu	BA-11
12.	Bệnh án Mắt	BA-12
13.	Bệnh án Răng Hàm Mặt	BA-13
14.	Bệnh án Tai Mũi Họng	BA-14
15.	Bệnh án Phục hồi chức năng	BA-15
16.	Bệnh án Phục hồi chức năng Nhi khoa	BA-16
17.	Bệnh án Ngoại trú chung	BA-17
18.	Bệnh án Ngoại trú Mắt	BA-18

19.	Bệnh án Ngoại trú Răng Hàm Mặt	BA-19
20.	Bệnh án Ngoại trú Phục hồi chức năng	BA-20
21.	Bệnh án Cấp cứu	BA-21
22.	Bệnh án Cấp cứu ngoại viện	BA-22
23.	Bệnh án tuyến xã phường	BA-23
III.	CÁC MẪU PHIẾU KHÁM, ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI, CHĂM SÓC, BÀN GIAO (16 Mẫu)	
A.	Các mẫu phiếu khám, đánh giá (6 Mẫu)	
1.	Phiếu khám bệnh vào viện (Tại khoa khám bệnh)	PK-01
2.	Phiếu khám chuyên khoa	PK-02
3.	Phiếu khám và tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh ngoại trú	PK-03
4.	Phiếu khám và chỉ định phục hồi chức năng	PK-04
5.	Phiếu nhận định – phân loại người bệnh (dành cho điều dưỡng tại khoa cấp cứu)	PK-05
6.	Phiếu nhận định ban đầu người bệnh nội trú (dành cho điều dưỡng – lúc nhập viện/nhập khoa)	PK-06
B.	Các mẫu phiếu theo dõi (4 Mẫu)	
1.	Phiếu theo dõi điều trị	TD-01
2.	Phiếu theo dõi truyền dịch	TD-02
3.	Biểu đồ chuyển dạ	TD-03
4.	Bảng điểm Glasgow	TD-04
C.	Các mẫu phiếu chăm sóc (4 Mẫu)	
1.	Phiếu theo dõi – chăm sóc (dành cho nội trú)	CS-01
2.	Phiếu theo dõi chức năng sống (dành cho nội trú)	CS-02
3.	Phiếu thực hiện kỹ thuật phục hồi chức năng	CS-03
4.	Phiếu hướng dẫn chế độ dinh dưỡng cho người bệnh nội trú	CS-04
D.	Các mẫu phiếu bàn giao (2 Mẫu)	
1.	Phiếu bàn giao người bệnh chuyển khoa (Dành cho bác sỹ)	BG-01
2.	Phiếu bàn giao người bệnh chuyển khoa (Dành cho điều dưỡng)	BG-02
IV.	CÁC MẪU PHIẾU GÂY MÊ, PHẪU THUẬT, THỦ THUẬT (12 Mẫu)	
1.	Biên bản hội chẩn thông qua phẫu thuật	PT-01
2.	Bảng kiểm chuẩn bị và bàn giao người bệnh trước phẫu thuật	PT-02
3.	Phiếu khám tiền mê	PT-03
4.	Bảng kiểm an toàn phẫu thuật	PT-04
5.	Phiếu theo dõi gây mê hồi sức	PT-05

6.	Bảng kiểm đếm gạc, dụng cụ sắc nhọn, dụng cụ	PT-06
7.	Phiếu theo dõi tại phòng hồi tỉnh	PT-07
8.	Phiếu đánh giá trước khi cho người bệnh ra khỏi phòng hồi tỉnh	PT-08
9.	Phiếu theo dõi người bệnh sau khi mổ (trong 24 giờ đầu)	PT-09
10.	Phiếu theo dõi và hồi sức người bệnh chưa mổ và sau mổ (từ giờ thứ 25 trở đi)	PT-10
11.	Phiếu tường trình thủ thuật	PT-11
12.	Phiếu tường trình phẫu thuật	PT-12
V.	MẪU CHỈ ĐỊNH, ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ, GIÁO DỤC SỨC KHỎE (12 Mẫu)	
A.	Các mẫu chỉ định xét nghiệm, cận lâm sàng (4 Mẫu)	
1.	Phiếu chỉ định (chọn loại cận lâm sàng phù hợp: chẩn đoán hình ảnh/thăm dò chức năng...)	CD-01
2.	Phiếu chỉ định xét nghiệm giải phẫu bệnh sinh thiết	CD-02
3.	Phiếu chỉ định xét nghiệm (chọn loại xét nghiệm phù hợp: huyết học/hóa sinh/vi sinh...)	CD-03
4.	Phiếu chỉ định xét nghiệm (chọn loại xét nghiệm phù hợp: huyết đồ/ tủy đồ...)	CD-04
B.	Các mẫu đánh giá nguy cơ (7 Mẫu)	
1.	Phiếu đánh giá nguy cơ té ngã người bệnh nội trú- người lớn	NC-01
2.	Phiếu hướng dẫn can thiệp phòng ngừa té ngã người bệnh nội trú	NC-02
3.	Phiếu sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng cho người bệnh ngoại trú	NC-03
4.	Phiếu sàng lọc và đánh giá dinh dưỡng người bệnh nội trú	NC-04
5.	Phiếu sàng lọc và đánh giá dinh dưỡng bệnh nhi	NC-05
6.	Phiếu sàng lọc và đánh giá dinh dưỡng bệnh nhi sơ sinh	NC-06
7.	Bảng kiểm an toàn điện quang	NC-07
C.	Các mẫu giáo dục sức khỏe (1 Mẫu)	
1.	Phiếu tư vấn, hướng dẫn, giáo dục sức khỏe	GDSK-01
VI.	Các mẫu chuyển viện, ra viện, bản tóm tắt hồ sơ bệnh án (12 Mẫu)	
1.	Bản tóm tắt hồ sơ bệnh án	CV-01
2.	Giấy đề nghị cung cấp bản tóm tắt hồ sơ bệnh án/tài liệu liên quan	CV-02
3.	Giấy cam kết chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	CV-03
4.	Giấy cam kết ra viện không theo chỉ định của bác sỹ (khi chưa kết thúc việc chữa bệnh)	CV-04
5.	Biên bản kiểm thảo tử vong	CV-05

6.	Trích biên bản kiểm thảo tử vong	CV-06
7.	Biên bản bàn giao người bệnh tử vong	CV-07
8.	Biên bản người bệnh tử vong trước khi vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	CV-08
9.	Biên bản tử vong ngoại viện	CV-09
10.	Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong	CV-010
11.	Phiếu tóm tắt thông tin người bệnh nặng xin về	CV-011
12.	Giấy chứng nhận phẫu thuật	CV-012
VII.	Hướng dẫn ghi chép	
VIII.	Các mẫu khác	
1.	Giấy chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (Thực hiện theo Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ về việc bổ sung và hỗ trợ mức đóng bảo hiểm y tế, sửa đổi mức hưởng bảo hiểm y tế và tăng cường vai trò, trách nhiệm của bộ, ngành, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong việc quản lý, sử dụng hiệu quả quỹ bảo hiểm y tế)	
2.	Giấy hẹn khám lại (Thực hiện theo tại Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ).	
3.	Giấy ra viện (Thực hiện theo Thông tư số 18/2022/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 56/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết thi hành Luật bảo hiểm xã hội và Luật an toàn vệ sinh lao động thuộc lĩnh vực y tế)	
4.	Giấy chứng nhận nghỉ việc hưởng bảo hiểm xã hội (Thực hiện theo Thông tư số 18/2022/TT-BYT)	
5.	Mẫu đơn thuốc (Thực hiện theo Thông tư số 04/2022/TT-BYT ngày 12/7/2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế)	
6.	Phiếu khai thác tiền sử dị ứng (Thực hiện theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ)	
7.	Mẫu thẻ theo dõi dị ứng (Thực hiện theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017)	
8.	Phiếu truyền máu tại Thông tư số 26/2013/TT-BYT ngày 16/9/2013 của Bộ Y tế (Thực hiện theo Thông tư số 26/2013/TT-BYT ngày 16/9/2013 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn hoạt động truyền máu)	
9.	Phiếu dự trữ và cung cấp máu cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Thực hiện theo Thông tư số 26/2013/TT-BYT)	

10.	Phiếu xác nhận đồng ý xét nghiệm HIV (Thực hiện theo Thông tư số 01/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 02 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Hướng dẫn tư vấn Phòng, chống HIV/AIDS tại cơ sở y tế).	
11.	Mẫu bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh (Thực hiện theo Quyết định số 6556/QĐ-BYT ngày 30 tháng 10 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành mẫu bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh).	
12.	Phiếu công khai dịch vụ khám, chữa bệnh nội trú (Thực hiện theo Thông tư số 50/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 về việc sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh)	
13.	Giấy báo tử (Thực hiện theo Thông tư 24/2020/TT-BYT ngày 28/12/2020 về việc quy định về phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong, cấp giấy báo tử và thống kê tử vong tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)	
14.	Giấy chứng nhận thương tích (Thực hiện theo Thông tư số 14/2016/TT-BYT ngày 12 tháng 5 năm 2016 về việc quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật bảo hiểm xã hội thuộc lĩnh vực y tế).	
15.	Giấy chứng nhận nghỉ dưỡng thai (Thực hiện theo Thông tư số 56/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc quy định chi tiết thi hành luật bảo hiểm xã hội và luật an toàn vệ sinh lao động thuộc lĩnh vực y tế)	
16.	Giấy chứng sinh (Thực hiện theo Thông tư số 56/2017/TT-BYT).	

CƠ QUAN CHỦ QUẢN
CƠ SỞ KHÁM BỆNH,
CHỮA BỆNH

Mã người bệnh

Mã YT.....

Số vào viện

Số lưu trữ

BỆNH ÁN

.....(*).....

☐ Nội trú

☐ Ngoại trú

☐ Ban ngày

KHOA.....

KHOA CHUYỂN ĐẾN

PHÒNG:.....GIƯỜNG.....

HỌ VÀ TÊN (In hoa):.....☐ Nam ☐ Nữ

Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:.....

Địa chỉ:

Ngày vào viện:/...../20.....

Ngày ra viện:/...../20.....

II. Các trang cuối của hồ sơ bệnh án

Phần 1: Thành phần và thứ tự sắp xếp các mẫu giấy, phiếu trong hồ sơ bệnh án

TT	Nội dung	Số lượng (ngày....)	Số lượng (ngày....)
I.	Thông tin hành chính, mẫu cam kết, tài liệu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đến		
II.	Các bệnh án (Nội khoa, ngoại khoa, sản khoa, nhi khoa,...)		
III.	Giấy, phiếu chỉ định xét nghiệm, cận lâm sàng, kết quả		
IV.	Giấy, phiếu khám, đánh giá, theo dõi của bác sỹ		
V.	Giấy, phiếu đánh giá, theo dõi, chăm sóc của điều dưỡng		
VI.	Giấy, phiếu gây mê, phẫu thuật, thủ thuật		
VII.	Giấy, phiếu chuyển viện, ra viện, bản tóm tắt hồ sơ bệnh án		
VIII.	Các mẫu giấy, phiếu khác		

Phần 2. Phần kiểm soát của đơn vị nhận và lưu trữ hồ sơ bệnh án

Nội dung	Đầy đủ/Đạt	Nội dung	Đầy đủ/Đạt
1. Phần hành chính			
Thông tin hành chính	☐	Thông tin khám, chữa bệnh ban đầu	☐
.....	☐		☐
2. Phần tổng kết bệnh án ra viện			
Nội dung đầy đủ	☐	Tình trạng ra viện	☐
Mã hóa ICD đầy đủ	☐		☐
3. Cận lâm sàng			
Chỉ định	☐	Kết quả	☐
.....			
4. Phiếu theo dõi, chăm sóc của điều dưỡng			
Đầy đủ các phiếu	☐	Xử trí, can thiệp của điều dưỡng	☐
.....	☐		
5. Phẫu thuật, thủ thuật, gây mê hồi sức			
Hội chẩn phẫu thuật có sự tham gia của bác sỹ gây mê, phẫu thuật viên	☐	Đầy đủ các phiếu gây mê, hồi tỉnh	☐
Giấy cam kết chấp thuận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức	☐	Bảng kiểm an toàn phẫu thuật	☐
.....	☐		☐
6. Thanh toán ra viện	☐		
.....	☐		☐

Phân loại bệnh án	Ngày nhận HSBA
Bệnh án chưa đạt lần 1: Trả lại khoa	☐/...../20.....
Bệnh án chưa đạt lần 2: Trả lại khoa	☐/...../20.....
Bệnh án đạt yêu cầu: chuyển lưu trữ	☐/...../20.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Người giao hồ sơ
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Người nhận hồ sơ
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ sở KB, CB.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

MS: 40/BV2

Khoa.....

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

GIẤY CUNG CẤP THÔNG TIN VÀ CAM KẾT CHUNG VỀ NHẬP VIỆN NỘI TRÚ

I. Thông tin hành chính

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Địa chỉ:

Điện thoại:.....

Họ và tên thân nhân khi cần báo tin:..... là..... của người bệnh.

Điện thoại:.....

Các giấy tờ người bệnh/thân nhân nộp khi nhập viện:

- Bản sao căn cước/hộ chiếu: ☐ Có ☐ Không
- Thẻ BHYT: ☐ Có ☐ Không ☐ Có, không mang theo
- Giấy chuyển viện: ☐ Có ☐ Không
- Khác:.....

II. Cam kết của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Người bệnh được thông tin, giải thích về tình trạng sức khỏe; phương pháp, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh; được hướng dẫn cách tự theo dõi, chăm sóc, phòng ngừa tai biến.

2. Người bệnh được khám bệnh, chữa bệnh bằng phương pháp an toàn phù hợp với bệnh, tình trạng sức khỏe của mình và điều kiện thực tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Người bệnh được tôn trọng danh dự, bảo vệ sức khỏe và tôn trọng bí mật riêng tư trong khám bệnh,

4. Người bệnh được lựa chọn phương pháp khám bệnh, chữa bệnh. Chấp nhận hoặc từ chối tham gia nghiên cứu y sinh học về khám bệnh, chữa bệnh.

5. Người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh được đọc, xem, sao chụp, ghi chép hồ sơ bệnh án và cung cấp tóm tắt hồ sơ bệnh án khi có yêu cầu bằng văn bản.

6. Người bệnh được cung cấp và giải thích chi tiết về các khoản chi trả dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh khi có yêu cầu.

7. Người bệnh được từ chối khám bệnh, chữa bệnh và rời khỏi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi có văn bản cam kết.

Sau khi cung cấp các thông tin nêu trên, tôi xác nhận rằng:

1. Tôi đã giải thích cho người bệnh/thân nhân về nội dung và mục đích của mẫu giấy này.
2. Tôi đã dành đủ thời gian để người bệnh/thân nhân đặt các câu hỏi liên quan đến mẫu đơn và nội dung của mẫu đơn hoặc bất kỳ mối quan tâm nào khác và tôi đã trả lời các câu hỏi/mối quan tâm đó.
3. Tôi tin rằng người bệnh/thân nhân hiểu những điều tôi đã giải thích.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người cung cấp thông tin

(Ký, ghi rõ họ tên)

III. Cam kết của người bệnh

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi đồng ý vào điều trị tại (tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)..... và cam kết:

1. Tôn trọng các y, bác sỹ và người khác làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
2. Cung cấp trung thực và chịu trách nhiệm về thông tin liên quan đến nhân thân, tiền sử, bệnh sử, tình trạng sức khỏe của tôi, hợp tác đầy đủ với các y, bác sỹ và người khác làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
3. Chấp hành chỉ định về chẩn đoán, phương pháp chữa bệnh của các y, bác sỹ.
4. Chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và các quy định khác.
5. Chấp hành và yêu cầu thân nhân, người đến thăm chấp hành nội quy của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người bệnh/thân nhân

(Ký, ghi rõ họ tên)

GIẤY ĐỀ NGHỊ**Làm người đại diện cho người bệnh**Tôi tên là: Tuổi: ☐ Nam ☐ Nữ

Số Căn cước/Hộ chiếu: Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:

Địa chỉ:

Điện thoại:

Tôi là: của người bệnh: Tuổi:

Nhập viện ngày/...../20..... Số vào viện/Mã người bệnh:

Hiện nay, người bệnh không có người đại diện hoặc có người đại diện là Ông/Bà

là của người bệnh nhưng hiện tại không thể quyết định việc khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh. Và người bệnh đang trong tình trạng:

- ☐ Chưa đủ 18 tuổi.
- ☐ Mất năng lực hành vi dân sự.
- ☐ Hạn chế năng lực hành vi dân sự.
- ☐ Có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi.

Do đó, tôi tự nguyện làm người đại diện cho người bệnh để:

- ☐ Trực tiếp gặp, nghe bác sỹ, nhân viên y tế của đơn vị giải thích về tình trạng sức khỏe người bệnh.
- ☐ Quyết định/thay đổi/chấm dứt phương pháp điều trị cho người bệnh theo tư vấn, chỉ định của các y, bác sỹ.

☐ Quyết định và làm thủ tục xuất viện, chuyển viện.☐ Ký các giấy tờ và thực hiện các thủ tục theo quy định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.☐ Thanh toán viện phí và nhận các khoản tiền cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn trả.☐ Nội dung khác:

Tôi cam kết rằng tôi hoàn toàn minh mẫn, sáng suốt và tự nguyện thực hiện các công việc trên vì lợi ích của người bệnh.

Tôi cam kết rằng các thông tin tôi cung cấp ở trên là sự thật và sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm trước người bệnh và các cá nhân, cơ quan, tổ chức khác về các công việc tôi đã đại diện thực hiện.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người đề nghị

(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

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

MS: HC-04

Ngày..... tháng.....năm 20.....

GIẤY MỜI HỘI CHẨN

Kính gửi:.....

Khoa/Phòng.....kính mời các Bác sỹ tới dự Hội chẩn tại:

Địa điểm:.....

Thời gian: giờ ngày/...../20.....

Hình thức hội chẩn: ☐ Liên khoa ☐ Toàn bệnh viện ☐ Liên bệnh viện ☐ Khác

Phương thức hội chẩn: ☐ Trực tiếp ☐ Từ xa

Thành phần:

- Chủ trì:

- Thư ký:

- Thành viên:

TT	Họ và tên	Đơn vị	Chữ ký

Tóm tắt thông tin người bệnh

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Khoa:..... Phòng:..... Giường:

Ngày vào viện: giờ ngày/...../20.....

Chẩn đoán:.....

Tình trạng hiện tại:

Yêu cầu hội chẩn:

Trân trọng kính mời các thành viên tham dự đầy đủ, đúng giờ./.

Nơi nhận:

-

- Lưu:

ĐẠI DIỆN ĐƠN VỊ MỜI
(Ký, ghi rõ họ tên/Đóng dấu)

Ý KIẾN CỦA ĐẠI DIỆN BỆNH VIỆN

BIÊN BẢN HỘI CHẨN

A. HÀNH CHÍNH:

1. Theo đề xuất của bác sỹ điều trị/bác sỹ trưởng khoa: về việc tổ chức hội chẩn
theo hình thức: ☐ Liên khoa ☐ Toàn bệnh viện ☐ Liên bệnh viện ☐ Khác

2. Lý do hội chẩn:
.....

3. Thời gian hội chẩn: giờ phút, ngày tháng năm 20.....

4. Địa điểm:

5. Thành phần:

-
-
-

B. NỘI DUNG HỘI CHẨN:

I. Thông tin người bệnh:

- Họ và tên người bệnh: Tuổi: Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
- Địa chỉ:
- Vào viện lúc: giờ phút, ngày tháng năm 20.....
- Tại khoa:

II. Tóm tắt tình trạng người bệnh:

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

III. Các vấn đề cần hội chẩn:

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

IV. Kết luận

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

Thành viên

-
-
-

Thư ký

(Ký, ghi rõ họ tên)

Chủ tọa

(Ký, ghi rõ họ tên)

**GIẤY CAM KẾT CHẤP THUẬN
PHẪU THUẬT, THỦ THUẬT VÀ GÂY MÊ HỒI SỨC**

☐ Cấp cứu ☐ Bán cấp ☐ Chương trình/Phiên

Chúng tôi có tên dưới đây cùng làm Bản cam kết như sau:

I. BÁC SỸ PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT/GÂY MÊ HỒI SỨC:

Tôi tên là:

Chức danh: Khoa:

và Bác sỹ: Chức danh: (Khoa phẫu thuật Gây mê hồi sức)

Được phân công thực hiện phẫu thuật/thủ thuật/gây mê cho người bệnh:

Chẩn đoán:

Chúng tôi đã tư vấn, giải thích đầy đủ, rõ ràng những thông tin liên quan đến cuộc phẫu thuật/thủ thuật/gây mê hồi sức cho người bệnh/thân nhân người bệnh về các vấn đề sau:

☐ Chẩn đoán

☐ Lý do phẫu thuật/thủ thuật

☐ Rủi ro, nguy cơ nếu không thực hiện phẫu thuật/thủ thuật

☐ Kết quả sau phẫu thuật/thủ thuật (Dự kiến).....

Phương pháp phẫu thuật/thủ thuật dự kiến

☐ Phẫu thuật mở

☐ Phẫu thuật nội soi

☐ Thủ thuật

Phương pháp gây mê hồi sức dự kiến:

☐ Mê nội khí quản

☐ Mê mask thanh quản

☐ Mê tĩnh mạch

☐ Tê tủy sống

☐ Tê ngoài màng cứng

☐ Tê đám rối thần kinh

☐ Tiền mê + Tê tại chỗ ☐ Khác.

Các phương pháp điều trị khác ngoài phẫu thuật/thủ thuật:

☐ Không

☐ Có, cụ thể:

Nguy cơ, tai biến trong và sau phẫu thuật/thủ thuật có thể xảy ra:

☐ Phản ứng thuốc

☐ Suy hô hấp - tuần hoàn

☐ Chảy máu

☐ Nhiễm trùng

☐ Tử vong

☐ Nguy cơ/rủi ro khác:.....

Chúng tôi đã dành đủ thời gian để người bệnh/thân nhân đặt các câu hỏi liên quan đến phẫu thuật/thủ thuật/gây mê sẽ được thực hiện hoặc các mối quan tâm khác và chúng tôi đã trả lời tất cả các câu hỏi đó.

Chúng tôi cam kết phục vụ người bệnh bằng lương tâm và trách nhiệm của người thầy thuốc cùng với tất cả kiến thức, sự hiểu biết về chuyên môn và phương tiện hiện có của (Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) để nỗ lực đem lại kết quả tốt nhất cho người bệnh.

II. NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN:

Họ và tên người bệnh: Năm sinh:

Họ và tên thân nhân: Năm sinh:

Quan hệ với người bệnh:

Tôi đã được nghe các Bác sỹ giải thích và đã trao đổi với các Bác sỹ về tất cả các thông tin của cuộc phẫu thuật/thủ thuật/gây mê, những nguy cơ thường gặp có thể xảy ra trong phẫu thuật/thủ thuật/gây mê như:

..... và mức độ thành công. Tôi đã hiểu lý do phải thực hiện phẫu thuật/thủ thuật/gây mê và đồng ý để Bác sỹ phẫu thuật/thủ thuật/gây mê cho tôi/thân nhân của tôi.

Tôi đã được tư vấn những thông tin về chi phí phẫu thuật/thủ thuật/gây mê, vật tư y tế tiêu hao dự kiến sử dụng trong cuộc phẫu thuật/thủ thuật/gây mê, tôi cam kết chỉ trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và các quy định khác.

Tôi đồng ý để các Bác sỹ thực hiện các phẫu thuật/thủ thuật/gây mê/kiểm tra/điều trị nếu việc đó là cần thiết để cứu tính mạng hoặc ngăn ngừa tác hại nghiêm trọng cho sức khỏe của tôi/thân nhân của tôi.

Tôi hiểu rằng các Bác sỹ của (*tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*) sẽ làm hết lương tâm, trách nhiệm cùng với tất cả kiến thức, sự hiểu biết và phương tiện hiện có để nỗ lực đem lại kết quả tốt nhất cho tôi/thân nhân của tôi. Tuy nhiên, cũng không thể đảm bảo hoàn toàn với tôi rằng phẫu thuật/thủ thuật sẽ cải thiện tình trạng hoặc không làm cho tình trạng của tôi/ thân nhân của tôi trở nên xấu đi.

Tôi đã đọc bản cam kết với tinh thần hoàn toàn minh mẫn và hiểu biết. Tôi đã hiểu các vấn đề mà Bác sỹ đã giải thích về tiến trình phẫu thuật/thủ thuật/gây mê cho tôi/thân nhân của tôi. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm với quyết định đồng ý cho Bác sỹ phẫu thuật/thủ thuật cho tôi/thân nhân của tôi.

Sau khi nghe các Bác sỹ cho biết tình trạng bệnh của tôi/thân nhân của tôi, những nguy hiểm của bệnh nếu không thực hiện phẫu thuật/thủ thuật/gây mê hồi sức và những rủi ro có thể xảy ra do bệnh tật, do khi tiến hành phẫu thuật/thủ thuật/gây mê hồi sức; tôi tự nguyện viết giấy cam đoan này:

1. Đồng ý xin phẫu thuật, thủ thuật, gây mê hồi sức và để giấy này làm bằng chứng.
2. Không đồng ý phẫu thuật, thủ thuật, gây mê hồi sức và để giấy này làm bằng chứng.

(Câu 1 và câu 2 do người bệnh, thân nhân của người bệnh tự viết dưới đây).

.....
**PHẪU THUẬT VIÊN/
BÁC SỸ THỰC HIỆN
THỦ THUẬT**
(Ký, ghi rõ họ tên)

BÁC SỸ GÂY Mê
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày..... tháng..... năm 20.....
NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN
(Ký, ghi rõ họ tên)

**GIẤY CAM KẾT CHẤP THUẬN
ĐIỀU TRỊ BẰNG HÓA TRỊ - XẠ TRỊ**

I. THÔNG TIN CỦA NGƯỜI KÝ

Tôi tên là:.....

Địa chỉ:

Số Căn cước/Hộ chiếu:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

☐ Là người bệnh

☐ Làcủa người bệnh..... Tuổi:

Đang điều trị tại khoa: Phòng:.....

II. XÁC NHẬN CỦA BÁC SỸ

Qua văn bản này tôi xác nhận rằng tôi đã giải thích cho người bệnh/thân nhân của người bệnh mục đích của việc điều trị bằng hóa trị - xạ trị và đã cung cấp cho người bệnh/thân nhân các thông tin liên quan đến điều trị bằng hóa trị - xạ trị.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ

(Ký, ghi rõ họ tên)

III. XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN NGƯỜI BỆNH

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi đồng ý tiếp nhận/thân nhân của tôi tiếp nhận hóa trị bao gồm các loại thuốc sau:

.....
.....
..... và xạ trị chiếu ngoài cơ thể tại (ghi rõ vị trí xạ trị):

Tôi đồng ý về việc sử dụng dấu xăm trên da của tôi/thân nhân của tôi cho mục đích xạ trị chính xác.

Bằng mẫu đơn này tôi xác nhận rằng tôi đã được giải thích rằng quá trình hóa trị của tôi/thân nhân của tôi sẽ bao gồm khoảng..... chu kỳ của điều trị hóa trị, mỗi chu kỳ cách nhau khoảngngày và quá trình xạ trị của tôi sẽ bao gồm khoảng..... lần, mỗi lần cách nhau khoảngngày. Tôi hiểu rằng nếu không điều trị bệnh của tôi/thân nhân của tôi có thể nặng lên, có thể duy trì tình trạng ổn định trong một khoảng thời gian nhưng hiếm khi được cải thiện tốt hơn.

Tôi xác nhận đã được cung cấp mọi thông tin liên quan đến hóa trị - xạ trị, tôi đã được các Bác sỹ trao đổi về các nguy cơ, tác dụng phụ và biện pháp cần thực hiện bao gồm:

– Hóa trị - xạ trị có tác dụng phụ lâu dài bao gồm tổn thương phổi, tim, gan, cột sống, da, niêm mạc và/hoặc bàng quang và bệnh bạch cầu cấp tính cũng có thể phát triển do hóa trị.

– Hóa trị - xạ trị có thể có hại cho thai nhi nên tôi phải thông báo cho bác sỹ nếu tôi nghĩ rằng tôi/thân nhân của tôi đang có thai và bằng mẫu đơn này tôi xác nhận rằng tôi/ thân nhân của tôi đang không có thai.

– Hóa trị thường ảnh hưởng chức năng sinh sản, có thể làm cho tôi/thân nhân của tôi khó có con. Do vậy, cần phải sử dụng các biện pháp tránh thai khi đang hóa trị, xạ trị.

– Khi thuốc hóa trị được đưa vào tĩnh mạch, sẽ có một tỷ lệ rủi ro nhất định về nhiễm trùng máu hoặc thuốc hóa trị rò rỉ ra ngoài tĩnh mạch gây khó chịu hoặc tổn thương mô tế bào.

– Các thông tin điều trị của tôi/thân nhân của tôi sẽ được lưu giữ ở dạng giấy hoặc điện tử và có thể dùng để hội chẩn, trao đổi thông tin và các hoạt động khác được pháp luật cho phép.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người bệnh/thân nhân

(Ký, ghi rõ họ tên)

**GIẤY CAM KẾT CHẤP THUẬN
ĐIỀU TRỊ BẰNG XẠ TRỊ**

I. THÔNG TIN CÁ NHÂN CỦA NGƯỜI KÝ

Tôi tên là:..... Tuổi..... ☐ Nam ☐ Nữ
Địa chỉ:

☐ Là người bệnh

☐ Là của người bệnh..... Tuổi:.....

Đang điều trị tại khoa: Phòng:.....

II. XÁC NHẬN CỦA BÁC SỸ

Qua văn bản này tôi xác nhận rằng tôi đã giải thích cho người bệnh/thân nhân của người bệnh mục đích của việc thực hiện điều trị bằng xạ trị và đã cung cấp cho người bệnh/thân nhân các thông tin liên quan đến việc điều trị bằng xạ trị.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ

(Ký, ghi rõ họ tên)

III. XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN NGƯỜI BỆNH

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi đồng ý tiếp nhận/thân nhân của tôi tiếp nhận điều trị bằng xạ trị sau:

1. Xạ trị chiếu ngoài cơ thể (ghi rõ vị trí điều trị):

2. Xạ trị Áp sát (cấy những vật liệu bức xạ tại vị trí) (ghi rõ vị trí điều trị):

3. Trị liệu bằng Đồng vị phóng xạ (ghi rõ vị trí điều trị):

4. Tôi đồng ý về việc sử dụng các dấu xăm trên da của tôi/thân nhân của tôi cho mục đích xạ trị chính xác. Bằng mẫu đơn này tôi xác nhận rằng tôi đã được giải thích quá trình xạ trị của tôi/thân nhân của tôi sẽ bao gồm khoảng..... lần, mỗi lần cách nhau khoảng ngày. Tôi hiểu rằng nếu không điều trị bệnh của tôi/thân nhân của tôi có thể nặng lên, có thể duy trì tình trạng ổn định trong một khoảng thời gian nhưng hiếm khi được cải thiện tốt hơn.

Tôi xác nhận đã được cung cấp mọi thông tin liên quan đến xạ trị, đã được trao đổi về các nguy cơ, tác dụng phụ và biện pháp cần thực hiện bao gồm:

- Xạ trị có các tác dụng phụ lâu dài mà có thể bao gồm tổn thương phổi, tim, cột sống, da, niêm mạc.
- Xạ trị có thể có hại cho thai nhi và tôi phải thông báo cho bác sỹ của tôi nếu tôi nghĩ rằng tôi/thân nhân của tôi đang có thai và bằng mẫu đơn này tôi xác nhận rằng tôi/thân nhân của tôi đang không có thai.

– Các thông tin điều trị của tôi/thân nhân của tôi sẽ được lưu giữ ở dạng giấy hoặc điện tử và có thể dùng để hội chẩn, trao đổi thông tin và các hoạt động khác được pháp luật cho phép.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người bệnh/thân nhân

(Ký, ghi rõ họ tên)

**GIẤY CAM KẾT TỪ CHỐI SỬ DỤNG DỊCH VỤ
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

I. THÔNG TIN CÁ NHÂN CỦA NGƯỜI KÝ

Tôi tên là:.....Năm sinh: ☐ Nam ☐ Nữ

☐ Là người bệnh

☐ Là của người bệnh Năm sinh:.....

Đang điều trị tại khoa: Phòng:..... Giường:.....

II. NỘI DUNG

Phương pháp điều trị/chỉ định dự kiến thực hiện:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tôi đã được giải thích về lợi ích của phương pháp điều trị dự kiến, những nguy cơ, đặc biệt là những rủi ro, biến chứng có thể xảy ra nếu từ chối điều trị hoặc sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nêu trên.

Tôi xác nhận việc từ chối điều trị hoặc sử dụng dịch vụ y tế trên vào.....giờ..... ngày...../...../20.....

Người bệnh/thân nhân

(Ký, ghi rõ họ tên)

Nguy cơ/ rủi ro:

.....

.....

Tôi xác nhận đã giải thích cho người bệnh/thân nhân của người bệnh về lợi ích, nguy cơ, biện pháp thay thế của việc từ chối sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trên.

Ngày...../...../20.....

Bác sỹ điều trị

(Ký, ghi rõ họ tên)

PHIẾU CUNG CẤP
THÔNG TIN VỀ NGƯỜI BỆNH
(TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC)

I. PHẦN HÀNH CHÍNH**Người bệnh**

1. Họ và tên:.....
2. Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ
3. Địa chỉ:

Thân nhân của người bệnh

1. Họ và tên:.....
2. Quan hệ với người bệnh:.....
3. Điện thoại:

II. NỘI DUNG

- 1 Chẩn đoán:
-
-
- 2 Vấn đề của người bệnh
- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 3 Tiên lượng GẦN:
- Tiên lượng XA:
- 4 Kế hoạch điều trị, theo dõi, chăm sóc cho người bệnh:
-
-
-
-

III. Ý KIẾN CỦA THÂN NHÂN CỦA NGƯỜI BỆNH:

.....

.....

.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

Người bệnh/thân nhân
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

1. Họ và tên (In hoa):

2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:

3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

4. Điện thoại:

5. Nghề nghiệp:

6. Dân tộc:

7. Quốc tịch:

8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....

Xã, phường:.....

Huyện (Q, Tx):.....

Tỉnh, thành phố:.....

9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác

10. Số thẻ BHYT:

11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:

12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

Vào: ☐ Giờ thứ: của bệnh ☐ Ngày thứ: của bệnh ☐ Không rõ.

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

Di ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bản thân: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Tiền sử gia đình: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Mạchlần/ph
Nhiệt độ.....⁰C
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở.....lần/ph
Cân nặngkg
Chiều cao cm

2. Các cơ quan: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng (có giá trị chẩn đoán, theo dõi bệnh):

4. Chẩn đoán vào viện (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

5. Đã xử lý (thuốc, chăm sóc...):

6. Ý kiến của bác sỹ chuyên khoa (nếu có):

7. Cho vào điều trị tại khoa:

8. Ghi chú:

Ngày..... tháng..... năm 20.....
Bác sỹ khám bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ sở KB, CB.....
Khoa.....

PHIẾU KHÁM CHUYÊN KHOA

MS: PK-02
Số vào viện.....
Mã người bệnh

Kính gửi:.....

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Địa chỉ:

Khoa: Phòng: Giường:

Chẩn đoán:

Yêu cầu khám chuyên khoa:

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ khám bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

Kết quả khám chuyên khoa:

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ khám bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

MS: PK-03
Số vào viện.....
Mã người bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH:

Họ và tên:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ
Phòng:..... Giường:.....

B. PHÂN NHẬN ĐỊNH - PHÂN LOẠI

1. Ngày đến khám: giờ ngày/...../20.....
2. Lý do vào viện, vấn đề sức khỏe:
3. Kết quả đánh giá:

Dấu hiệu sinh tồn, cơ thể

Thời gian thực hiện	Nhiệt độ	Mạch	Huyết áp	Nhịp thở	SpO2	BMI	Thang điểm hôn mê Glasgow
Lần thứ 1:							
Lần thứ 2:							

Toàn trạng: ☐ Tốt ☐ Trung bình ☐ Xấu
Đau ngực: ☐ Không ☐ Có (Đo điện tâm đồ nếu cần thiết)
Thang điểm đau:
Nguy cơ té ngã : ☐ Không ☐ Thấp ☐ Trung bình ☐ Cao
Trạng thái tinh thần: ☐ Bình thường ☐ Lo lắng ☐ Ủ rũ ☐ Kích động
☐ Hung hăng

Nồng độ đường huyết: (đo đường huyết nếu cần thiết)
Dị ứng: ☐ Không ☐ Có:

Kết quả phân loại mức độ cấp cứu: ☐ Loại 1 ☐ Loại 2 ☐ Loại 3
☐ Loại 4 ☐ Loại 5

Người bệnh được chuyển đến: ☐ Phòng hồi sức ☐ Giường cấp cứu ☐ Khác
Người bệnh được chuyển đến Khoa khác: ☐ Không ☐ Có - Ghi rõ và nêu lý do:
.....
.....

Giờ thực hiện:.....:.....:..... Họ và tên người thực hiện:..... Chữ ký:.....

Kết quả phân loại mức độ cấp cứu (Lần 2): ☐ Loại 1 ☐ Loại 2 ☐ Loại 3
☐ Loại 4 ☐ Loại 5

Giờ thực hiện:.....:.....:..... Họ và tên người thực hiện:..... Chữ ký:.....

THANG PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ CẤP CỨU

LOẠI	PHẢN ỨNG	PHÂN LOẠI	DẤU HIỆU LÂM SÀNG (chỉ mang tính chất trình bày)
LOẠI 1	Đánh giá và điều trị cùng lúc và ngay lập tức	Đe dọa mạng sống ngay lập tức Tình trạng bệnh đe dọa mạng sống (hoặc sắp có nguy cơ xấu) và cần phải có sự can thiệp mạnh mẽ ngay lập tức.	Ngừng tim. Ngừng hô hấp. Nguy cơ ngay lập tức tới đường thở. Nhịp thở < 10 lần/phút. Suy hô hấp cấp. Huyết áp < 80mmHg (người lớn) hoặc trẻ em/trẻ sơ sinh sốc nặng. Không đáp ứng hoặc đáp ứng chỉ với cơn đau (Điểm Glasgow < 9). Co giật liên tục/kéo dài. Quá liều tiêm tĩnh mạch và không phản ứng hoặc giảm thông khí. Rối loạn hành vi nghiêm trọng với mối đe dọa trực tiếp bạo lực nguy hiểm
LOẠI 2	Đánh giá và điều trị trong 10 phút (đánh giá và điều trị thường cùng lúc)	Sắp đe dọa tới mạng sống Tình trạng của người bệnh đủ nghiêm trọng hoặc xấu đi nhanh tới nỗi có nguy cơ đe dọa tới mạng sống, hoặc suy hệ thống các bộ phận cơ thể nếu không được điều trị trong vòng 10 phút sau khi tới bệnh viện. HOẶC Điều trị có tính quyết định liên quan tới thời gian Khả năng điều trị có tính quyết định liên quan tới thời gian (ví dụ: làm tan huyết khối, giải độc) để thực hiện một tác động đáng kể đến kết quả lâm sàng phụ thuộc vào điều trị bắt đầu trong vòng một vài phút sau khi người bệnh tới Khoa cấp cứu. HOẶC Đau rất nghiêm trọng Cần phải giảm cơn đau rất nghiêm trọng trong vòng 10 phút.	Nguy cơ đường thở - thở rít hoặc chảy nước dãi và suy kiệt. Suy hô hấp nghiêm trọng. Bệnh lý tuần hoàn máu: • Da lạnh và nổi đốm, tưới máu kém. • Nhịp tim < 50 hoặc >150 (người lớn). • Hạ huyết áp và ảnh hưởng huyết động. • Mất máu nghiêm trọng. Đau ngực có thể liên quan tới tim. Đau nghiêm trọng bất kỳ nguyên nhân nào. Mức đường huyết < 3 mmol/L. Gà gât, giảm phản ứng đối với bất kỳ nguyên nhân nào (Điểm Glasgow < 13). Liệt nửa người cấp/chứng bất lực ngôn ngữ. Sốt có dấu hiệu hôn mê (mọi lứa tuổi). Nghỉ ngơi nhiễm trùng huyết do não mô cầu. Axit hoặc kiềm bắn vào mắt cần phải rửa mắt. Đa chấn thương nghiêm trọng (cần phản ứng nhanh của nhân viên y tế). Chấn thương khu trú nghiêm trọng - nứt xương nặng. Tiền sử nguy cơ cao: • Nhiễm độc nguy hiểm/nặng do động vật cắn. • Đau nghiêm trọng có thể do nghẽn mạch phổi, phình động mạch chủ bụng.

LOẠI	PHẢN ỨNG	PHÂN LOẠI	ĐẤU HIỆU LÂM SÀNG (chỉ mang tính chất trình bày)
			Hành vi/tâm thần: • Hung hăng hoặc gây hấn. • Đe dọa ngay lập tức cho bản thân hoặc người khác. • Yêu cầu hoặc đã yêu cầu kiềm chế. • Kích động nặng hoặc gây hấn.
LOẠI 3	Đánh giá và điều trị trong vòng 30 phút	Có khả năng đe dọa tới mạng sống Tình trạng của người bệnh có thể đe dọa tới tính mạng hoặc các chi hoặc có thể dẫn đến tình trạng bệnh nặng, nếu đánh giá và điều trị không được bắt đầu trong vòng 30 phút sau khi người bệnh đến. HOẶC Tình huống khẩn cấp Có thể mang lại kết quả bất lợi nếu điều trị có tính quyết định liên quan tới thời gian không được bắt đầu trong vòng 30 phút sau khi người bệnh đến. HOẶC Đau, khó chịu nghiêm trọng Cần phải giảm cơn đau rất nghiêm trọng trong vòng 30 phút.	Tăng huyết áp nghiêm trọng. Mất máu nghiêm trọng - bất kỳ nguyên nhân gây khó thở vừa. SpO ₂ : 90 - 95%. Mức đường huyết >16 mmol/L. Co giật (hiện đã tỉnh). Sốt nếu bị ức chế miễn dịch ví dụ người bệnh ung thư, điều trị steroid. Nôn mửa kéo dài. Bị mất nước. Chấn thương đầu bị mất ý thức trong thời gian ngắn - hiện đã tỉnh. Đau nặng vừa - bất kỳ nguyên nhân nào - cần dùng thuốc giảm đau. Đau ngực có thể không liên quan tới tim và mức độ vừa. Đau bụng không có các biểu hiện nguy cơ cao - đau vừa tới nghiêm trọng hoặc người bệnh > 65 tuổi. Tổn thương chi mức độ vừa - biến dạng, rách nghiêm trọng, dập nát. Chi - thay đổi cảm giác, trụ mạch cấp. Chấn thương - tiền sử nguy cơ cao mà không có biểu hiện nguy cơ cao khác. Trẻ sơ sinh ổn định. Trẻ có nguy cơ bị ngược đãi/chấn thương nghi ngờ không phải do ngẫu nhiên Hành vi/tâm thần: • Rất đau đớn, nguy cơ tự làm tổn thương. • Loạn thần cấp hoặc rối loạn tư tưởng. • Khủng hoảng tình huống, cố ý tự làm tổn thương. • Kích động/lãnh đạm. • Có thể hung hăng.

LOẠI	PHẢN ỨNG	PHÂN LOẠI	DẤU HIỆU LÂM SÀNG (chỉ mang tính chất trình bày)
LOẠI 4	Đánh giá và Điều trị trong 45 phút	Có thể nghiêm trọng Tình trạng của người bệnh có thể xấu đi hoặc dẫn tới kết quả bất lợi, nếu không bắt đầu đánh giá và điều trị trong vòng 1 giờ khi tới Khoa cấp cứu. Các triệu chứng ở mức độ vừa phải hoặc kéo dài. HOẶC Có thể có kết quả bất lợi nếu điều trị có tính quyết định liên quan tới thời gian không bắt đầu trong vòng 1 giờ. HOẶC Phức tạp hoặc mức độ nghiêm trọng đáng kể Có thể cần khám chẩn đoán và tư vấn phức tạp và/hoặc nhập viện để xử trí. HOẶC Đau và khó chịu nhiều Cần phải giảm cơn đau rất nghiêm trọng trong vòng 45 phút.	Xuất huyết nhẹ. Hít dị vật vào đường hô hấp, không suy hô hấp. Chấn thương ngực mà không đau xương sườn hoặc suy hô hấp. Khó nuốt, không suy hô hấp. Chấn thương đầu nhẹ, không mất ý thức. Đau vừa phải, một số đặc điểm nguy cơ. Nôn hoặc tiêu chảy nhưng không mất nước. Viêm mắt hoặc có dị vật trong mắt thị lực bình thường. Chấn thương nhẹ ở chi - mắt cá chân bị bong gân, có thể gãy xương, vết rách không phức tạp đòi hỏi phải can thiệp sinh hiệu bình thường, đau ít/vừa. Bó bột chặt, không suy thần kinh - mạch. Khớp sưng đỏ. Đau bụng không đặc hiệu. Hành vi/ tâm thần: - Bệnh tâm thần bán cấp. - Đang được theo dõi và/hoặc không có nguy cơ ngay lập tức cho bản thân hay người khác.
LOẠI 5	Đánh giá và điều trị trong 60 phút	Ít khẩn cấp Tình trạng của người bệnh là mạn tính hoặc nhẹ mà triệu chứng hay kết quả lâm sàng sẽ không bị ảnh hưởng đáng kể nếu đánh giá và điều trị chậm trễ sau 01 - 02 giờ từ khi người bệnh đến. HOẶC Vấn đề liên quan tới lâm sàng - hành chính. Chỉ kiểm tra kết quả, giấy xác nhận y khoa, đơn thuốc.	Đau rất nhẹ không có đặc điểm nguy cơ cao. Tiền sử nguy cơ thấp và hiện không có triệu chứng bệnh. Triệu chứng nhẹ của bệnh ổn định hiện tại. Triệu chứng nhẹ của bệnh có nguy cơ thấp. Các vết thương nhỏ, trầy xước nhỏ, vết rách nhỏ (không cần khâu). Lên lịch khám lại ví dụ: khám vết thương, thay băng vết thương phức tạp. Do tiêm chủng. Hành vi/tâm thần: - Người bệnh được biết đến với các triệu chứng mạn tính. - Người bệnh khỏe mạnh về mặt lâm sàng hay bị khủng hoảng xã hội.

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU KHÁM THAI

MS: MS: 51/BV2
Số vào viện.....
Mã người bệnh

A. THÔNG TIN CHUNG

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:/...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐
3. Điện thoại:
4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc: ☐ ☐
6. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....
Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐
Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
8. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
9. Số thẻ BHYT: Giá trị sử dụng đến:...../...../20.....
10. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. Thông tin lần khám trước:

Ngày khám:/...../20.....

Chẩn đoán:

Xử trí:

II. Hỏi bệnh

Lý do vào viện:

Lần có thai thứ:..... Số lần khám thai (bao gồm cả lần này):

Ngày đầu kỳ kinh cuối:..... Tuổi thai:..Ngày dự kiến sinh:...../...../20.....

Diễn biến lâm sàng:

Toàn thân: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Số mũi tiêm phòng uốn ván đã tiêm (bao gồm cả các lần mang thai trước nếu có):

III. Tiền sử bệnh (khai thác đối với khám thai lần đầu):

2.1. Tiền sử bản thân

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Tiền sử bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bệnh huyết áp: ☐ Không ☐ Có Bệnh tuyến giáp: ☐ Không ☐ Có

Bệnh tim: ☐ Không ☐ Có Bệnh thận: ☐ Không ☐ Có

Bệnh hô hấp: ☐ Không ☐ Có Đái tháo đường: ☐ Không ☐ Có

Khác:

Thuốc đang dùng: ☐ Không ☐ Có, loại thuốc:

Tiền sử phẫu thuật: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Tiền sử sản khoa: Para: ☐ ☐ ☐ ☐

Thời gian, nơi kết thúc thai nghén	Tuổi thai (sẩy, sinh non, đủ tháng, già tháng)	Diễn biến khi có thai	Cách thức sinh	Trẻ sơ sinh (cân nặng, bệnh tật)	Hậu sản

Phụ khoa:

Chu kỳ kinh: ☐ Điều số ngày..... ☐ Không điều

Phẫu thuật phụ khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Khối u buồng trứng: ☐ Không ☐ Có Dị dạng sinh dục: ☐ Không ☐ Có

Khối u tử cung: ☐ Không ☐ Có Tầng sinh môn: ☐ Không ☐ Có

Sa tạng chậu: ☐ Không ☐ Có

Bệnh phụ khoa đã mắc và điều trị:

2.2. Tiền sử gia đình: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Đa thai: ☐ Không ☐ Có Đái tháo đường: ☐ Không ☐ Có

Dị dạng: ☐ Không ☐ Có Tăng huyết áp: ☐ Không ☐ Có

Bệnh di truyền: ☐ Không ☐ Có Khác (ghi rõ)

IV. Khám bệnh

Tình thần	☐ Tỉnh táo	☐ Hôn mê	☐ Khác
Phù	☐ Không	☐ Có	
Protein niệu	☐ Không	☐ Có	 g/l
Sẹo mổ cũ	☐ Không	☐ Có	☐ Đau vết mổ
Khung chậu	☐ Bình thường	☐ Bất thường	
Chiều cao tử cung	 cm	Vòng bụng..... cm	
Ngôi thai	☐ Bình thường	☐ Bất thường	Ghi rõ:.....
Cơ co tử cung	☐ Không	☐ Có	Tần số:
Tim thai	☐ Không	☐ Có	Nhịp tim thai: .....lần/phút
Cổ tử cung	☐ Đóng	☐ Xóa	Mở: cm
Đầu ối	☐ Phồng	☐ Dẹt	☐ Quả lê
	☐ Rỉ	☐ Vỡ	lúc giờ phút
Nước ối	☐ Trong	☐ Xanh bẩn	☐ Lẫn máu

Mạchlần/ph
Nhiệt độ.....^oC
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở.....lần/ph
Cân nặngkg
Chiều cao cm

Khác:.....

V. Các xét nghiệm/cận lâm sàng

☐ Xét nghiệm máu ngoại vi:	Kết quả:	
☐ Xét nghiệm đông máu:	Thiếu máu:	☐ Không ☐ Có
☐ Xét nghiệm sinh hóa máu:	Đông máu:	☐ Bình thường ☐ Bất thường
☐ Xét nghiệm HIV:	Đường máu:	☐ Bình thường ☐ Cao
☐ Xét nghiệm viêm gan B:	HIV:	☐ Âm tính ☐ Dương tính
☐ Xét nghiệm giang mai:	Viêm gan B:	☐ Âm tính ☐ Dương tính
☐ Xét nghiệm protein nước tiểu:	Giang mai:	☐ Âm tính ☐ Dương tính
☐ Siêu âm:	Protein niệu:	☐ Âm tính ☐ Dương tính
	Tình trạng:	☐ Bình thường ☐ Bất thường

Khác, ghi rõ:.....

VI. Chẩn đoán (Tên bệnh kèm theo mã ICD):

VII. Kế hoạch điều trị (thuốc, chăm sóc):.....

Hướng điều trị tiếp theo:

Tư vấn/giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

VIII. Tiên lượng:

☐ Sinh thường ☐ Sinh có nguy cơ ☐ Chỉ định mổ lấy thai

IX. Lần khám kế tiếp

Hẹn tái khám:

Lưu ý:

Người khám: ☐ Bác sỹ sản phụ khoa ☐ Hộ sinh ☐ Y sỹ sản nhi ☐ Khác.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người khám bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)

MS: 50/BV2
Số bệnh án.....
Mã số của mẹ.....
Mã số trẻ sơ sinh.....

[illegible]

Dị tật bẩm sinh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....
 Hồi sức lúc sinh: ☐ Không ☐ Có:
 Thở O₂: trong.....phút
 Bóp bóng mask/NKQ: trong.....phút
 Hồi sức tim phổi: trong.....phút
 Thuốc:
 Theo dõi: ☐ Có ☐ Không
 SpO₂:
 Kết quả sau hồi sức: Nhịp tim: lần/phút Nhịp thở lần/phút Nhiệt độ:.....°C
 Màu sắc da:..... SpO₂:.....
 Tình trạng trẻ: ☐ Ổn định nằm cùng mẹ
 ☐ Cần theo dõi thêm tại phòng sinh ☐ Cần chuyển đơn vị sơ sinh.
 Ngày.....tháng.....năm 20.....
 Bác sỹ
 (Ký, ghi rõ họ tên)

II. CHĂM SÓC SƠ SINH TIẾP THEO

1. Chỉ định dự phòng ☐ Không ☐ Có:
viêm gan B: ☐ Tiêm vắc xin viêm gan B: Liều dùng:.....
 ☐ Tiêm HBIG: Liều dùng:.....
 Ngày...../...../20.....
 Người thực hiện:..... Chữ ký:.....
2. Tiêm vitamin K₁: ☐ Không ☐ Có:
 ☐ Uống: Liều dùng:.....
 ☐ Tiêm bắp: Liều dùng:.....
 Ngày...../...../20.....
 Người thực hiện:..... Chữ ký:.....
3. Tiêm phòng Lao: ☐ Không ☐ Có
 Ngày...../...../20.....
 Người thực hiện:..... Chữ ký:.....
4. Chỉ định dự phòng ☐ Không ☐ Có:
HIV: Loại thuốc:..... Liều dùng:.....
 Ngày...../...../20.....
 Người thực hiện:..... Chữ ký:.....
5. Sàng lọc sơ sinh: ☐ Không ☐ Có:
 ☐ Máu gót chân Khác:.....
 Kết quả sàng lọc:
 ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....
 Ngày...../...../20.....
 Người thực hiện:..... Chữ ký:.....

6. Chăm sóc theo phương pháp

Kangaroo:

Ngày...../...../20.....

Người thực hiện:..... Chữ ký:.....

III. KHÁM RA VIỆN

Tuổi ☐ < 24h ☐ 24h - 48h ☐ 48h - 72h ☐ > 72h
Bú mẹ: ☐ Hoàn toàn ☐ Một phần ☐ Ăn sữa công thức hoàn toàn

Hình thể ngoài Bình thường Bất thường Nhận xét và lưu ý:

Dạ: ☐ ☐
Đầu: ☐ ☐
Tai mũi họng: ☐ ☐
Hô hấp: ☐ ☐
Tim mạch: ☐ ☐
Tiêu hóa: ☐ ☐
Cuồng rôn: ☐ ☐
Sinh dục - tiết niệu ☐ ☐
Thần kinh: ☐ ☐
Cơ - xương - khớp háng ☐ ☐

Khác:

Nhận định: ☐ Ổn định, ra viện ☐ Ra viện, điều trị ngoại trú
☐ Chuyển khoa ☐ Chuyển viện

Những vấn đề cần được theo dõi tiếp:

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

Hẹn tái khám: ngày..... tháng..... năm 20.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ khám bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ sở KB, CB.....
Khoa.....

PHIẾU NHẬN ĐỊNH BAN ĐẦU
VÀO VIỆN TẠI KHOA NỘI TRÚ
(Dành cho Điều dưỡng lúc nhập viện/nhập khoa)

MS: PK-07
Số vào viện.....
Mã người bệnh

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ
Khoa:..... Phòng:..... Giường:

Chẩn đoán:

1. Di ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

2. Đánh giá đau:

Hiện đang đau: ☐ Không ☐ Có: Thang điểm đau:.....điểm

Thời gian bắt đầu đau:..... Vị trí:.....

Sử dụng thuốc giảm đau: ☐ Không ☐ Có.

Tần suất: ☐ Đau từng cơn ☐ Đau liên tục ☐ Đau khi kích thích ☐ Khác

3. Da, niêm mạc:

Màu sắc da: ☐ Bình thường ☐ Nhợt nhạt ☐ Vàng da ☐ Đỏ

Màu sắc niêm mạc: ☐ Hồng ☐ Vàng ☐ Nhợt nhạt ☐ Khác.....

Nguy cơ loét do tỳ đè: ☐ Không ☐ Có (Thực hiện đánh giá nguy cơ).

Tình trạng da: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

4. Hô hấp: ☐ Bình thường ☐ Khó thở ☐ Khó thở nằm ☐ Thở khò khè

Ho: ☐ Không ☐ Có: ☐ Có đờm ☐ Không có đờm

5. Tim mạch:

Tính chất mạch: ☐ Đều ☐ Không đều

Tình trạng: ☐ Đau ngực ☐ Chóng mặt ☐ Đau bắp chân ☐ Phù ngoại biên

6. Thần kinh cảm giác:

Định hướng được: ☐ Thời gian ☐ Người ☐ Nơi chốn

Tình trạng ý thức: ☐ A (Tỉnh táo hoàn toàn) ☐ C (NB không tỉnh táo, lơ mơ, mất phương hướng)

☐ V (NB không tỉnh táo, đáp ứng khi lay gọi) ☐ P (NB không tỉnh táo, đáp ứng với đau)

☐ U (NB mê, không đáp ứng)

Thính giác: ☐ Bình thường ☐ Khiếm thính ☐ Dùng máy trợ thính (Trái/Phải)

(Trái/Phải)

Thị giác: ☐ Bình thường ☐ Khác:.....

Khả năng ngôn ngữ: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

7. Tiêu hóa:

Chế độ ăn kiêng: ☐ Không ☐ Tiểu đường ☐ Ăn nhạt (ít muối) ☐ Khác.....

Tình trạng: ☐ Nôn ☐ Buồn nôn ☐ Nuốt khó (chuyển đến bác sỹ)

Đại tiện: ☐ 1 lần/ngày ☐ 2 lần/ngày ☐ Cách ngày ☐ Khác.....

Tính chất phân: ☐ Tiêu chảy ☐ Lỏng ☐ Có hình dạng ☐ Cứng

8. Hệ tiết niệu - sinh dục:

Tiểu tiện: ☐ Bình thường ☐ Tiểu đêm ☐ Thường xuyên ☐ Khó tiểu

☐ Không tự chủ

☐ Ống thông tiểu ngắt quãng (.....lần/ngày) Bắt đầu từ ngày:/...../.....

☐ Ống thông tiểu lưu: Kích cỡ:..... Ngày thay ống cuối cùng:...../...../.....

☐ Ống thông bàng quang qua da: Kích cỡ:.....

Ngày thay ống cuối cùng:...../...../...

Dành cho người bệnh nữ

Kinh nguyệt: ☐ Có ☐ Mãn kinh ☐ Vô kinh

Mang thai: ☐ Không ☐ Hiện đang mang thai:tuần

Tránh thai: ☐ Không ☐ Có

9. Hệ cơ - xương - khớp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

10. Nguy cơ té ngã:

☐ Không có nguy cơ ☐ Nguy cơ thấp

☐ Nguy cơ trung bình ☐ Nguy cơ cao

11. Khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày

Ăn, uống: ☐ Độc lập ☐ Cần hỗ trợ ☐ Phụ thuộc hoàn toàn

Đi lại: ☐ Độc lập ☐ Cần hỗ trợ ☐ Nằm liệt giường

Thay đổi tư thế tại giường: ☐ Độc lập ☐ Cần hỗ trợ

Tắm: ☐ Độc lập ☐ Cần hỗ trợ ☐ Phụ thuộc hoàn toàn

Chăm sóc răng miệng ☐ Độc lập ☐ Cần hỗ trợ ☐ Phụ thuộc hoàn toàn

Thay quần áo: ☐ Độc lập ☐ Cần hỗ trợ ☐ Phụ thuộc hoàn toàn

Đi vệ sinh: ☐ Độc lập ☐ Cần hỗ trợ ☐ Phụ thuộc hoàn toàn.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Điều dưỡng thực hiện

(Ký, ghi rõ họ tên)

Khoa.....

Tờ số:

Mã người bệnh.....

Chẩn đoán phân biệt:

Họ và tên người bệnh:

Khoa:

Chẩn đoán:

Chẩn đoán phân biệt:

.....

Thời gian (Ngày, giờ)	Di (Viết diễn biến)

Ghi chú: Bác sỹ ký ngay sau mỗi lần ghi chép trong phần “Diễn biến bệnh” hoặc “Chỉ định”.

Hướng dẫn cách ghi chép theo cấu trúc (SOAP)

- S (Hỏi bệnh): ghi lại các thông tin của người bệnh tự khai như triệu chứng, bệnh sử, bối cảnh xuất hiện bệnh, tiền triển...
- O (Kết quả khám): ghi lại các thông tin do bác sỹ thăm khám như các dấu hiệu sinh tồn, các kết quả xét nghiệm...
- A (Đánh giá): Đánh giá, phân tích kết quả và chẩn đoán trên cơ sở thông tin tự khai của người bệnh và kết quả khám bệnh.
- P (Kế hoạch điều trị): tóm tắt tình hình, diễn biến bệnh, đưa ra nhận định, đưa ra hướng xử trí tiếp theo.
- Chỉ định: cụ thể hóa kế hoạch điều trị như các vấn đề cần theo dõi (theo dõi thân nhiệt, nhịp thở, huyết áp...), các loại thuốc sử dụng, các thủ thuật cần làm...

Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU THEO DÕI TRUYỀN DỊCH

MS: TD-02

Số vào viên.....

Mã người bệnh.....

Họ và tên người bệnh: Tuổi: ☐ Nam ☐ Nữ

Khoa: Phòng: Giường:

Chẩn đoán:

[illegible]

KHOA:.....

Tờ số:.....

Họ và tên : Tuổi: ☐ Nam ☐ Nữ MS: 37/BV2
Mã số người bệnh: Ngày vào viện: Số giường: Cân nặng:
..... Dị ứng: ☐ Không ☐ Có:

In khô A3 Ngang

Cơ sở KB, CB.....
Khoa.....

PHIẾU THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC
(Cấp 2 – 3)
Tờ số:

MS: 37/BV2
Số vào viện.....
Mã người bệnh.....

Họ và tên người bệnh: Tuổi: ☐ Nam ☐ Nữ
Phòng: Giường:
Chẩn đoán:
Tiền sử dị ứng: ☐ Chưa ghi nhận ☐ Có, ghi rõ:

Ngày:		.../.../20..	.../.../20..	.../.../20..	Chẩn đoán ĐD/Đánh giá mục tiêu
Giờ:					
Phân cấp chăm sóc					Chẩn đoán 1
Nhận định, theo dõi					.....
Chỉ số sinh tồn, sinh trắc	Mạch (lần/phút)				.....
	Nhiệt độ (°C)				☐ Mục tiêu 1
	Huyết áp (mmHg)				.....
	Nhịp thở (lần/phút)				☐ Mục tiêu 2
	SpO ₂ (%)				.....
	Cân nặng				Chẩn đoán 2
	BMI				.....
Toàn thân	Da, niêm mạc				.....
	Tri giác				☐ Mục tiêu 1
					
Hô hấp					☐ Mục tiêu 2
					
Tuần hoàn					Chẩn đoán 3
					
Dinh dưỡng					.....
					☐ Mục tiêu 1
Giấc ngủ, nghỉ ngơi					.....
					☐ Mục tiêu 2
Vệ sinh cá nhân					Chẩn đoán 4
					
Tinh thần					☐ Mục tiêu 1
Vận động, PHCN					.....
					☐ Mục tiêu 2
GDSK					Quy ước ký hiệu
Theo dõi khác	Đau				(+): Có
	Loét do tỳ đè				(-) : Không
	Nguy cơ ngã				(/): Không ghi nhận
	Cảnh báo sớm				.....
Can thiệp điều dưỡng					
Thực hiện thuốc theo chỉ định					
Thực hiện theo chỉ định CLS					
Chăm sóc điều dưỡng					
Tư vấn, giáo dục sức khỏe					
Bàn giao					
Tên điều dưỡng thực hiện					

Hướng dẫn sử dụng phiếu theo dõi và chăm sóc

Thông tin người bệnh:

1. Ghi chính xác và thống nhất giữa các phiếu trong Hồ sơ.

Nhận định, theo dõi:

1. Chỉ số sinh tồn, sinh trắc: ghi giá trị bằng số.

2. Toàn thân, hô hấp, tuần hoàn, dinh dưỡng, giấc ngủ, nghỉ ngơi, vệ sinh cá nhân, tinh thần, vận động, PHCN, GDSK: ghi rõ nội dung nhận định hoặc xây dựng các nội dung nhận định và mã hóa.

VD: Da, niêm mạc có thể ghi rõ nội dung hoặc mã hóa là: 01. Hồng; 02. Vàng; 03 Nhợt nhạt

Chú ý: để tạo thuận lợi cho việc nhận định và tùy thuộc nội dung nhận định, việc xây dựng nên có 1 mã “Bình thường” và các mã bệnh lý.

3. Một số thang đo gợi ý áp dụng bao gồm:

– Đau (Với trẻ sơ sinh sử dụng thang điểm như NIPS (Neonatal Infant Pain Scale - Thang đo mức độ đau của trẻ sơ sinh); với trẻ dưới 7 tuổi sử dụng thang điểm như FLACC ((Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Mặt, chân, hoạt động, khóc, Đáp ứng khi được dỗ dành); với trẻ trên 7 tuổi sử dụng thang điểm như VAS (Visual Analog Scale – Thang đo trực quan tương ứng).

– Phù: Mức độ phù sử dụng thang điểm đánh giá như phân loại từ 1 - 4 (Độ 1: ấn lõm < 2 mm, biến mất ngay lập tức; Độ 2: ấn lõm 2 - 4 mm, biến mất sau 10 – 15 giây; Độ 3: ấn lõm 4 - 6 mm, có thể tồn tại > 1 phút; Độ 4: ấn lõm 6 - 8 mm, có thể tồn tại từ 2 – 5 phút).

– Nguy cơ té ngã (sử dụng thang điểm như Morse).

– Nguy cơ loét do tỳ đè (sử dụng thang điểm đánh giá như Braden).

– Cảnh báo sớm (sử dụng bảng điểm cảnh báo sớm như NEWS2).

– Đánh giá mức độ viêm tĩnh mạch (sử dụng thang điểm như VIP Score).

Can thiệp điều dưỡng:

Ghi rõ nội dung can thiệp hoặc xây dựng các nội dung can thiệp và mã hóa (Cột ngoài cùng bên phải hoặc trên trang khác tùy theo số lượng mã hóa).

VD: Ký hiệu theo phân theo các nhóm như Hô hấp có các mã H01. Hướng dẫn ho khạc đờm, vỗ lưng, giữ ấm cổ ngực; H02 - Cung cấp Oxy...; Tuần hoàn có các mã T01- Nằm đầu thấp, T02 - Hạn chế vận động...

Hoặc ký hiệu theo thứ tự quy ước như 01 - Theo dõi DHST, 02- Thở oxy, 03- Vỗ rung, uống nước ấm...

Bàn giao

Xây dựng các nội dung bàn giao theo đặc thù chung của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

VD: Bàn giao hồ sơ, phim, người bệnh,...

Chẩn đoán điều dưỡng/Đánh giá mục tiêu:

1. Xây dựng chẩn đoán điều dưỡng và đưa ra các mục tiêu chăm sóc đối với từng chẩn đoán. Chẩn đoán điều dưỡng được xây dựng khi người bệnh nhập khoa và sẽ cập nhật khi người bệnh có phát sinh những vấn đề hoặc nhu cầu mới.

2. Thực hiện đánh giá/lượng giá mục tiêu chăm sóc: đánh dấu (X) vào các ô mục tiêu **sau khi** đã hoàn thành.

Ví dụ: Chẩn đoán DD “người bệnh khó chịu do vệ sinh cá nhân kém”.

☐ Mục tiêu “người bệnh vệ sinh cá nhân sạch sẽ”: chưa hoàn thành.

☒ Mục tiêu “người bệnh vệ sinh cá nhân sạch sẽ”: hoàn thành.

3. Mục tiêu chưa hoàn thành (Không đánh dấu (X)): sẽ tiếp tục thực hiện hoặc thay đổi mục tiêu theo vấn đề hiện tại của người bệnh.

4. Trường hợp khi người bệnh xuất viện nhưng các mục tiêu chăm sóc chưa hoàn thành, điều dưỡng tiến hành tư vấn và hướng dẫn người bệnh tiếp tục chăm sóc tại nhà.

Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Tờ số:

MS: CS-03

Số vào viên.....

Mã người bệnh.....

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Khoa:..... Phòng:..... Giường:.....

Chẩn đoán:

[illegible]

Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU BÀN GIAO
NGƯỜI BỆNH CHUYỂN KHOA
(Dành cho Điều dưỡng)

MS: 44/BV2

Số vào viện.....

Mã người bệnh.....

Do điều dưỡng chịu trách nhiệm chăm sóc người bệnh liền trước khi chuyển bệnh giữa các khoa trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ngoại trừ người bệnh được chuyển đến/chuyển đi từ phòng mổ) hoặc chuyển đến cơ sở y tế khác.

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Ngày giờ chuyển:/...../20.....

Bác sỹ chỉ định chuyển:

Chuyển từ: Đến:.....

Lý do chuyển:

☐ Chuyển theo yêu cầu của người bệnh/thân nhân

Chẩn đoán:

Tình trạng người bệnh: ☐ Tốt ☐ Nhẹ ☐ Nặng

Mức độ tỉnh táo: ☐ Tỉnh táo ☐ Buồn ngủ/ngủ gà ☐ Kích động

☐ Lú lẫn ☐ Hôn mê

Đau: ☐ Không ☐ Có: Thang điểm đau:.....điểm

Nguy cơ té ngã: ☐ Không ☐ Có: Thang điểm nguy cơ té ngã:.....điểm

Nhiệt độ:.....^oC Mạch:...../phút HA:/.....mmHg Nhịp thở:.....lần/phút SpO2:%

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

☐ Đường truyền tĩnh mạch ngoại biên Nơi đặt:..... Ngày đặt:/...../20.....

☐ Đường truyền tĩnh mạch trung tâm Ngày đặt:/...../20.....

☐ Đường truyền động mạch Ngày đặt:/...../20.....

☐ Ống thông tiểu Ngày đặt:/...../20.....

☐ Dẫn lưu Nơi đặt 1:..... Nơi đặt 2:.....

Khác:.....

☐ Liều thở Oxy:..... L/phút

Da: ☐ Vết loét do tì đè (ghi rõ):

☐ Băng vết thương (ghi rõ, ví dụ như băng đơn giản/vừa phải/phức tạp/bỏng...)

.....

Ngày cắt chỉ:/...../20.....

Dinh dưỡng: ☐ Nhịn ăn uống ☐ Qua ống thông ☐ Chế độ ăn.....

Vận động: ☐ Không phụ thuộc ☐ Xe lăn ☐ Ngồi ghế

☐ Nằm tuyệt đối tại giường

Bài tiết: ☐ Tiểu có tự chủ ☐ Tiểu không tự chủ ☐ Qua lỗ bài tiết nhân tạo

Thuốc đã điều trị trong ngày: ☐ Không ☐ Có Lúc:giờ.....phút

Thuốc cần sử dụng tiếp: ☐ Không ☐ Có Lúc:giờ.....phút

Tài liệu bàn giao: ☐ Hồ sơ bệnh án ☐ Vật dụng cá nhân ☐ Khác

Điều dưỡng khoa chuyển
(Ký, ghi rõ họ tên)

Điều dưỡng khoa nhận
(Ký, ghi rõ họ tên)

BIÊN BẢN HỘI CHẨN THÔNG QUA MỔ

☐ Cấp cứu ☐ Bán cấp ☐ Chương trình/Phiên

Họ và tên người bệnh:

Ngày sinh:...../...../..... Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Địa chỉ:.....

Vào viện:..... giờ....., ngày:...../...../20.....

Chẩn đoán:

Tiền sử:

Bệnh sử:

Thời gian hội chẩn: giờ..... ngày...../...../20.....

Tóm tắt tình trạng bệnh:

Các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh (ghi kết quả CLS có giá trị về: chẩn đoán bệnh, đánh giá tình trạng người bệnh hiện tại, xét nghiệm tiền phẫu)

Nhóm máu:..... Dự trữ máu..... (ml)

Phương pháp phẫu thuật (Mổ hở, mổ nội soi, phương pháp khác)

Phương pháp vô cảm dự kiến: (Mê nội khí quản, mê mask thanh quản, tiền mê, tê ngoài màng cứng, mê tĩnh mạch, tê tủy sống, tê khoang cùng, tê tại chỗ).....

Đánh giá điều kiện GMHS:

Mallampati: ☐ Loại I ☐ Loại II ☐ Loại III ☐ Loại IV

Loại phẫu thuật: ☐ Đặc biệt ☐ Loại I ☐ Loại II ☐ Loại III

Phân loại ASA: ☐ Loại I ☐ Loại II ☐ Loại III ☐ Loại IV ☐ Loại V

Phân loại nguy cơ ☐ Sạch ☐ Sạch nhiễm ☐ Nhiễm ☐ Bẩn

nhiễm khuẩn vết mổ:

Kháng sinh dự phòng:

Phẫu thuật viên chính:

Ngày, giờ phẫu thuật dự kiến:giờ.....phút, ngày...../...../20.....

Các biến chứng, nguy cơ, khó khăn đặc biệt cần lưu ý:

Các biện pháp thay thế hoặc các yêu cầu chuẩn bị đặc biệt:

Bác sỹ phẫu thuật
(Ký, ghi rõ họ tên)

Bác sỹ gây mê
(Ký, ghi rõ họ tên)

Lãnh đạo khoa lâm sàng
(Ký, ghi rõ họ tên)

Lãnh đạo duyệt mổ/ KHTH
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ sở KB, CB.....
Khoa.....

**BẢNG KIỂM CHUẨN BỊ
VÀ BÀN GIAO NGƯỜI BỆNH
TRƯỚC PHẪU THUẬT**

MS: PT-02
Số vào viện.....
Mã người bệnh

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Chẩn đoán:.....

Ngày phẫu thuật:...../...../20.....

Ngày giờ bàn giao.....giờ.....ngày...../...../20.....

Tiền sử dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Có bệnh truyền nhiễm: ☐ Không ☐ Có, tên bệnh:.....

Người bệnh đã tắm, rửa dung dịch sát trùng trước khi mổ: ☐ Không ☐ Có

Kiểm tra tại Khoa trước **Nội dung bàn giao** **ĐD/KTV phòng**
khi chuyển đến phòng mổ **mổ kiểm tra lần 2**

Nhiệt độ:.....°C Mạch:.....lần /phút HA:.....mmHg Nhịp thở:.....lần/phút SpO2:.....%

Nhóm máu:.....

<i>Đã kiểm tra</i>	<i>Không áp dụng</i>		<i>Đã kiểm tra</i>
☐		Đã xác nhận đặc điểm nhận dạng người bệnh (bằng lời, vòng đeo nhận diện...)	☐
☐		Hồ sơ bệnh án	☐
☐		Tài liệu phẫu thuật đã được ký duyệt (Biên bản hội chẩn phẫu thuật, Phiếu khám tiền mê...)	☐
☐	☐	Philm chụp X-Quang	☐
☐	☐	Philm chụp MSCT	☐
☐	☐	Philm chụp MRI	☐
		Khác:.....	
☐	☐	Kháng sinh dự phòng:.....giờ..... phút	☐
☐	☐	Nhịn ăn từ (giờ cụ thể):.....giờ..... phút	☐
☐	☐	Chuẩn bị và vệ sinh vùng da trước mổ:.....giờ..... phút	☐
☐	☐	Đã được đánh dấu vị trí phẫu thuật:	☐
☐	☐	Dùng thuốc trước mổ (ghi giờ cụ thể)	
☐	☐	Thuốc chống nôn:.....giờ..... phút	☐
☐	☐	Thuốc điều trị bệnh khác:.....giờ..... phút	☐
☐	☐	Đã tháo răng giả	☐
☐	☐	Đã tháo các thiết bị phụ trợ (kính áp tròng, máy trợ thính...).	☐
☐	☐	Đã tháo nữ trang, đồ kẹp tóc	☐
☐	☐	Đã mặc áo choàng mổ	☐
☐	☐	Đã làm trống bàng quang/túi nước tiểu	☐
☐	☐	Đã chuẩn bị đại tràng.	☐

Khác:.....

Bên giao
(Ký, ghi rõ họ tên)

Bên nhận
(Ký, ghi rõ họ tên)

..... giờ ngày/...../20.....

Khoa chuyển:

..... giờ ngày/...../20.....

Khoa nhận:

Cơ sở KB, CB.....
Khoa:

PHIẾU KHÁM TIỀN MÊ

MS: PT-03
Số vào viện.....
Mã người bệnh

1. Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Cân nặngkg Chiều cao.....cm ☐ Mang thai, ghi rõ tuổi thai.....

Thói quen: ☐ Hút thuốc ☐ Uống rượu ☐ Khác.....

Nhóm máu:.....

2. Chẩn đoán:

3. Hướng xử trí:

4. Tiền sử nội khoa: ☐ Không

Bệnh tim mạch: ☐ Không ☐ Có:

☐ Tăng huyết áp

☐ Loạn nhịp tim

☐ Bệnh van tim

☐ Bệnh mạch vành

☐ Suy tim mạn

☐ Rối loạn chuyển hóa mỡ

Khác:

☐ Suy thận mạn

☐ Rối loạn nhận thức

☐ Có, đánh giá tiếp các nội dung sau:

Bệnh hô hấp: ☐ Không ☐ Có:

☐ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính- COPD

☐ Suyễn/Hen phế quản

Khác:.....

Đái tháo đường: ☐ Không ☐ Có:

☐ Đái tháo đường phụ thuộc Insulin

☐ Đái tháo đường không phụ thuộc Insulin

Rối loạn đông máu: ☐ Không ☐ Có:

☐ Dễ tụ máu

☐ Xuất huyết ngoại khoa bất thường (Tai-Mũi-Họng, Răng, Phụ khoa, lúc sinh).

Khác

5. Tiền sử ngoại khoa:.....

6. Tiền sử gây mê, gây tê:.....

7. Thuốc đang điều trị (Tên, liều lượng, liều lần cuối):.....

8. Khám lâm sàng:

Nhiệt độ:.....°C Mạch:.....lần /phút HA:.....mmHg Nhịp thở:.....lần/phút SpO2:.....%

Tim mạch:

Hô hấp:

Cột sống: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ

Các dấu hiệu khác có liên quan:

Đường truyền tĩnh mạch khó: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Đánh giá đường thở:

Cử động cổ:.....

Mallampati: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Há miệng:cm ☐ Trên 3cm Khoảng cách cằm - sụn giáp:.....cm ☐ Trên 6,5cm

Răng giả: ☐ Không ☐ Có (tháo được) ☐ Có (Cố định)

Phân loại ASA: ☐ Loại I ☐ Loại II ☐ Loại III ☐ Loại IV ☐ Loại V

9. Xét nghiệm (bất thường cần lưu ý):

10. Dự kiến thuốc, cách vô cảm:

11. Dự kiến giảm đau sau phẫu thuật:

12. Đề nghị khác:

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ khám

(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên: Tuổi:..... Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ Mã NB:.....
Chẩn đoán:..... Phòng mổ:..... Ngày.....tháng..... năm 20.....

TRƯỚC GÂY TÊ, GÂY Mê

TRƯỚC KHI RẠCH DA

TRƯỚC KHI RỜI KHỎI PHÒNG MỔ

<i>(Bác sĩ gây mê, KTV/điều dưỡng gây mê)</i> Người bệnh đã được kiểm tra, xác nhận: ☐ Họ và tên, tuổi, giới tính, mã người bệnh ☐ Vị trí phẫu thuật ☐ Phương pháp phẫu thuật dự kiến ☐ Giấy cam kết chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật, GMHS	<i>(Điều dưỡng phòng mổ, Bác sĩ gây mê, PTV)</i> ☐ Các thành viên trong kíp giới thiệu tên, nhiệm vụ ☐ Xác nhận lại họ tên người bệnh và vị trí rạch da bằng lời Kháng sinh dự phòng: ☐ Có ☐ Không áp dụng	<i>(Điều dưỡng phòng mổ, Bác sĩ gây mê, PTV)</i> Điều dưỡng viên xác nhận lại bằng lời: ☐ Tên của phương pháp mổ ☐ Hoàn thành đếm gạc, kim và dụng cụ phẫu thuật ☐ Các vấn đề về dụng cụ cần giải quyết Dán nhãn bệnh phẩm (đọc to cả nhãn bệnh phẩm bao gồm cả tên người bệnh) ☐ Có ☐ Không áp dụng
Vùng mổ được đánh dấu: ☐ Có ☐ Không áp dụng	Dự kiến: Đối với phẫu thuật viên (PTV): ☐ Những chú ý trong phẫu thuật hoặc diễn biến bất ngờ ☐ Thời gian phẫu thuật ☐ Dụng cụ đặc biệt dùng cho phẫu thuật ☐ Tiên lượng mất máu Đối với Bác sĩ gây mê: ☐ Điều cần chú ý trong gây mê ở người bệnh Đối với nhóm Điều dưỡng: ☐ Xác nhận tình trạng vô khuẩn bằng lời với các loại dụng cụ dùng cho phẫu thuật Thiết bị bị hỏng, bị thiếu: ☐ Có ☐ Không	Đối với PTV, BS gây mê, điều dưỡng: Những vấn đề cần lưu ý đặc biệt về hồi tỉnh và chăm sóc sau mổ
Thuốc và thiết bị gây mê đầy đủ và sẵn sàng: ☐ Có Máy đo bão hòa oxy trong máu gắn trên người bệnh và hoạt động bình thường: ☐ Có	Người bệnh có tiền sử dị ứng/say tàu xe: ☐ Có ☐ Không Người bệnh có khó thở hoặc có nguy cơ sặc: ☐ Không ☐ Có (thiết bị/dụng cụ hỗ trợ) Người bệnh có nguy cơ mất > 500ml máu (7ml/kg ở trẻ em): ☐ Không ☐ Có, và có sẵn 2 đường truyền/tĩnh mạch trung tâm và dịch truyền/máu.	

ĐD chạy ngoài/vòng ngoài
(Ký, ghi rõ họ tên)

ĐD dụng cụ/vòng trong
(Ký, ghi rõ họ tên)

KTV/ĐD phụ mê
(Ký, ghi rõ họ tên)

Bác sĩ gây mê
(Ký, ghi rõ họ tên)

Phẫu thuật viên
(Ký, ghi rõ họ tên)

PHIẾU THEO DÕI GÂY MÊ HỒI SỨC

Họ và tên:.....			Ngày.....tháng.....năm 20.....					Loại mổ:.....					Người gây mê:.....					Phương pháp vô cảm:.....					Nhóm máu:.....	
Tuổi: ☐ Nam ☐ Nữ			Tiền mê:.....																				Người thử chéo	
Chẩn đoán:.....			Tác dụng:.....					Tư thế mổ:.....					Người mổ:.....											
.....			Nặng:.....Cao:.....																					
Đánh giá trước mổ - ASA 1 2 3 4 5 - Dạ dày đầy/ Cấp cứu - Mallampati: 1 2 3 4 - Dị ứng - Tiền sử/ Thuốc dùng liên quan GMHS Bất thường lâm sàng/ cận lâm sàng liên quan GMHS	HA	10	20	30	40	50	10	20	30	40	50	10	20	30	40	50	10	20	30	40	50	NHẬN XÉT VÀ KẾT LUẬN		
	$\frac{v}{\Delta} \frac{Mx}{Mn} \frac{v}{\Delta}$																							
	$\frac{v}{50} \frac{v}{50}$																							
Nhiệt độ																								
Mất máu																								
Nước tiểu																								
ALĐMP/ALĐMPB/ALĐMTU																								
HỒ HẤP	Nhịp thở																							
	Máy	TTLT																						
		FeCO ₂																						
	Mê	Áp lực																						
		SpO ₂																						
	FiO ₂																							
	% Halotan																					TỔNG CỘNG		
THUỐC																								
DỊCH TRUYỀN																								
QUAN SÁT																								
																						TỔNG THỜI GIAN MÊ		

Ghi chú:

ALĐP

ALĐMPB

ALTMTT

TTLT

: Áp lực động mạch phổi

: Áp lực động lực động mạch phổi bit

: Áp lực tĩnh mạch trung tâm

: Thể tích khí lưu thông (VT)

FeCO₂

SpO₂

HA mx

HA mn

: Áp lực CO₂ vào cuối thời kỳ thở ra

: % bão hoà Oxy máu động mạch

: Huyết áp tối đa

: Huyết áp tối thiểu

- Bắt đầu mê •

- Bắt đầu mổ

- Bắt đầu mê •

- Bắt đầu mổ

Cơ sở KB, CB.....
Phòng mổ số.....

**BẢNG KIỂM ĐỂM GẠC,
DỤNG CỤ SẮC NHỌN,
DỤNG CỤ**

MS: PT-06
Số vào viện:.....
Mã người bệnh:.....

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Dụng cụ vật tư cần kiểm đếm	Trước khi rạch da	Số lượng cung cấp thêm						Đếm khi đóng khoang rỗng	Khi đóng da
☐ Gạc .....x.....cm									
☐ Gạc .....x.....cm									
☐ Kim									
☐ Dao									
☐ Dụng cụ									
.....									

Kết thúc cuộc phẫu thuật: ☐ Kiểm đủ ☐ Không đủ

Mô tả vật dụng mất:

Thông báo cho phẫu thuật viên: ☐ Không ☐ Có

Kiểm tra XQ ☐ Không ☐ Có

Kết quả:

☐ Tìm được vật dụng
☐ Không tìm được (ghi rõ):

.....

Xử lý:

.....

ĐIỀU DƯỠNG VÒNG TRONG
(ký, ghi rõ họ tên)

ĐIỀU DƯỠNG VÒNG NGOÀI
(ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên người bệnh: Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ
Thời gian đến phòng hồi tỉnh.....giờ.....phút, ngày.....tháng.....năm 20.....

ĐÁNH GIÁ HẬU PHẪU

Toàn trạng:
☐ Thoải mái
☐ Không nằm yên

☐ Đau
☐ Lạnh run

Ống dẫn lưu:
☐ Không
☐ Có

Ống thông mũi
qua dạ dày:
☐ Không
☐ Có

Mức độ tri giác
☐ Tỉnh táo
☐ Có phản ứng
khi đau

☐ Buồn ngủ
☐ Không đánh
thức được

Ống thông tiêu
Băng vết
thương:
☐ Không
☐ Không

Ống thở đường
hô hấp:
☐ Không

☐ Ống NKQ
☐ Ống NKQ mũi

Dịch âm đạo:
☐ Không áp dụng ☐ Có

☐ Mật nạ thanh
quản

GHI CHÚ DIỄN TIẾN HỒI TỈNH					
Nội dung đánh giá	Giờ đánh giá				
Mức độ an thần					
Mạch/phút					
Huyết Áp (mmHg)					
Tần số hô hấp/phút					
SpO2 %					
Thang điểm đau					
Buồn nôn/Nôn (Có/không)					
Lượng nước tiểu (ml)					
Ống thông dạ dày (ml)					
Ống dẫn lưu 1ml					
Ống dẫn lưu 2 ml					
Tính năng vận động (0-2)					
Điểm Aldrete					
Thở Ôxy (L/phút)					
Thuốc:					
Chữ ký điều dưỡng					
Tiêu chuẩn để rút ống nội khí quản					
☐ Tự thở hiệu quả ☐ Phản xạ nuốt ☐ Đáp ứng với chỉ định đơn giản					
☐ Nâng cao đầu trong > 5 giây ☐ Dấu hiệu sinh tồn ổn định ☐ Nhiệt độ > 36°C					
Thời điểm rút ống nội khí quản.....					

Cơ sở KB, CB.....
Khoa.....

PHIẾU ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI CHO
NGƯỜI BỆNH RA KHỎI
PHÒNG HỒI TỈNH

MS: PT-08
Số vào viSên.....
Mã người bệnh

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Tên phẫu thuật:.....

Ngày phẫu thuật:/...../20..... Ngày chuyển:...../...../20.....

Thang điểm Aldrete sửa đổi		Thang điểm ban đầu	Đánh giá lại thang điểm ban đầu		
			1	2	3
Cử động	Có thể cử động 4 chi	2	2	2	2
	Cử động 2 chi	1	1	1	1
	Không cử động chi nào	0	0	0	0
Hô hấp	Có thể thở sâu và ho dễ dàng	2	2	2	2
	Khó thở/ suy hô hấp	1	1	1	1
	Ngừng thở/ hỗ trợ thở máy	0	0	0	0
Huyết áp	+/- 20 mm Hg so với HA thường ngày	2	2	2	2
	+/- 20-50 mm Hg so với HA thường ngày	1	1	1	1
	+/- 50 mm Hg so với HA thường ngày	0	0	0	0
Mức độ an thần	Thức tỉnh và có phản ứng	2	2	2	2
	Gọi mới thức	1	1	1	1
	Không phản ứng	0	0	0	0
Độ bão hòa Oxy (SpO ₂)	Duy trì > 95% với không khí trong phòng	2	2	2	2
	Cần bổ sung thêm O ₂	1	1	1	1
	Độ bão hoà < 95% khi thêm O ₂	0	0	0	0
Tổng cộng điểm:					
Thời điểm đánh giá:					

Khoanh tròn và tổng cộng điểm số. Nếu điểm số thấp hơn 9, định kỳ đánh giá lại người bệnh. Khi điểm số đánh giá lại vẫn thấp hơn 9, báo cho bác sỹ gây mê.

Ghi chú:.....

Tên người đánh giá:.....

DANH MỤC BÀN GIAO

Thang điểm Aldrete ≥ 09: ☐ Có ☐ Không (chưa ra khỏi phòng hồi tỉnh)

Chỉ số đau nhỏ hơn 4: ☐ Có ☐ Không (chưa ra khỏi phòng hồi tỉnh) – Thang đau (từ 0-10)

Buồn nôn và nôn: Điều trị tại phòng hồi tỉnh ☐ Có ☐ Không

Băng: ☐ Có máu ☐ Ướt đầm máu ☐ Không áp dụng

Dẫn lưu: ☐ Có ☐ Không

Khác: ☐ Hồ sơ ☐ Mẫu bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh

☐ Khác:

Đường truyền tĩnh mạch:

Truyền máu: Số đơn vị máu đã đang truyền:..... Số ml còn Ngày và giờ bắt đầu: ☐ Không.
dùng..... lại.....

Ngày.....tháng..... năm 20.....

Bên bàn giao
(Ký, ghi rõ họ tên)

Bên nhận
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ sở KB, CB.....
Khoa.....

PHIẾU THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU KHI MỔ
(Trong 24 giờ đầu)

MS: PT-09
Số vào viện.....
Mã người bệnh

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ Cách thức vô cảm: ☐ Tê tại chỗ
Ngày phẫu thuật: Phẫu thuật viên: ☐ Tê vùng
Cách thức phẫu thuật: ☐ Mê toàn thân
Giờ về khoa: Phòng..... Giường:..... ☐ Khác

		6h đầu										18h tiếp theo																			
Giờ																															
Nhịp thở (10<>25)																															
Da tái nhợt (-), hồng (+)																															
Tri giác, (gọi mở mắt)																															
Mạch (45<>120)																															
Huyết áp (90/50<> 150/90)																															
Nhiệt độ (35.5 <> 38.5)																															
Đau																															
Vết mổ tẩy đồ thẩm dịch																															
Đường truyền thông, tắc, tẩy đồ																															
Nước tiểu (số lượng/tổng)																															
Dẫn lưu (số lượng/tổng)																															
1.	4.																														
2.	5.																														
3.	6.																														
Sonde dạ dày/nôn																															
Tổng dịch vào/24h																															
Tổng dịch ra/24h																															
Tên ĐD theo dõi																															

1. Đau theo thang đau VAS (với trẻ trên 7 tuổi) từ 0-10 trong đó: 0 (Không đau) – 10 (Đau chưa từng có) hoặc các thang khác cho trẻ dưới 7 tuổi.
2. Nhịp thở (ghi số lần thở), tri giác, da của người bệnh theo dõi 30 phút/lần tốt (+), rất tốt (++), không tốt (-)
3. Huyết mạch, mạch, được theo dõi 1 giờ/lần, nhiệt độ theo dõi 3 giờ/lần trong 6 giờ đầu. Dẫn lưu: Ghi tên dẫn lưu (ví dụ: Dẫn lưu 1=Kehr)
4. Sau 6 giờ, mọi thông số được theo dõi 3 giờ/lần trong 24 giờ, sau 24h cho tới khi ra viện theo dõi 3 lần/ngày (8h-14h-22h)
5. Dẫn lưu, mạch và huyết áp ghi bút màu đỏ còn lại ghi bút màu xanh, những người bệnh có dấu hiệu không bình thường thì thực hiện theo chỉ định của bác sỹ.

Khoa.....

PHIẾU THEO DÕI VÀ HỒI SỨC NGƯỜI BỆNH CHƯA MỒ VÀ SAU MỒ (Từ giờ thứ 25 trở đi)

Mã người bệnh

Cách thức phẫu thuật:..... Ngày phẫu thuật:...../...../20.....

[illegible]

1. Tri giác Tốt (+); Rất tốt (++); Không tỉnh (-); Mê sâu (-).
2. Dẫn lưu: ghi rõ nhận xét màu sắc của dịch vào cột nhận xét, đỏ, nâu đen... Ăn uống được (+); không ăn được (-).
3. Người bệnh đau (+); Rất đau (++); Không đau (-); Vết mổ khô (+) ướt (-) thấm nhiều dịch (-).
4. Dẫn lưu, mạch và huyết áp ghi bằng bút màu đỏ, còn lại ghi bằng bút màu xanh.
5. Mọi diễn biến, nhận xét tình trạng của người bệnh, thực hiện chỉ định và ghi vào phiếu chăm sóc.

Cơ quan chủ quản:.....
Cơ sở KB, CB:
Khoa:Giường.....

PHIẾU THỦ THUẬT

MS: PT-11
Mã người bệnh:.....

1. Thông tin người bệnh

Họ và tên:..... TuổiGiới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

2. Nội dung

Chẩn đoán trước thủ thuật:.....

Chẩn đoán sau thủ thuật:.....

Phương pháp làm thủ thuật:

Loại thủ thuật: ☐ Đặc biệt ☐ Loại I ☐ Loại II ☐ Loại III

Phương pháp vô cảm:

Bác sỹ làm thủ thuật:.....

Nhân viên phụ:

Bác sỹ gây mê hồi sức (nếu có) :

Thời gian làm thủ thuật:Giờ..... Ngày/...../20.....

TÓM TẮT QUÁ TRÌNH LÀM THỦ THUẬT

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

Các biến chứng trong quá trình làm thủ thuật:

.....
.....

Lượng máu mất:

Số mẫu bệnh phẩm (nếu có):

Số đăng ký của thiết bị cấy ghép (nếu có):.....

..... Giờ.....Ngày/...../20.....

Bác sỹ thực hiện

(Ký, ghi rõ họ tên)

Ghi chú:

– Đối với các phẫu thuật phải sử dụng phiếu và vẽ lược đồ.

– Đối với thủ thuật có sử dụng phương pháp vô cảm toàn thân hoặc phải thực hiện trong phòng mổ hoặc thủ thuật can thiệp đường mạch máu (không bao gồm tiêm, truyền), đường thở: Sử dụng phiếu thủ thuật và vẽ lược đồ thủ thuật (nếu cần thiết).

– Đối với các thủ thuật khác: Không phải lập phiếu phẫu thuật/thủ thuật nhưng phải ghi chỉ định và nội dung thực hiện dịch vụ vào hồ sơ bệnh án và có chữ ký xác nhận của người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh sau mỗi đợt điều trị (Thực hiện theo nội dung hướng dẫn tại Thông tư 50/2017/TT-BYT sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngày 29/12/2017 và các văn bản quy định hiện hành).

Cơ sở KB, CB:
Khoa:Giường:.....

PHIẾU PHẪU THUẬT

MS: PT-12
Mã người bệnh:.....

1. Thông tin hành chính:

Họ và tên..... TuổiGiới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Địa chỉ:

Vào viện lúc:

Phẫu thuật bắt đầu lúc:giờ..... ngày...../...../20.....

Phẫu thuật kết thúc lúc:giờ..... ngày...../...../20.....

2. Nội dung

Chẩn đoán trước phẫu thuật:.....

Chẩn đoán sau phẫu thuật:

Phương pháp phẫu thuật:

Loại phẫu thuật: ☐ Đặc biệt ☐ Loại I ☐ Loại II ☐ Loại III

Phân loại vết mổ: ☐ Sạch ☐ Sạch nhiễm ☐ Nhiễm ☐ Bẩn

Giải phẫu bệnh lý: ☐ Có ☐ Không

Phương pháp vô cảm:

Phẫu thuật viên chính:

Phẫu thuật viên phụ:

Bác sỹ gây mê hồi sức:.....

Điều dưỡng phụ mê:.....

Điều dưỡng dụng cụ:.....

Điều dưỡng chạy ngoài:

Thời gian phẫu thuật: Giờ..... Ngày..... /...../20.....

LƯỢC ĐO PHẪU THUẬT

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

Dẫn lưu: ☐ Có ☐ Không

Vị trí: Số lượng:.....

Vị trí: Số lượng:.....

Vị trí: Số lượng:.....

Lượng máu mất:..... Lượng máu truyền vào:.....

Số mẫu bệnh phẩm:

Khác:.....

TRÌNH TỰ PHẪU THUẬT

Các biến chứng hoặc các diễn biến bất thường ngoài dự kiến trong quá trình phẫu thuật:

Chi tiết công cụ dụng cụ cấy ghép trên người bệnh (nếu có):

TT	Loại cấy ghép	Số lượng	Kích thước	Hãng	Ghi chú (Ví dụ: Số khía trên đỉnh vít)

.....Giờ.....Ngày...../...../20.....

Bác sỹ phẫu thuật
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ghi chú:

- Đối với các phẫu thuật phải sử dụng phiếu và vẽ lược đồ;
- Đối với thủ thuật có sử dụng phương pháp vô cảm toàn thân hoặc phải thực hiện trong phòng mổ hoặc thủ thuật can thiệp đường mạch máu (không bao gồm tiêm, truyền), đường thở: Sử dụng phiếu thủ thuật và vẽ lược đồ thủ thuật (nếu cần thiết).
- Đối với các thủ thuật khác: Không phải lập phiếu phẫu thuật/thủ thuật nhưng phải ghi chỉ định và nội dung thực hiện dịch vụ vào hồ sơ bệnh án và có chữ ký xác nhận của người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh sau mỗi đợt điều trị (Thực hiện theo nội dung hướng dẫn tại Thông tư 50/2017/TT-BYT sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngày 29/12/2017 và các văn bản quy định hiện hành).

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU CHỈ ĐỊNH CẬN LÂM SÀNG
(Chọn loại CLS phù hợp: Chẩn đoán hình ảnh
/thăm dò chức năng...)

MS: CD-01
Số vào viện:.....
Mã người bệnh:.....

☒ Thường ☐ Khẩn ☐ Tối khẩn

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Địa chỉ:

Khoa:..... Phòng:..... Giường:

Nơi chỉ định/Khoa/Phòng khám:.....

Chẩn đoán, vấn đề sức khỏe:.....

Lưu ý đặc biệt:.....

Nội dung yêu cầu/chỉ định:

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

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ

(Ký, ghi rõ họ tên)

Địa điểm thực hiện:.....

Người thực hiện:..... Thời gian thực hiện:..... giờ ngày/...../20.....

Thời gian hẹn trả kết quả: giờ ngày/...../20.....

Hình thức trả kết quả: ☐ Trực tiếp tại..... ☐ Trực tuyến

Kết quả

Mô tả:

Kết luận:

Diễn giải/xem xét/cảnh báo/khuyến nghị:

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ

(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU CHỈ ĐỊNH XÉT NGHIỆM
Giải phẫu bệnh sinh thiết

MS: CD-02
Số vào viện:.....
Mã người bệnh:.....

☐ Thường ☐ Khẩn ☐ Tối khẩn

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ
Địa chỉ:
Khoa:..... Phòng:..... Giường:
Nơi chỉ định/Khoa/Phòng khám:.....
Chẩn đoán, vấn đề sức khỏe:.....
Lưu ý đặc biệt:.....
Tóm tắt dấu hiệu lâm sàng, quá trình điều trị, mô tả bệnh phẩm (loại bệnh phẩm, chất bảo quản/cố định, nhận xét đặc điểm đại thể), vẽ sơ đồ trích thủ (nếu có)

Yêu cầu xét nghiệm/Sinh thiết được lấy từ...../Nội dung chỉ định

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ
(Ký, ghi rõ họ tên)

Địa điểm thực hiện:.....
Người lấy mẫu:..... Thời gian lấy mẫu:..... giờ..... ngày...../...../20..... Loại mẫu:.....
Người nhận mẫu:..... Thời gian nhận mẫu:..... giờ..... ngày...../...../20.....
Tiêu chuẩn mẫu bệnh phẩm: ☐ Đạt yêu cầu ☐ Không đạt - Lý do từ chối mẫu.....
Thời gian hẹn trả kết quả:..... giờ..... ngày...../...../20.....
Hình thức trả kết quả: ☐ Trực tiếp tại..... ☐ Trực tuyến

Kết quả

Người pha bệnh phẩm:..... Pha ngày...../...../20.....

Số mảnh:..... Phương pháp nhuộm:.....

- Nhận xét đại thể:
- Nhận xét vi thể:
- Chẩn đoán giải phẫu bệnh:
- Diễn giải/xem xét/cảnh báo/khuyến nghị:

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU CHỈ ĐỊNH XÉT NGHIỆM
(chọn loại xét nghiệm phù hợp: *Huyết học/Hóa sinh/Vi sinh...*)

MS: CD-03
Số vào viện:.....
Mã người bệnh:.....

MỨC CHẤT LƯỢNG*.....

☐ Thường ☐ Khẩn ☐ Tối khẩn

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ
Địa chỉ:
Khoa:..... Phòng:..... Giường:
Nơi chỉ định/Khoa/Phòng khám:.....
Chẩn đoán, vấn đề sức khỏe:.....
Tóm tắt dấu hiệu lâm sàng, quá trình điều trị (nếu cần)

Lưu ý đặc biệt:.....

Yêu cầu xét nghiệm/Nội dung chỉ định

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ

(Ký, ghi rõ họ tên)

Địa điểm thực hiện:.....

Người lấy mẫu:..... Thời gian lấy mẫu:..... giờ..... ngày...../...../20..... Loại mẫu:.....

Người nhận mẫu:..... Thời gian nhận mẫu:..... giờ..... ngày...../...../20.....

Tiêu chuẩn mẫu bệnh phẩm: ☐ Đạt yêu cầu ☐ Không đạt, lý do từ chối mẫu.....

Thời gian hẹn trả kết quả:..... giờ..... ngày...../...../20.....

Hình thức trả kết quả: ☐ Trực tiếp tại..... ☐ Trực tuyến

Kết quả xét nghiệm định lượng

TT	Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị	Giá trị tham chiếu	Giá trị báo động	Máy xét nghiệm/ Quy trình kỹ thuật
1						
2						

Diễn giải/xem xét/cảnh báo/khuyến nghị:

Ngày.....tháng.....năm 20..... Ngày.....tháng.....năm 20..... Ngày.....tháng.....năm 20.....

Người thực hiện

(Ký, ghi rõ họ tên)

Người xem xét

(Ký, ghi rõ họ tên)

Lãnh đạo khoa

(Ký, ghi rõ họ tên)

* Ghi chú: Mức chất lượng của cơ sở KB, CB được đánh giá và xếp loại theo Quyết định 2429/QĐ-BYT ngày 12/6/2017 ban hành Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học và các văn bản quy định hiện hành.

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU CHỈ ĐỊNH XÉT NGHIỆM
(Chọn loại xét nghiệm phù hợp:
Huyết đồ/Tủy đồ...)

MS: CD-04
Số vào viện:.....
Mã người bệnh:.....

☐ Thường ☐ Khẩn ☐ Tối khẩn

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Địa chỉ:

Khoa:..... Phòng:..... Giường:

Nơi chỉ định/Khoa/Phòng khám:.....

Chẩn đoán, vấn đề sức khỏe:.....

Tóm tắt dấu hiệu lâm sàng, quá trình điều trị (nếu cần):.....

.....

Lưu ý đặc biệt:.....

Nội dung yêu cầu/chỉ định:

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

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ
(Ký, ghi rõ họ tên)

Địa điểm thực hiện:.....

Người thực hiện:..... Thời gian thực hiện:..... giờ..... ngày...../...../20..... Loại mẫu:.....

Người nhận mẫu:..... Thời gian nhận mẫu:..... giờ..... ngày...../...../20.....

Tiêu chuẩn mẫu bệnh phẩm: ☐ Đạt yêu cầu ☐ Không đạt, lý do từ chối mẫu.....

Thời gian hẹn trả kết quả:..... giờ..... ngày...../...../20.....

Hình thức trả kết quả: ☐ Trực tiếp tại..... ☐ Trực tuyến

Kết quả (huyết đồ, tủy đồ, soi trực tiếp, nuôi cấy, nhuộm gram, gen, sinh học phân tử...)

Mô tả:

Kết luận:

Diễn giải/xem xét/cảnh báo/khuyến nghị:

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người thực hiện
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người xem xét
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ sở KB, CB.....
Khoa.....

BẢNG KIỂM AN TOÀN ĐIỆN QUANG

MS: CD-05
Số vào viện:.....
Mã người bệnh:.....

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Chẩn đoán:.....

TT	Nội dung	Có	Không
1.	Phụ nữ có thai, nghi ngờ có thai hoặc cho con bú?		
2.	Người bệnh đã từng tiêm thuốc cản quang, đối quang?		
3.	Người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc cản quang, đối quang?		
	Người bệnh tiền sử dị ứng thuốc? Ghi rõ tên thuốc (nếu có):.....		
	Người bệnh có dị ứng với loại thức ăn, công trùng nào không?		
4.	Người bệnh có tiền sử hoặc đang mắc bệnh hen phế quản/viêm mũi dị ứng?		
5.	Người bệnh từng phải điều trị loại dị ứng nào khác không?		
6.	Người bệnh đang bị bệnh lý tim mạch (cao huyết áp, suy tim, loạn nhịp...)		
7.	Người bệnh có bị bệnh thận không?		
8.	Người bệnh có đang sử dụng 1 số nhóm thuốc (Metformin ...) điều trị tiểu đường		

Phân dành riêng cho người bệnh chụp cộng hưởng từ

TT	Nội dung	Có	Không
1.	Người bệnh đã bao giờ chụp cộng hưởng từ chưa?		
2.	Người bệnh đã bao giờ thực hiện phẫu thuật có cấy ghép cản quang không?		
	Máy tạo nhịp; Cấy ghép thiết bị điện tử; Máy trợ thính; Máy kích thích điện não....		
	Kẹp phình mạch não; Giá đỡ lòng mạch; Cấy ghép răng giả....		
3.	Người bệnh có dị vật kim loại khác: mảnh đạn, mảnh kim loại?		

Cam kết của người bệnh/thân nhân của người bệnh

Tôi xác nhận các thông tin nêu trên là đúng và tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về các nội dung đã cung cấp.

Tôi đã được bác sỹ giải thích đầy đủ về sự cần thiết của việc thực hiện kỹ thuật chụp có tiêm thuốc cản quang và các nguy cơ có thể xảy ra, kể cả nguy cơ tử vong trong quá trình thực hiện. Tôi và thân nhân của tôi đã trao đổi và quyết định (đồng ý/không đồng ý).....thực hiện kỹ thuật này. Tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm về quyết định của mình và không có bất kỳ khiếu nại, thắc mắc gì nếu tôi (thân nhân của tôi) có bị các tác dụng phụ của thuốc cản quang và các sự cố xảy ra trong quá trình chụp.

Ngàytháng.....năm 20.....

Người bệnh/thân nhân của người bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

Bác sỹ chỉ định

(Ký, ghi rõ họ tên)

Nhân viên y tế phòng chụp cộng hưởng từ kiểm tra bằng dụng cụ dò kim loại (đối với NB chụp CHT):

Nhân viên kiểm tra (ký xác nhận, họ tên):

Có kim loại: ☐ Không có kim loại: ☐

Theo dõi: Người bệnh có gặp phản ứng bất lợi nào sau tiêm không? (Ghi rõ biểu hiện, cách xử trí nếu có)

Dặn dò của bác sỹ khoa chẩn đoán hình ảnh (nếu có):

Bác sỹ (Ký, ghi rõ họ tên):.....

HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN BẢNG KIỂM AN TOÀN ĐIỆN QUANG

I. Phạm vi áp dụng:

1. Tất cả trường hợp chụp cộng hưởng từ, chụp CT, chụp DSA.
2. Đối với chụp XQ thông thường: chỉ áp dụng đối với người bệnh là phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.

II. Yêu cầu chung:

Tất cả các bác sỹ lâm sàng khi chỉ định kỹ thuật điện quang cần kèm theo 01 bảng kiểm An toàn điện quang đã được điền đầy đủ thông tin cần thiết và có phần cam kết của người bệnh và thân nhân của người bệnh kèm theo phiếu chỉ định để gửi tới nơi chụp.

III. Yêu cầu cụ thể:

A. Các phần trong bảng kiểm cần được bác sỹ tại khoa lâm sàng hoàn thiện trước khi gửi người bệnh đến nơi chụp chiếu, bao gồm:

1. Phần thông tin của người bệnh.
2. Phần bảng kiểm các yếu tố nguy cơ:

Bác sỹ chỉ định sẽ hỏi người bệnh/thân nhân của người bệnh về các yếu tố nguy cơ và tích vào ô tương ứng, không được bỏ trống. (*trường hợp không biết chắc chắn thì tích vào ô “không rõ”*)

3. Phần ký cam kết của người bệnh:

Bác sỹ chỉ định yêu cầu người bệnh/thân nhân của người bệnh ký cam kết về các thông tin cung cấp cho bác sỹ cũng như đồng ý chấp thuận làm thủ thuật.

4. Bác sỹ chỉ định ký, ghi rõ họ tên.

B. Các phần trong bảng kiểm sau cần được bác sỹ và kỹ thuật viên hoàn thiện tại Khoa chẩn đoán hình ảnh, bao gồm:

1. Phần kiểm tra kim loại bằng dụng cụ dò kim loại (*đối với chụp cộng hưởng từ*).
2. Phần theo dõi người bệnh và dặn dò của bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh.
3. Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh, ghi rõ họ tên.

IV. Bảng kiểm An toàn Điện quang sau khi hoàn thiện

Bảng kiểm an toàn điện quang sau khi hoàn thiện sẽ được dán vào HSBA của người bệnh hoặc lưu tại đơn vị khám bệnh ban đầu (*đối với trường hợp người bệnh khám ngoại trú*).

Cơ sở KCB, CB.....

**PHIẾU SÀNG LỌC NGUY CƠ
SUY DINH DƯỠNG
CHO NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ**

MS: DD-01

Số vào viện.....

Mã người bệnh

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Phòng khám:.....

Bệnh sử:

Chẩn đoán:

Tiền sử bệnh:

Cân nặng:(kg) Chiều cao: (m) BMI:

Sụt cân trong 3 tháng gần đây: ☐ Không ☐ Có nhưng không biết

☐ Có(kg) Tỷ lệ % mất cân:

Phần I: Sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng (Phần dành cho Điều dưỡng)

Yếu tố dinh dưỡng

Điểm

Giá trị BMI: ≥ 20 ☐ 0 điểm

18,5 - 20,0 ☐ 1 điểm

$< 18,5$ ☐ 2 điểm

Tỷ lệ % sụt cân trong 3 tháng gần đây: $< 5\%$ ☐ 0 điểm

5 - 10% ☐ 1 điểm

$> 10\%$ ☐ 2 điểm

Người bệnh có bệnh lý cấp hoặc gần như Không ☐ 0 điểm

không ăn gì trong hơn 5 ngày qua không? Có ☐ 2 điểm

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Điều dưỡng

(Ký, ghi rõ họ tên)

Phần II: Đánh giá mức độ nguy cơ SDD và đề xuất giải pháp dinh dưỡng (Phần dành cho Bác sỹ)

Mức độ nguy cơ:

Giải pháp DD

☐ Không nguy cơ (0 điểm)

Duy trì chế độ DD như trước đây.

☐ Nguy cơ trung bình (1 điểm)

Hướng dẫn người bệnh tăng cường DD từ thức ăn, thức uống DD phù hợp.

☐ Nguy cơ cao (2-4 điểm)

Hướng dẫn bổ sung DD qua tiêu hóa phù hợp hoặc khám chuyên khoa DD.

☐ Nguy cơ rất cao hoặc SDD nặng
(> 4 điểm hoặc BMI $< 16,0$ hoặc > 30)

Khám chuyên khoa DD.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ

(Ký, ghi rõ họ tên)

PHIẾU KHÁM VÀ TƯ VẤN
DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH
NGOẠI TRÚ

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ
Bệnh sử:
Chẩn đoán:
Tiền sử:
Cân nặng (CN):kg Chiều cao (CC):.....m BMI:kg/m²
Đối với bệnh nhi: Chiều cao/chiều dài: (cm) ; CN/CC hoặc BMI:
CN chuẩn so với tuổi: SD Chiều cao chuẩn so với tuổi: SD (Theo hướng dẫn của Tổ chức Y thế giới)

1. Khám, đánh giá tình trạng dinh dưỡng:

Lâm sàng		Cận lâm sàng	Điều tra khẩu phần/ thói quen ăn uống
Da niêm mạc			
Khối cơ, mỡ			
Khác (phù, lưỡi...)			

2. Tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh:

Chẩn đoán DD	Lựa chọn thực phẩm	Thuốc liên quan DD	Dặn dò khác
.....	Nên.....	Vitamin:	Cung cấp thực đơn mẫu:
.....	.....	.....	☐ Không ☐ Có
.....	.....	.....	Tập luyện:
.....			
Mục tiêu:.....	.....	.....	.....
.....	Hạn chế/tránh:.....	Khoáng chất:	.....
Cân nặng.....kg	.....	.....	.....
Năng lượng:.....kcal/ngày	.....	.....	.....
Protid:.....g (.....%)	.....	.....	.....
Glucid:.....g (.....%)	Thực phẩm bổ sung:	Khác:.....	.....
Khác:.....	.....	.....	.....

3. Hẹn khám lại: sau.....ngày hoặc nếu có bất thường tái khám ngay để điều chỉnh chế độ dinh dưỡng (Những lần sau tái khám mang theo thực đơn cũ).

Ngày..... tháng..... năm 20.....
Người thực hiện khám
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU SÀNG LỌC VÀ ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ

MS: DD-03

Số vào viện.....

Mã người bệnh.....

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Khoa:..... Phòng:..... Giường:.....

Chẩn đoán:

Cân nặng: (kg) Chiều cao: (m) BMI

Sụt cân trong 3 tháng gần đây: ☐ Không ☐ Có nhưng không biết☐ Có(kg) Tỷ lệ % mất cân:**Phần I: Sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng (SDD) (Phần dành cho Điều dưỡng)**

Suy giảm tình trạng DD	Mức độ	Ảnh hưởng của bệnh lý	Mức độ
- Sụt $\geq 5\%$ CN/ 3 tháng hoặc - Ăn giảm còn 50-75%/1 tuần trước đây	☐ Nhẹ (1 điểm)	- Gãy xương đùi (xương lớn), bệnh lý mạn hoặc đợt cấp nhẹ/bệnh lý mạn tính...	☐ Nhẹ (1 điểm)
- Sụt $\geq 5\%$ CN/ 2 tháng hoặc - Ăn giảm còn 25-50%/1 tuần hoặc - BMI từ 18,5-20,5	☐ Trung bình (2 điểm)	- Đột quỵ, nhồi máu cơ tim, phẫu thuật lớn, viêm phổi, ung thư máu...	☐ Trung bình (2 điểm)
- Sụt $\geq 5\%$ CN/ 1 tháng hoặc - Ăn giảm còn 0-25%/1 tuần hoặc - BMI <18,5	☐ Nặng (3 điểm)	- Bệnh nặng (như điều trị hồi sức)	☐ Nặng (3 điểm)
Tổng điểm: (Cộng thêm 1 điểm nếu người bệnh ≥ 70 tuổi).			

Kết quả:

- Không nguy cơ SDD: khi điểm < 3 – Kết thúc đánh giá và đánh giá lại sau 7 ngày.
- Có nguy cơ SDD: khi điểm ≥ 3 – Chẩn đoán SDD, có kế hoạch chăm sóc DD kịp thời.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Điều dưỡng

(Ký, ghi rõ họ tên)

Phần II: Chẩn đoán suy dinh dưỡng (Phần dành cho Bác sỹ)**Tiêu chí kiểu hình**Sụt cân $\geq 5\%$ / 3 tháng gần đây? ☐ Không ☐ CóBMI < 18,5 nếu NB < 70 tuổi, hoặc BMI < 20 nếu NB ≥ 70 tuổi ☐ Không ☐ CóTeo/giảm khối cơ (ngoại vi...) ☐ Không ☐ CóPhù ngoại vi ☐ Không ☐ Có**Tiêu chí nguyên nhân**Người bệnh ăn uống giảm sút kéo dài trên 1 tuần? ☐ Không ☐ CóHoặc có bệnh lý tiêu hóa mạn tính gây kém tiêu hóa/hấp thu. ☐ Không ☐ Có**Chẩn đoán:**

- Không SDD: khi trả lời “Không” cho tất cả tiêu chí trên.
- Đã bị SDD: Khi có ít nhất 1 tiêu chí kiểu hình và 1 tiêu chí nguyên nhân.

Phần III: Xác nhận kế hoạch chăm sóc DD☐ Bỏ sung DD qua miệng☐ Chế độ DD qua ống thông☐ Chế độ DD qua tĩnh mạch toàn phần☐ Chế độ DD qua tĩnh mạch bỏ sung☐ Hội chẩn DD.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ

(Ký, ghi rõ họ tên)

PHIẾU HƯỚNG DẪN CHẾ ĐỘ
DINH DƯỠNG CHO
NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ
Khoa:..... Phòng:..... Giường:.....
Chẩn đoán:

Ngày, giờ	Diễn tiến dinh dưỡng		Chế độ dinh dưỡng
	Cân nặng:..... (kg); Nguy cơ SDD: ☐ Không ☐ Có	Toàn trạng/Cơ.....	Chế độ dinh dưỡng qua tiêu hóa: Thuốc/Dịch truyền dinh dưỡng
	Khả năng dung nạp/ thu nạp thức ăn	☐ Ăn hết suất ăn ☐ Hạn chế/ kém; đạt.....% suất ăn, là do: ☐ Chán ăn ☐ Buồn nôn/nôn ☐ Đau/chướng bụng ☐ Tiêu chảy ☐ Dịch tồn lưu dạ dày (DD qua ống thông) .....mL Khác:.....	

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người thực hiện
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ sở KB, CB.....

**PHIẾU SÀNG LỌC VÀ
ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG
BỆNH NHI SƠ SINH**

MS: DD-05

Số vào viện.....

Mã người bệnh.....

Họ và tên người bệnh: Tuổi:..... Nam ☐ Nữ ☐

Khoa điều trị:Giường số:.....

Chẩn đoán:

Tuổi thai:..... tuần Cân nặng lúc sinh: kg

Cân nặng hiện tại:.....(kg) Chiều dài: (cm); Vòng đầu: (cm)

Cân nặng chuẩn so với tuổi:.....SD Chiều cao chuẩn so với tuổi:..... SD (Theo hướng dẫn của Tổ chức Y thế giới)

Vòng đầu chuẩn so với tuổi:..... (cm) (Theo hướng dẫn của Tổ chức Y thế giới)

Phần I: Sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng (SDD) (Điều dưỡng thực hiện)

Yếu tố nguy cơ

Người bệnh (NB) có bệnh lý nền gây nguy cơ SDD hoặc dự kiến phẫu thuật?

Khám lâm sàng có mất lớp mỡ dưới da và/hoặc teo cơ...

Khi có ít nhất 01 trong các yếu tố sau:

- Tiêu chảy (> 5 ngày) và/hoặc nôn (> 3 lần/ngày) kéo dài 1-3 ngày.
- Bú giảm kéo dài 1 - 3 ngày.
- Đã can thiệp DD trước đó (như qua ống thông/ qua tĩnh mạch).
- Không thể thu nạp đủ dinh dưỡng do kém tiêu hóa/hấp thu hoặc nguyên nhân khác.

Không tăng cân trong vòng 1 tuần/1 tháng gần đây.

Điểm

☐ Không ☐ Có (2 điểm)

☐ Không ☐ Có (1 điểm)

☐ Không ☐ Có (1 điểm)

☐ Không ☐ Có (1 điểm)

Kết quả:

- NGUY CƠ THẤP: 0 ĐIỂM - Kết thúc đánh giá, cân lại bệnh nhi mỗi tuần (hoặc theo quy định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) và đánh giá lại sau 7 ngày.

- NGUY CƠ TRUNG BỔNH: Từ 1 - 3 ĐIỂM - Khuyến cáo can thiệp DD, cân lại bệnh nhi 2 lần/tuần và đánh giá lại nguy cơ mỗi tuần.

- Nguy cơ cao: NGUY CƠ CAO: Từ 4 - 5 ĐIỂM - Mời hội chẩn DD, cân lại bệnh nhi 2 lần/tuần và đánh giá lại nguy cơ mỗi tuần.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Điều dưỡng

(Ký, ghi rõ họ tên)

Phần II: Đánh giá tăng trưởng (Phần dành cho Bác sỹ)

Phần III: Kế hoạch chăm sóc DD (Phần dành cho Bác sỹ)

☐ Bỏ sung DD qua miệng

☐ Chế độ DD qua ống thông

☐ Chế độ DD qua tĩnh mạch toàn phần

☐ Chế độ DD qua tĩnh mạch bỏ sung

☐ Hội chẩn DD.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ

(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Khoa:..... Phòng:..... Giường:

Chẩn đoán:.....

Cân nặng:..... (kg) Chiều cao:..... (cm) BMI.....

Cân nặng chuẩn so với tuổi:.....SD Chiều cao chuẩn so với tuổi:.....SD (Theo hướng dẫn của Tổ chức Y thế giới)

Phần I: Sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng (SDD) (Phần dành cho Điều dưỡng)**Yếu tố nguy cơ****Điểm**Người bệnh (NB) có bệnh lý nền gây nguy cơ SDD hoặc dự kiến phẫu thuật? ☐ Không ☐ Có (2 điểm)Khám lâm sàng có mất lớp mỡ dưới da và/hoặc teo cơ... ☐ Không ☐ Có (1 điểm)Khi có ít nhất 01 trong các yếu tố sau: ☐ Không ☐ Có (1 điểm)

- Tiêu chảy (> 5 ngày) và/hoặc nôn (> 3 lần/ngày) kéo dài 1-3 ngày

- Ăn hoặc bú giảm kéo dài 1-3 ngày

- Đã can thiệp DD trước đó (như bổ sung DD qua miệng hoặc qua ống thông)

- Không thể thu nạp đủ dinh dưỡng do đau

Có bị sụt cân (mọi lứa tuổi) và/hoặc không tăng cân/ chiều cao (trẻ em < 1 tuổi) trong vòng 3 tháng gần đây? ☐ Không ☐ Có (1 điểm)**Tổng điểm:**.....**Kết quả:**

- Nguy cơ thấp: 0 điểm (Kết thúc đánh giá và đánh giá lại sau 7 ngày).

- Nguy cơ trung bình: từ 1 - 3 điểm (Khuyến cáo can thiệp DD, cân lại người bệnh 2 lần/tuần và đánh giá lại nguy cơ mỗi tuần).

- Nguy cơ cao: từ 4-5 điểm (Mời hội chẩn DD).

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Điều dưỡng

(Ký, ghi rõ họ tên)

Phần II: Xác nhận kế hoạch chăm sóc DD (Phần dành cho bác sỹ)☐ Bổ sung DD qua miệng☐ Chế độ DD qua ống thông☐ Chế độ DD qua tĩnh mạch toàn phần☐ Chế độ DD qua tĩnh mạch bổ sung☐ Hội chẩn DD.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ

(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:.....

☐ Nam ☐ Nữ

Khoa:..... Phòng:.....Giường:

I. Tư vấn, hướng dẫn khi bắt đầu nhập viện

TT	Nội dung	Nhu cầu hướng dẫn		Kết quả hướng dẫn		
		Có	Không	HDTh	HDTh	HTHD
1	Hướng dẫn chế độ BHYT					
2	Phổ biến nội quy, quy định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh Hướng dẫn công tác kiểm soát nhiễm khuẩn: vệ sinh tay, phân loại rác thải đúng quy định.					
3	Hướng dẫn sử dụng các trang thiết bị trong phòng bệnh: Giường, gọi nhân viên y tế, sử dụng nhà vệ sinh...					
4	Phổ biến các dịch vụ hiện có tại khoa: giường bệnh dịch vụ, các kỹ thuật mới trong công tác điều trị và chăm sóc...					
5	Hướng dẫn chế độ ăn phù hợp với tình trạng bệnh và trước phẫu thuật					

Thời điểm tư vấn: Ngày...../...../20.....

Người thực hiện
(Ký, ghi rõ họ tên)

Chữ ký người bệnh/thân nhân
(Ký, ghi rõ họ tên)

II. Tư vấn, hướng dẫn trong khi vào viện

TT	Nội dung	Nhu cầu hướng dẫn		Kết quả hướng dẫn		
		Có	Không	HDTh	HDTh	HTHD
1	Giải thích các kỹ thuật, thủ thuật trước, trong và sau khi thực hiện trên người bệnh liên quan đến công tác chăm sóc.					
2	Hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn và hiệu quả.					
3	Hướng dẫn tự phát hiện và theo dõi các triệu chứng khác thường					
4	Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng theo bệnh lý, tương tác giữa thực phẩm và thuốc (nếu có).					

TT	Nội dung	Nhu cầu hướng dẫn		Kết quả hướng dẫn		
		Có	Không	HDTh	HDTh	HTHD
5	Hướng dẫn các vấn đề an toàn người bệnh: Đề phòng té ngã, loét do tì đè.					
6	Hướng dẫn chế độ vận động theo bệnh lý, nghỉ ngơi hợp lý.					
7	Hướng dẫn chăm sóc vệ sinh cá nhân.					
8	Tìm hiểu nhu cầu và hỗ trợ người bệnh “Giai đoạn cuối” về thể chất - tinh thần.					

Thời điểm tư vấn: Ngày...../...../20.....

Người thực hiện

(Ký, ghi rõ họ tên)

Chữ ký người bệnh/thân nhân

(Ký, ghi rõ họ tên)

III. Tư vấn, hướng dẫn trước khi ra viện

TT		Nhu cầu hướng dẫn		Kết quả hướng dẫn		
		Có	Không	HDTh	HDTh	HTHD
	C. Ngay trước khi xuất viện:					
1	Chăm sóc tại nhà sau khi xuất viện					
2	Điều trị và dùng thuốc					
3	Thời gian và nơi thực hiện việc theo dõi chăm sóc					
4	Khi nào phải liên hệ với bác sỹ					
5	Khi nào cần phải đi khám, chăm sóc khẩn cấp					

Thời điểm tư vấn: Ngày...../...../20.....

Chú thích:

HDTh: Đã được hướng dẫn nhưng cần hướng dẫn thêm

HTHD: Hoàn thành hướng dẫn (Không cần hướng dẫn thêm).

Người thực hiện

(Ký, ghi rõ họ tên)

Chữ ký người bệnh/thân nhân

(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

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

MS: 52/BV2

BẢN TÓM TẮT HỒ SƠ BỆNH ÁN

I. HÀNH CHÍNH

Họ và tên (In hoa): Ngày sinh:/...../..... Tuổi:.....
Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ Dân tộc:
Địa chỉ cư trú: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường.....
Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố
Số thẻ BHYT:
Số Căn cước/Hộ chiếu/Mã định danh cá nhân:
Vào viện ngày...../...../20..... Ra viện ngày...../...../20.....

II. CHẨN ĐOÁN (Tên bệnh và mã ICD đính kèm):

Chẩn đoán vào viện:

Chẩn đoán ra viện:

III. TÓM TẮT QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ

Lý do vào viện:

Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):

Tiền sử bệnh:

Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận (có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị):

Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Phẫu thuật, thủ thuật: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ phương pháp:

Tình trạng ra viện:

☐ Khỏi ☐ Đỡ ☐ Không thay đổi ☐ Nặng hơn ☐ Tử vong ☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Chưa xác định

Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Đại diện đơn vị
(Ký, đóng dấu)

Ngày..... tháng..... năm 20.....

GIẤY ĐỀ NGHỊ

- ☐ Cung cấp bản tóm tắt hồ sơ bệnh án/tài liệu liên quan
☐ Đọc, xem, ghi chép hồ sơ bệnh án

Kính gửi:.....

Tôi tên là:

Địa chỉ:

Số Căn cước/Hộ chiếu:.....Điện thoại:.....

☐ Là người bệnh

☐ Là của người bệnh:.....Năm sinh:.....

Nhập viện: Ngày...../...../20..... Ra viện: Ngày...../...../20.....

Số hồ sơ bệnh án/Mã số người bệnh:

Tôi viết đơn này đề nghị: *(Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)*

1. Cung cấp cho tôi:

☐ Bản tóm tắt hồ sơ bệnh án

☐ Bản sao hồ sơ bệnh án

☐ Giấy tờ khác, ghi rõ:.....

Mục đích:

2. ☐ Cho tôi được đọc, xem, ghi chép hồ sơ bệnh án của tôi/thân nhân của tôi.

Trân trọng cảm ơn!

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Người viết đơn

(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ sở KB, CB.....

GIẤY HẸN TRẢ BẢN TÓM TẮT HỒ SƠ BỆNH ÁN/TÀI LIỆU LIÊN QUAN

Họ tên:..... Năm sinh: Mã số người bệnh:.....

Hẹn trả kết quả:.....giờ.....ngày...../...../20..... tại

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Người nhận

(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

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

MS: 45/BV2

GIẤY CAM KẾT
CHUYỂN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Kính gửi: (Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh).....

Tôi tên là:

Địa chỉ:

Ngày sinh:/...../..... Số Căn cước/Hộ chiếu:

☐ Là người bệnh

☐ Là của người bệnh Tuổi:

Đang điều trị tại khoa: Cơ sở KB, CB:

Chẩn đoán:

Tôi đã được bác sỹ điều trị giải thích, tư vấn cụ thể về tình trạng bệnh của tôi/thân nhân của tôi và những nguy cơ biến chứng, rủi ro có thể xảy ra trên đường vận chuyển, tôi đề nghị được chuyển đến (tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)..... để tiếp tục theo dõi, chăm sóc, điều trị cho tôi/thân nhân của tôi.

Tôi cam kết trong quá trình chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác nếu có nguy cơ biến chứng, rủi ro có thể xảy ra với tôi/thân nhân của tôi, chúng tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm.

Tôi cam kết thực hiện các nghĩa vụ chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế (nếu có).

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người bệnh/thân nhân
(Ký, ghi rõ họ tên)

**GIẤY CAM KẾT RA VIỆN
KHÔNG THEO CHỈ ĐỊNH CỦA BÁC SỸ
(Khi chưa kết thúc việc chữa bệnh)****Kính gửi** (Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh):

Tôi tên là:

Địa chỉ:

Ngày sinh:/...../..... Số Căn cước/Hộ chiếu:

☐ Là người bệnh☐ Là của người bệnh Tuổi:

Đang điều trị tại khoa:.....Cơ sở KB, CB:

XÁC NHẬN CỦA BÁC SỸ

Tôi xác nhận rằng tôi đã giải thích cho người bệnh/thân nhân của người bệnh về các nguy cơ và lợi ích của việc điều trị, chuyển viện (cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) hoặc rời khỏi viện sớm được đề xuất trái với lời khuyên của bác sỹ như mô tả dưới đây.

☐ Từ chối chấp thuận khám bệnh/Điều trị/Nằm viện (hoặc rút lại sự chấp thuận)

Lý do/lợi ích của việc khám bệnh/điều trị/nằm viện được đề xuất:

Các nguy cơ của việc từ chối khám bệnh/điều trị/nằm viện:

☐ Xin xuất viện sớm

Các nguy cơ về sức khỏe của người bệnh do xuất viện sớm:

☐ Từ chối Chấp thuận chuyển viện đến cơ sở y tế khác

Lý do chuyển viện được đề xuất:

Các nguy cơ của việc từ chối chấp thuận chuyển viện:

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ
(Ký, ghi rõ họ tên)**XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN CỦA NGƯỜI BỆNH**

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi xác nhận quyết định của tôi về việc không làm theo chỉ định, lời khuyên của bác sỹ như đã nêu ở trên và xác nhận rằng tôi nhận thức về các rủi ro đối với tôi/thân nhân của tôi do không làm theo chỉ định, lời khuyên của bác sỹ.

Qua đơn này tôi cam kết không để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và các nhân viên y tế có liên quan đã điều trị/tư vấn cho tôi/thân nhân của tôi phải chịu trách nhiệm vì đã không điều trị hoặc chuyển viện hoặc xuất viện như đã nêu trên.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người bệnh/thân nhân
(Ký, ghi rõ họ tên)

HOÀN THÀNH MỤC NÀY NẾU NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN CỦA NGƯỜI BỆNH TỪ CHỐI KÝ GIẤY CAM KẾT RỜI KHỎI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH KHÔNG THEO CHỈ ĐỊNH CỦA BÁC SỸ

☐ Người bệnh/thân nhân từ chối ký

☐ Đã đọc giấy này cho người bệnh/thân nhân

Họ và tên bác sỹ:.....

Chữ ký.....Ngày...../...../20.....

Họ và tên nhân chứng thứ 1:.....

Chữ ký.....Ngày...../...../20.....

Họ và tên nhân chứng thứ 2:.....

Chữ ký.....Ngày...../...../20.....

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

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

MS: 47/BV2

BIÊN BẢN KIỂM THẢO TỬ VONG

A. HÀNH CHÍNH:

1. Thời gian họp:giờ ngàytháng năm 20.....
2. Địa điểm:
3. Chủ trì:.....
4. Thư ký:
5. Thành viên:.....
.....

B. NỘI DUNG KIỂM THẢO:

I. Thông tin liên quan đến người bệnh:

Họ và tên người bệnh: Năm sinh:..... ☐ Nam ☐ Nữ
Dân tộc:..... Quốc tịch:

Địa chỉ:.....

Số vào viện:

Số Căn cước/Hộ chiếu:.....

Ngày cấp:...../...../..... Nơi cấp:

Vào viện lúc: giờ phút; ngày tháng năm 20.....

Tử vong lúc: giờ phút; ngày tháng năm 20.....

Tại khoa:

Nguyên nhân chính gây tử vong:.....
.....
.....

II. Diễn biến bệnh:

1. Tóm tắt bệnh sử:
.....
.....
2. Tình trạng lúc vào viện (toàn thân, các bộ phận, các xét nghiệm...):
.....
.....
3. Chẩn đoán (của cơ sở, khoa khám bệnh, khoa điều trị, khi tử vong, giải phẫu bệnh nếu có):
.....
.....

4. Tóm tắt diễn biến bệnh, quá trình điều trị, chăm sóc, kết quả:

TT	Diễn biến, quá trình điều trị, kết quả	Khoa điều trị	Thời gian
1			
2			
3			

Khác:

III. Nguyên nhân khách quan, chủ quan, bài học kinh nghiệm trong quá trình điều trị, chăm sóc:

IV. Kết luận:

Biên bản này đã được thư ký đọc cho mọi người nghe và nhất trí cùng ký tên, từng người dưới đây:

Các thành viên

(Ký, ghi rõ họ tên)

-

-

-

Thư ký

(Ký, ghi rõ họ tên)

Chủ trì

(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

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

MS: CV-06

TRÍCH BIÊN BẢN KIỂM THẢO TỬ VONG

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ
Số vào viện: Mã người bệnh:
Vào viện lúc: giờ phút, ngày tháng năm 20.....
Tử vong lúc: giờ phút, ngày tháng năm 20.....
Tại Khoa:.....
Kiểm thảo tử vong lúc: giờ phút; ngày tháng năm 20.....
Chủ trì: Thư ký:
Thành viên tham gia:

Tóm tắt quá trình diễn biến bệnh, quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh:

Kết luận:

Thư ký
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Chủ trì
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

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

MS: CV-07

BIÊN BẢN BÀN GIAO NGƯỜI BỆNH TỬ VONG

Vào lúc:.....giờ.....phút, ngày.....tháng.....năm 20.....tại.....(tên khoa).....
(tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh).....tiến hành bàn giao người bệnh tử vong như sau:

I. THÀNH PHẦN THAM DỰ

Bên giao:

Ông/Bà:.....Năm sinh:

Bên nhận:

Ông/Bà:.....Năm sinh:

Số Căn cước/Hộ chiếu.....Điện thoại:

Nghề nghiệp:.....Đơn vị:

II. NỘI DUNG BÀN GIAO

Thông tin người bệnh tử vong:

Họ và tên:.....Năm sinh:.....Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Số Căn cước/Hộ chiếu:.....Ngày cấp:/...../20.....Nơi cấp:

Thời gian vào viện lúc: giờ phút, ngày/...../20.....

Thời gian tử vong lúc:..... giờ phút, ngày/...../20.....

Bên giao bàn giao người bệnh tử vong cho **Bên nhận**.

Biên bản này lập thành 02 bản có giá trị như nhau. Bên giao giữ 01 bản, bên nhận giữ 01 bản.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bên giao

(Ký, ghi rõ họ tên)

Bên nhận

(Ký, ghi rõ họ tên)

BIÊN BẢN NGƯỜI BỆNH TỬ VONG
TRƯỚC KHI VÀO CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Họ và tên người bệnh:..... Năm sinh:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Đia chỉ:

Đã tử vong trước khi đưa đến:

Khoa cấp cứu nhận người bệnh lúc: giờ phút, ngày tháng năm 20.....

Được đưa đến bằng phương tiện:

Đại diện phía gia đình người bệnh: Điện thoại:.....

Xác nhận người bệnh đã chết trước khi đưa đến bệnh viện gồm có:

-Bác sỹ trực cấp cứu:

- Nhân viên tiếp nhận:

- Điều dưỡng:

Nhân xét trên thi thê người bệnh:

.....

.....

.....

Ngày tháng năm 20

Bên giao/Người đưa đến
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bên nhận
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

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

MS: CV-09

BIÊN BẢN TỬ VONG NGOẠI VIỆN

Thời gian gọi cấp cứu: giờ phút, ngày tháng năm 20.....

Thời gian xe đến: giờ phút, ngày tháng năm 20.....

Thời gian lập biên bản: giờ phút, ngày tháng năm 20.....

Tiến hành lập biên bản gồm có:

Tổ cấp cứu: Y/Bác sỹ: Điều dưỡng: Lái xe:

Đại diện phía người bệnh: Điện thoại:

1. Gia đình/Đại diện người bệnh cho biết:

Họ và tên người bệnh: Tuổi: Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Nghề nghiệp: Địa chỉ:

Địa điểm cấp cứu:

Diễn biến bệnh:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tình trạng ý thức:

Mạch cảnh/mạch bẹn: Huyết áp: / mmHg

Hô hấp:

Nghe tim:

Các loại phản xạ:

Toàn thân có dấu vết?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Biên bản lập xong hồi: giờ phút, ngày tháng năm 20.....

Chúng tôi cùng ký tên xác nhận dưới đây.

Đại diện người bệnh hoặc cơ quan chức năng
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện tổ cấp cứu
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU CHẨN ĐOÁN
NGUYÊN NHÂN TỬ VONG

MS: CV-10
Số vào viện:
Mã người bệnh:.....

A HÀNH CHÍNH

Họ và tên:..... Ngày sinh:/...../..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ
Dân tộc: Địa chỉ:.....
Số thẻ BHYT: Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
Ngày vào viện...../...../20..... Ngày ra viện...../...../20..... Loại tử vong:
Nơi chuyển đến (từ):.....
Chẩn đoán vào viện..... Ngày thứ của bệnh
Chẩn đoán ra viện, tử vong: Mã ICD:.....

B. CHẨN ĐOÁN

1. Chuỗi bệnh lý, sự kiện từ khi khởi phát nguyên nhân đến khi tử vong*:	Mã ICD	Thời gian	Đơn vị thời gian
a)			
b)			
c)			
d)			

2. Bệnh lý, nguy cơ quan trọng khác góp phần gây tử vong (nếu có):	Mã ICD	Thời gian	Đơn vị thời gian
.....			

C. THÔNG TIN Y TẾ KHÁC

1. Có phẫu thuật trong vòng 4 tuần: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết
Tên phẫu thuật, thủ thuật..... Mã PTTT..... Ngày phẫu thuật...../...../20.....

2. Tính pháp lý: ☐ Bệnh ☐ Tai nạn giao thông ☐ Tai nạn khác ☐ Đánh nhau
☐ Cố tình tự hại ☐ Không thể xác định ☐ Không biết

3. Nguyên nhân bên ngoài (tai nạn, ngộ độc, đánh nhau, đuối nước...)
Mô tả nguyên nhân bên ngoài..... Mã ICD.....

Nơi xảy ra tai nạn: ☐ Tại nhà ☐ Trên đường đi ☐ Khu thương mại và dịch vụ
☐ Khu dân cư ☐ Trường học, khu hành chính ☐ Trang trại, đồng ruộng ☐ Khu công nghiệp
☐ Khu thể thao ☐ Địa điểm khác:..... ☐ Không biết

4. Người tử vong là thai nhi hoặc trẻ sơ sinh:
Đa thai: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết Sinh non: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết
Tuổi đến khi tử vong (giờ):..... Tuổi thai (tuần):..... Tuổi mẹ (năm):..... Cân nặng khi sinh (gr):.....
Bệnh lý của mẹ ảnh hưởng đến thai nhi, trẻ sơ sinh..... Mã ICD.....

5. Đối với phụ nữ, có đang mang thai không: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết
☐ Tại thời điểm xin về ☐ Trong vòng 42 ngày trước khi xin về ☐ Không biết
Việc mang thai có góp phần gây tử vong: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết

6. Kết luận Nguyên nhân chính gây tử vong *:
Tên bệnh lý, sự kiện:..... Mã ICD:.....
Có khám nghiệm tử thi: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết
Đã cập nhật kết quả khám nghiệm tử thi: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người lập phiếu
(Ký, ghi rõ họ tên)

HƯỚNG DẪN ĐIỀN PHIẾU CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN TỬ VONG

(Thực hiện theo hướng dẫn tại Quyết định số 1921/QĐ-BYT ngày 12/07/2022

về hướng dẫn ghi phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong

và tóm tắt thông tin người bệnh nặng xin về và các văn bản quy định hiện hành khác)

- Địa chỉ: ưu tiên địa chỉ nơi ghi nhận ca bệnh, nơi xảy ra tai nạn. Nếu không có địa chỉ nơi xảy ra tai nạn thì ghi địa chỉ nơi ở hiện nay.
- Số định danh cá nhân: trường hợp trẻ em dưới 14 tuổi chưa có Căn cước công dân thì sử dụng Số định danh cá nhân để thay thế
- Chẩn đoán ra viện: ghi theo chẩn đoán xác định khi ra viện, hoặc khi tử vong, bao gồm cả bệnh chính, biến chứng, bệnh kèm theo, nguyên nhân, tác nhân. Chẩn đoán này được mã hoá theo ICD-10, nếu có nhiều mã thì mỗi mã cách nhau bởi dấu “;”, mã đầu tiên được coi là mã bệnh chính, tối đa là 13 mã.
- Mục 1, phần B: Chuỗi bệnh lý, sự kiện từ khi khởi phát nguyên nhân đến khi tử vong: ghi theo hướng dẫn ghi nhận tại Quyết định số 1921/QĐ-BYT ngày 12 tháng 7 năm 2022 về việc ban hành hướng dẫn ghi Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong tại các cơ sở khám chữa bệnh. Trong đó bắt đầu từ dòng trên cùng (a) là tình trạng bệnh lý nặng tại thời điểm trước khi người bệnh tử vong, tiếp theo là dòng (b) là nguyên nhân gây ra tình trạng ghi nhận ở dòng (a), tiếp theo là dòng (c) là nguyên nhân gây ra tình trạng ghi nhận ở dòng (b), dòng cuối cùng (d) là nguyên nhân chính gây tử vong, là nguyên nhân gốc rễ mà không thể phân tích sâu hơn nữa (underlying cause).

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH NẶNG XIN VỀ

MS: CV-11
Số vào viện:
Mã người bệnh:.....

A HÀNH CHÍNH

Họ và tên:.....Ngày sinh:/...../.....Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ
Dân tộc:Địa chỉ:.....
Số thẻ BHYT:Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
Ngày vào viện...../...../20.....Ngày ra viện...../...../20.....Tình trạng ra viện:
Nơi chuyển đến (từ):.....
Chẩn đoán vào viện.....Ngày thứ của bệnh
Chẩn đoán ra viện:.....Mã ICD-10:

B. CHẨN ĐOÁN

1. Chuỗi bệnh lý, sự kiện từ khi khởi phát nguyên nhân đến khi nặng xin về*:	Mã ICD	Thời gian	Đơn vị thời gian
a)			
b)			
c)			
d)			

2. Bệnh lý, nguy cơ quan trọng khác góp phần tăng nặng (nếu có):	Mã ICD	Thời gian	Đơn vị thời gian
.....			

C. THÔNG TIN Y TẾ KHÁC

1. Có phẫu thuật trong vòng 4 tuần: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết
Tên phẫu thuật, thủ thuật.....Mã.....Ngày phẫu thuật...../...../20.....

2. Tính pháp lý: ☐ Bệnh ☐ Tai nạn giao thông ☐ Tai nạn khác ☐ Đánh nhau
☐ Cố tình tự hại ☐ Không thể xác định ☐ Không biết

3. Nguyên nhân bên ngoài (tai nạn, ngộ độc, đánh nhau, đuối nước...)
Mô tả nguyên nhân bên ngoài.....Mã ICD-10.....

Nơi xảy ra tai nạn: ☐ Tại nhà ☐ Trên đường đi ☐ Khu thương mại và dịch vụ
☐ Khu dân cư ☐ Trường học, khu hành chính ☐ Trang trại, đồng ruộng ☐ Khu công nghiệp
☐ Khu thể thao ☐ Địa điểm khác:.....☐ Không biết

4. Người bệnh là thai nhi hoặc trẻ sơ sinh:
Đa thai: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết Sinh non: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết
Tuổi đến khi xin về (giờ):..... Tuổi thai (tuần):..... Tuổi mẹ (năm):..... Cân nặng khi sinh (gr):.....
Bệnh lý của mẹ ảnh hưởng đến thai nhi, trẻ sơ sinh.....Mã ICD.....

5. Đối với phụ nữ, có đang mang thai không: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết
☐ Tại thời điểm xin về ☐ Trong vòng 42 ngày trước khi xin về ☐ Không biết
Việc mang thai có góp phần gây bệnh nặng: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết

6. Kết luận nguyên nhân chính gây bệnh nặng *:
Tên bệnh lý, sự kiện:Mã ICD-10:

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người lập phiếu
(Ký, ghi rõ họ tên)

HƯỚNG DẪN ĐIỀN PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH NẶNG XIN VỀ

(Thực hiện theo hướng dẫn tại Quyết định số 1921/QĐ-BYT ngày 12/07/2022
về hướng dẫn ghi phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong
và tóm tắt thông tin người bệnh nặng xin về và các văn bản liên quan khác)

- Địa chỉ: ưu tiên địa chỉ nơi ghi nhận ca bệnh, nơi xảy ra tai nạn. Nếu không có địa chỉ nơi xảy ra tai nạn thì ghi địa chỉ nơi ở hiện nay.
- Chẩn đoán ra viện: ghi theo chẩn đoán xác định khi ra viện, hoặc tại thời điểm người bệnh xin về, bao gồm cả bệnh chính, biến chứng, bệnh kèm theo, nguyên nhân, tác nhân. Chẩn đoán này được mã hoá theo ICD-10, nếu có nhiều mã thì mỗi mã cách nhau bởi dấu “;”, mã đầu tiên được coi là mã bệnh chính, tối đa là 13 mã.
- Mục 1, phần B: Chuỗi bệnh lý, sự kiện từ khi khởi phát nguyên nhân đến khi ra viện: ghi theo hướng dẫn ghi nhận tại Quyết định số 1921/QĐ-BYT ngày 12 tháng 7 năm 2022 về việc ban hành hướng dẫn ghi Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong tại các cơ sở khám chữa bệnh. Trong đó bắt đầu từ dòng trên cùng (a) là tình trạng bệnh lý nặng tại thời điểm trước khi người bệnh xin về, tiếp theo là dòng (b) là nguyên nhân gây ra tình trạng ghi nhận ở dòng (a), tiếp theo là dòng (c) là nguyên nhân gây ra tình trạng ghi nhận ở dòng (b), dòng cuối cùng là nguyên nhân chính gây tử vong, là nguyên nhân gốc rễ mà không thể phân tích sâu hơn nữa (underlying cause).

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

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

MS: CV-12

Ngày..... tháng..... năm 20.....

GIẤY CHỨNG NHẬN PHẪU THUẬT

(Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh).....

Chứng nhận Ông/bà:

Ngày sinh...../...../..... Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Số Căn cước/Hộ chiếu:..... Ngày cấp:...../...../20..... Nơi cấp:.....

Địa chỉ:

Vào viện ngày...../...../20..... Ra viện ngày...../...../20.....

Số vào viện:..... Mã người bệnh:

Chẩn đoán:

Đã phẫu thuật (Vị trí, phương thức):

Nhóm máu..... Yếu tố Rh.....

Ngày phẫu thuật...../...../20.....

Phương thức vô cảm

Phẫu thuật viên

Lược trình phẫu thuật.....

Tình trạng ra viện: ☐ Khỏi ☐ Đỡ ☐ Không thay đổi ☐ Nặng hơn
☐ Tử vong ☐ Tiên lượng nặng xin về ☐ Chưa xác định.

Đại diện khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện đơn vị
(Ký, đóng dấu)

HƯỚNG DẪN GHI CHÉP
BỆNH ÁN NỘI TRÚ Y HỌC CỔ TRUYỀN
VÀ BỆNH ÁN NỘI TRÚ NHỊ Y HỌC CỔ TRUYỀN
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2023/TT-BYT ngày / / của Bộ Y tế)

I. HƯỚNG DẪN CHUNG:

Trang bìa:

Các bệnh viện phải làm bìa bệnh án là bìa giấy cứng

- Cơ quan chủ quản: Bộ Y tế hoặc Bộ chủ quản hoặc Sở Y tế
- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: Ghi tên đơn vị được cấp giấy phép hoạt động của cấp có thẩm quyền.

*** Góc trên bên phải:**

- Mã người bệnh: là mã số của người bệnh quy định tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, được cơ sở y tế cấp cho người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh lần đầu tiên theo thứ tự lần lượt từ 1 đến n và gắn với người bệnh nhân trong suốt quá trình người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- Mã YT: Mã Y tế toàn quốc (Mã YT) gồm 13 ký tự:
 - + 2 ký tự đầu là mã tỉnh, thành phố, ví dụ thành phố Hà Nội là 01
 - + 3 ký tự tiếp là mã bệnh viện, viện
 - + 2 ký tự tiếp là mã năm, ghi 2 số cuối của năm; ví dụ 2023: ghi 23
 - + 6 ký tự cuối là "Số vào viện" của người bệnh.

Ví dụ: Mã YT: 0191223000001

- + 2 ký tự đầu: 01 là mã của thành phố Hà Nội
- + 3 ký tự tiếp theo: 912 là mã của bệnh viện Châm cứu trung ương
- + 2 ký tự tiếp: 23 là mã của năm 2023
- + 6 ký tự cuối: 000001 là mã của người bệnh thứ nhất đến điều trị trong năm 2023
- Số vào viện: là số bệnh án của người bệnh vào bệnh viện theo thứ tự từ 1 đến n (tính từ 0 giờ 00 phút ngày 01 tháng 01 cho đến 23 giờ 59 phút ngày 31 tháng 12 trong năm) do Khoa khám bệnh hoặc phòng Kế hoạch tổng hợp cung cấp). Ví dụ: người bệnh vào bệnh viện lúc 00 giờ 00 phút, ngày 01 tháng 01 năm 2023 được cấp mã 000001, người bệnh vào thứ hai được cấp mã số 000002... đến hết 23 giờ 59 phút ngày 31 tháng 12 năm 2023. Các phiếu, giấy có đề mục "Số vào viện" sử dụng các ký tự này.

- Số lưu trữ: là mã số cấp cho hồ sơ bệnh án ra viện để phục vụ cho công tác lưu trữ theo quy định (tính từ tính từ 0 giờ 00 phút ngày 01 tháng 01 cho đến 23 giờ 59 phút ngày 31 tháng 12 trong năm), do phòng Kế hoạch tổng hợp cấp.

Chính giữa trang bìa: **BỆNH ÁN**(*) ghi cụm từ **Y HỌC CỔ TRUYỀN** vào dấu *.

- Tích dấu nhân (x) vào ô Nội trú hoặc Ban ngày.
- Khoa: Ghi rõ Khoa khi người bệnh vào bệnh viện, trường hợp người bệnh được chuyển khoa khác thì ghi tên khoa được chuyển đến.
- Phòng: Là số phòng người bệnh đang nằm điều trị, trường hợp người bệnh được chuyển phòng khác thì đánh mũi tên và ghi tên phòng được chuyển đến.
- Số giường: Là số giường người bệnh đang nằm điều trị, trường hợp người bệnh được chuyển giường khác thì đánh mũi tên và ghi tên giường được chuyển đến.
- Họ và tên người bệnh: Ghi đầy đủ (viết chữ in hoa có dấu).
- Tuổi: Đối với bệnh nhi dưới 72 tháng tuổi ghi rõ số tháng tuổi.
- Địa chỉ: Ghi đầy đủ, chính xác các thông tin về số nhà, thôn, phố, xã, phường, huyện, thị, tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (*thôn, phố có nơi còn gọi là làng, bản, buôn, sóc, đường phố, ngõ, hẻm, tổ dân phố*).
- Ngày vào viện: Ghi đầy đủ giờ, phút, ngày, tháng, năm vào viện.
- Ngày ra viện: Ghi đầy đủ giờ, phút, ngày, tháng, năm ra viện.

Trang 1:

*** Góc trên bên trái của bệnh án:**

- Đơn vị chủ quản: Bộ Y tế hoặc Bộ chủ quản hoặc Sở Y tế
- Bệnh viện: Ghi tên bệnh viện
- Khoa, phòng: là nơi điều trị cho người bệnh.

*** Góc trên bên phải:**

- Mã người bệnh: ghi như trang bìa
- Mã YT: ghi như trang bìa
- Số vào viện: ghi như trang bìa
- Số lưu trữ: ghi như trang bìa.

PHẦN I: PHẦN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH: do thầy thuốc hoặc điều dưỡng trực Khoa cấp cứu, Khoa khám bệnh ghi.

1. Họ và tên: Ghi đầy đủ (viết chữ in hoa có dấu).
2. Sinh ngày: ghi đầy đủ ngày, tháng và năm sinh (2 ô đầu là ngày, 2 ô tiếp là tháng và 4 ô cuối là năm). Nếu ngày, tháng có một con số thì ghi số 0 vào trước. Trường hợp không nhớ ngày, tháng thì ghi năm sinh. Trường hợp người bệnh không nhớ ngày, tháng, năm sinh mà chỉ nhớ tuổi thì ghi tuổi vào 2 ô tuổi.

Trường hợp dưới 72 tháng tuổi ghi rõ số tháng tuổi

3. Giới: đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.
4. Nghề nghiệp: Ghi rõ làm nghề gì như công nhân, cán bộ công nhân viên chức, nông dân, học sinh, sinh viên,....
5. Dân tộc: ghi rõ dân tộc gì, mã dân tộc theo quy định.
6. Quốc tịch: Nếu là người nước nào thì ghi tên nước đó.
7. Địa chỉ: Ghi đầy đủ số nhà, thôn, phố, xã, phường, huyện, thị, tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. (*thôn, phố có nơi còn gọi là làng, bản, buôn, sóc, đường phố, ngõ, hẻm, tổ dân phố*).
8. Nơi làm việc/học tập: tên cơ quan, nhà máy, xí nghiệp, lực lượng vũ trang/trường...
9. Đối tượng (người bệnh thuộc đối tượng nào, đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng với hình thức viện phí).
 - BHYT: là người khám, chữa bệnh có thẻ bảo hiểm y tế.
 - Thu phí: là thu toàn phần hoặc một phần viện phí.
 - Miễn phí: do bệnh viện giải quyết.
 - Khác: người khám, chữa bệnh không thuộc các đối tượng trên.

10. Số thẻ BHYT:

- Ghi đầy đủ ký tự theo mã số của thẻ bảo hiểm y tế.
- Ghi thẻ BHYT có giá trị sử dụng từ ngày, tháng, năm do hệ thống Bảo hiểm xã hội cung cấp.

Lưu ý:

+ Khi tiếp đón người bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tra cứu trên cổng tiếp nhận dữ liệu Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế của bảo hiểm xã hội Việt Nam để biết thông tin thẻ bảo hiểm y tế.

+ Đối với thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng có các mã QN, HC, LS, XK, CY, CA do bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, bảo hiểm xã hội Bộ Công an cấp: Tra cứu để kiểm tra thời hạn sử dụng của thẻ BHYT trong trường hợp các đối tượng này không còn phục vụ trong lực lượng Quân đội, Công an, Cơ yếu.

+ Trường hợp trong thời gian điều trị, người bệnh được cấp thẻ bảo hiểm y tế mới có thay đổi thông tin liên quan đến mã thẻ thì ghi tiếp mã thẻ mới (mỗi mã thẻ gồm có 15 ký tự), giữa các mã thẻ cách nhau bằng dấu chấm phẩy “ ; ”;

+ Trường hợp người bệnh chưa có thẻ bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng chức năng “Thông tuyến khám chữa bệnh/Tra cứu thẻ tạm của trẻ em hoặc của người hiện tạng” trên Cổng tiếp nhận dữ liệu Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế của bảo hiểm xã hội Việt Nam để tra cứu mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời.

+ Trường hợp người bệnh không khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì để trống trường thông tin này.

11. Số căn cước/hộ chiếu/mã định danh cá nhân: Ghi số căn cước hoặc số hộ chiếu. Trường hợp không có số căn cước hoặc số hộ chiếu thì sử dụng mã định danh cá nhân hoặc số chứng minh thư nhân dân.

12. Họ tên, địa chỉ thân nhân của người bệnh khi cần báo tin người nhà khi cần báo tin: ghi đầy đủ họ tên, địa chỉ, số điện thoại.

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH: do điều dưỡng trực khoa khám bệnh ghi và thầy thuốc khám chữa bệnh ghi bổ sung.

13. Vào viện: Ghi đầy đủ giờ, phút, ngày, tháng, năm vào viện.

14. Trực tiếp vào: Người bệnh vào trực tiếp khoa nào thì đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

15. Nơi giới thiệu: Đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng. (Khác: là do người nhà, công an, nhân dân... đưa đến).

16. Vào khoa: Ghi rõ tên, giờ/phút/ngày/tháng/năm trong trường hợp người bệnh cần chuyển vào khoa khác để điều trị

17. Chuyển khoa: Ghi tên khoa chuyển đến, ngày giờ vào khoa chuyển đến và tổng số ngày điều trị tại khoa đó.

18. Chuyển viện: Chuyển đến bệnh viện hoặc cơ sở y tế nào thì đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

- CK: Là chuyển đến bệnh viện chuyên khoa như bệnh viện Nhi, Sản, Tai Mũi Họng, Răng Hàm Mặt, Mắt, ...

- Chuyển đến: Ghi rõ tên Bệnh viện, Viện chuyển người bệnh đến.

19. Ra viện: Ghi giờ, phút, ngày, tháng, năm và đánh dấu (x) vào ô tương ứng.

20. Tổng số ngày điều trị: Tính số ngày điều trị thực tế của người bệnh.

III. CHẨN ĐOÁN: do Thầy thuốc điều trị ghi; Trưởng khoa ghi bổ sung (nếu có) trong quá trình thăm khám người bệnh.

- Đối với bệnh án nội trú Nhi y học cổ truyền: Các mục: 21, 22, 23 và 24: Chẩn đoán theo y học hiện đại ghi tên bệnh và ghi mã bệnh ICD -10 theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế và chẩn đoán theo y học cổ truyền ghi tên bệnh và ghi mã bệnh y học cổ truyền theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Đối với bệnh án nội trú y học cổ truyền:

+ Các mục 21, 22, 23 và 24: Chẩn đoán theo y học hiện đại ghi tên bệnh và ghi mã bệnh ICD -10 theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế

+ Các mục: 25, 26, 27 và 28: Chẩn đoán theo y học cổ truyền ghi tên bệnh và ghi mã bệnh y học cổ truyền theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Bệnh chính: Ghi mã bệnh chính của y học cổ truyền và y học hiện đại theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xác định và chỉ ghi 01 mã bệnh chính theo quy định của Bộ Y tế.

- Bệnh kèm theo: Ghi mã các bệnh kèm theo mã ICD -10 hoặc mã của triệu chứng, hội chứng và mã bệnh y học cổ truyền theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xác định triệu chứng hoặc bệnh kèm theo theo quy định của Bộ Y tế. Trường hợp có nhiều mã thì được phân cách bằng dấu chấm phẩy “;”

- Thủ thuật, phẫu thuật, tai biến, biến chứng (nếu có): đánh dấu (x) vào ô tương ứng.

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN: do Thầy thuốc điều trị ghi; Trưởng khoa kiểm tra toàn bộ hồ sơ bệnh án lần cuối, ký ghi rõ họ tên trước khi nộp bệnh án về phòng Kế hoạch tổng hợp.

PHẦN II: BỆNH ÁN

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

Yêu cầu những thông tin, đặc điểm cần có trong quá trình bệnh lý, bệnh sử, thăm khám người bệnh để phục vụ cho chẩn đoán.

I. LÝ DO VÀO VIỆN: Ghi lý do chính khi người nhà, người bệnh khai khi vào viện khám, vào khoa điều trị, cấp cứu ...

II. BỆNH SỬ: Khai thác quá trình mắc và diễn biến của bệnh, điều trị của nơi chuyển đến trước khi vào viện (nếu có).

III. TIỀN SỬ:

- Ghi đầy đủ thông tin liên quan đến bệnh hiện tại của người bệnh, đặc biệt lưu ý khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh về thuốc và thức ăn và các dị nguyên khác.

- Đặc điểm liên quan đến bệnh tật: ghi những đặc điểm liên quan đến bệnh.

Đối với bệnh án Nội trú Nhi y học cổ truyền:

- Tình hình lúc đẻ: Điền số hoặc đánh dấu (x) vào ô tương ứng;
- Chế độ ăn:
 - + Dưới 24 tháng tuổi: Điền số vào ô tương ứng; ghi rõ số tháng cai sữa;
 - + Trên 12 tháng: Ghi rõ chế độ ăn
- Phát dục: Ghi rõ số tháng vào ô tương ứng;
- Đã tiêm chủng: đánh dấu (x) vào ô tương ứng;
- Bệnh đã mắc: đánh dấu (x) vào ô tương ứng và ghi đầy đủ thông tin liên quan đến bệnh hiện tại của bệnh nhi.

IV. KHÁM BỆNH: "*Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, cân nặng, chiều cao, BMI*" được ghi tại bệnh án điều trị nội trú và nội trú nhi, phiếu khám bệnh vào viện, giấy chuyển viện (theo mẫu).

1. Khám toàn thân: Ghi những điểm chính (tùy từng loại bệnh).

2. Khám bộ phận: Mô tả đầy đủ, chi tiết các dấu hiệu bệnh lý.

V. CẬN LÂM SÀNG: Ghi các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm trong thời gian làm bệnh án. Các xét nghiệm cận lâm sàng khác phát sinh trong thời gian điều trị được ghi vào tờ điều trị.

VI. TÓM TẮT BỆNH ÁN: Tóm tắt các triệu chứng và hội chứng bệnh lý của người bệnh.

VII. CHẨN ĐOÁN: Ghi tên bệnh và ghi ký tự theo ICD.

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

Từ mục I đến mục IV:

- Trong mỗi mục cần ghi số vào các ô.
- Mô tả khác (nếu có): Ghi những nội dung mà các mục trên chưa đề cập đến.

V. TÓM TẮT TỨ CHẨN:

Tóm tắt các chứng trạng và hội chứng bệnh lý của người bệnh.

VI. BIỆN CHỨNG LUẬN TRỊ:

Ghi tóm tắt phân tích nguyên nhân gây bệnh theo y học cổ truyền, các biểu hiện bệnh lý của tạng phủ, kinh lạc để hướng đến chẩn đoán và điều trị.

VII. CHẨN ĐOÁN:

- Mục 1. Bệnh danh: Ghi tên bệnh và ghi ký tự theo mã bệnh y học cổ truyền.

- Mục. Bất cương: Ghi chẩn đoán bất cương và điền số thích hợp vào các ô.
- Mục 3 đến mục 6: Điền số thích hợp vào các ô.

C. ĐIỀU TRỊ

I. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

1. Pháp điều trị: Ghi pháp điều trị phù hợp với chẩn đoán

2. Phương:

+ Phương dược: ghi bài thuốc hoặc chế phẩm thuốc cổ truyền phù hợp với pháp điều trị.

+ Phương pháp điều trị không dùng thuốc: Ghi phương pháp điều trị không dùng thuốc của y học cổ truyền phù hợp với pháp điều trị.

II. Y HỌC HIỆN ĐẠI:

Ghi hướng điều trị áp dụng cho người bệnh trong trường hợp kết hợp với y học hiện đại (nếu có).

III. DỰ HẬU (TIỀN LƯỢNG):

Dự kiến mức độ bệnh, diễn biến bệnh.

PHẦN III. TỔNG KẾT BỆNH ÁN RA VIỆN

1. Lý do vào viện: ghi giống trang 2 của bệnh án

2. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: Ghi tóm tắt quá trình và diễn biến bệnh.

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng: Ghi kết quả cận lâm sàng phục vụ chẩn đoán và điều trị

4. Chẩn đoán vào viện: Ghi như trang 1

5. Phương pháp điều trị: Ghi đầy đủ các phương pháp điều trị đã áp dụng cho người bệnh.

6. Kết quả điều trị: Điền số thích hợp vào ô.

7. Chẩn đoán ra viện:

+ Ghi tên bệnh theo y học hiện đại và mã bệnh theo ICD-10 vào các dòng tương ứng, chỉ ghi mã các bệnh trong quá trình điều trị.

+ Ghi tên bệnh theo y học cổ truyền và mã bệnh theo y học cổ truyền vào các dòng tương ứng, chỉ ghi mã các bệnh trong quá trình điều trị.

8. Tình trạng người bệnh khi ra viện: Đánh giá tóm tắt tình trạng sức khỏe, bệnh tật của người bệnh tại thời điểm ra viện.

9. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo: Ghi hướng dẫn của thầy thuốc cho người bệnh trước ra viện.

BÀN GIAO TOÀN BỘ HỒ SƠ:

- + Hồ sơ, phim, ảnh: bao gồm bệnh án và tất cả giấy tờ dán trong bệnh án: phiếu điều trị, phiếu chỉ định xét nghiệm, X-quang, kết quả xét nghiệm, kết quả X-quang, ... (đếm tổng số các giấy tờ dán trong bệnh án);
- + Số lượng phim: X- quang, CT Scanner, MRI,
- + Khác: Ngoài những loại trên.

TRANG 8:

PHIẾU ĐIỀU TRỊ:

- Góc bên trái: ghi đầy đủ tên bệnh viện, khoa điều trị
- Góc bên phải: ghi số vào viện, buồng, giường người bệnh
- Tờ số : ghi số thứ tự của phiếu điều trị
- Họ tên người bệnh, tuổi, giới, chẩn đoán : ghi đầy đủ thông tin
- Ngày giờ, diễn biến bệnh và chỉ định điều trị: ghi cập nhật theo ngày, giờ điều trị.

Các quy định về hướng dẫn ghi chép bệnh án khác thực hiện theo quy định của Thông tư này.

HƯỚNG DẪN GHI CHÉP BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ Y HỌC CỔ TRUYỀN

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2023/TT-BYT ngày / / của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. HƯỚNG DẪN CHUNG:

Trang bìa và trang 1:

* Góc trên bên trái của bìa bệnh án:

Các bệnh viện phải làm bìa bệnh án là bìa giấy cứng

- Cơ quan chủ quản: Bộ Y tế hoặc Bộ chủ quản hoặc Sở Y tế
- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: Ghi tên đơn vị được cấp giấy phép hoạt động của cấp có thẩm quyền.

* Góc trên bên phải:

- Mã người bệnh: là mã số của người bệnh quy định tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, được cơ sở y tế cấp cho người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh lần đầu tiên theo thứ tự lần lượt từ 1 đến n và gắn với người bệnh nhân trong suốt quá trình người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- Mã YT: Mã Y tế toàn quốc (Mã YT) gồm 13 ký tự:
 - + 2 ký tự đầu là mã tỉnh, thành phố, ví dụ thành phố Hà Nội là 01
 - + 3 ký tự tiếp là mã bệnh viện, viện
 - + 2 ký tự tiếp là mã năm, ghi 2 số cuối của năm; ví dụ 2023: ghi 23
 - + 6 ký tự cuối là "Số vào viện" của người bệnh.

Ví dụ: Mã YT: 0191223000001

- + 2 ký tự đầu: 01 là mã của thành phố Hà Nội
- + 3 ký tự tiếp theo: 912 là mã của bệnh viện Châm cứu trung ương
- + 2 ký tự tiếp: 23 là mã của năm 2023
- + 6 ký tự cuối: 000001 là mã của người bệnh thứ nhất đến điều trị trong năm 2023
- Số vào viện: là số bệnh án của người bệnh vào bệnh viện theo thứ tự từ 1 đến n (tính từ 0 giờ 00 phút ngày 01 tháng 01 cho đến 23 giờ 59 phút ngày 31 tháng 12 trong năm) do Khoa khám bệnh hoặc phòng Kế hoạch tổng hợp cung cấp). Ví dụ: người bệnh vào bệnh viện lúc 00 giờ 00 phút, ngày 01 tháng 01 năm 2023 được cấp mã 000001, người bệnh vào thứ hai được cấp mã số 000002... đến hết 23 giờ 59 phút ngày 31 tháng 12 năm 2023. Các phiếu, giấy có đề mục "Số vào viện" sử dụng các ký tự này.

- Số lưu trữ: là mã số cấp cho hồ sơ bệnh án ra viện để phục vụ cho công tác lưu trữ theo quy định (tính từ tính từ 0 giờ 00 phút ngày 01 tháng 01 cho đến 23 giờ 59 phút ngày 31 tháng 12 trong năm), do phòng Kế hoạch tổng hợp cấp.
- Chính giữa trang bìa: BỆNH ÁN(*) ghi cụm từ Y HỌC CỔ TRUYỀN vào dấu *.
- Tích dấu nhân (x) vào ô Ngoại trú.

PHẦN I: PHẦN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH: do thầy thuốc hoặc điều dưỡng trực khoa cấp cứu, khoa khám bệnh ghi và Thầy thuốc điều trị hoặc điều dưỡng khoa điều trị ghi bổ sung.

1. Họ và tên: Ghi đầy đủ (viết chữ in hoa có dấu).
2. Sinh ngày: Yêu cầu ghi đầy đủ ngày, tháng và năm sinh (2 ô đầu là ngày, 2 ô tiếp là tháng và 4 ô cuối là năm). Nếu ngày, tháng có một con số thì ghi số 0 vào trước. Trường hợp không nhớ ngày, tháng thì ghi năm sinh. Nếu người bệnh không nhớ ngày, tháng, năm sinh mà chỉ nhớ tuổi thì ghi tuổi vào 2 ô tuổi.

Trường hợp dưới 72 tháng tuổi ghi rõ số tháng tuổi

3. Giới: đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.
4. Nghề nghiệp: Ghi rõ làm nghề gì như công nhân, cán bộ công nhân viên chức, nông dân, học sinh, sinh viên,
5. Dân tộc: ghi rõ dân tộc gì, mã dân tộc theo quy định.
6. Quốc tịch: Nếu là người nước nào thì ghi tên nước đó.
7. Địa chỉ: Ghi đầy đủ số nhà, thôn, phố, xã, phường, huyện, thị, tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. (*thôn, phố có nơi còn gọi là làng, bản, buôn, sóc, đường phố, ngõ, hẻm, tổ dân phố*).
8. Nơi làm việc/học tập: tên cơ quan, nhà máy, xí nghiệp, lực lượng vũ trang/trường...
9. Đối tượng (người bệnh thuộc đối tượng nào, đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng với hình thức viện phí).

- BHYT: là người khám, chữa bệnh có thẻ bảo hiểm y tế.
- Thu phí: là thu toàn phần hoặc một phần viện phí.
- Miễn: do bệnh viện giải quyết.
- Khác: người khám, chữa bệnh không thuộc các đối tượng trên.

10. Số thẻ BHYT:

- Ghi đầy đủ ký tự theo mã số của thẻ bảo hiểm y tế.
- Ghi thẻ BHYT có giá trị sử dụng từ ngày, tháng, năm do hệ thống Bảo hiểm xã hội cung cấp.

Lưu ý:

+ Khi tiếp đón người bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tra cứu trên cổng tiếp nhận dữ liệu Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế của bảo hiểm xã hội Việt Nam để biết thông tin thẻ bảo hiểm y tế.

+ Đối với thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng có các mã QN, HC, LS, XK, CY, CA do bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, bảo hiểm xã hội Bộ Công an cấp: Tra cứu để kiểm tra thời hạn sử dụng của thẻ BHYT trong trường hợp các đối tượng này không còn phục vụ trong lực lượng Quân đội, Công an, Cơ yếu.

+ Trường hợp trong thời gian điều trị, người bệnh được cấp thẻ bảo hiểm y tế mới có thay đổi thông tin liên quan đến mã thẻ thì ghi tiếp mã thẻ mới (mỗi mã thẻ gồm có 15 ký tự), giữa các mã thẻ cách nhau bằng dấu chấm phẩy “ ; ”;

+ Trường hợp người bệnh chưa có thẻ bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng chức năng “Thông tuyến khám chữa bệnh/Tra cứu thẻ tạm của trẻ em hoặc của người hiện tạng” trên Cổng tiếp nhận dữ liệu Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế của bảo hiểm xã hội Việt Nam để tra cứu mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời.

+ Trường hợp người bệnh không khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì để trống trường thông tin này.

11. Số căn cước/hộ chiếu/mã định danh cá nhân: Ghi số căn cước hoặc số hộ chiếu. Trường hợp không có số căn cước hoặc số hộ chiếu thì sử dụng mã định danh cá nhân hoặc số chứng minh thư nhân dân.

12. Họ tên, địa chỉ thân nhân của người bệnh khi cần báo tin người nhà khi cần báo tin: ghi đầy đủ họ tên, địa chỉ, số điện thoại.

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH: do điều dưỡng trực khoa khám bệnh ghi và thầy thuốc khám chữa bệnh ghi bổ sung.

13. Vào viện: Ghi đầy đủ giờ, phút, ngày, tháng, năm vào viện.

14. Trực tiếp vào: Người bệnh vào trực tiếp khoa Khám bệnh thì đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

15. Nơi giới thiệu: Đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng. (Khác: là do người nhà, công an, nhân dân... đưa đến).

16. Vào khoa: Ghi rõ tên, giờ/phút/ngày/tháng/năm trong trường hợp người bệnh cần chuyển vào khoa khác để điều trị.

17. Chuyển viện: Chuyển đến tuyến nào thì đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

- CK: Là chuyển đến bệnh viện chuyên khoa như bệnh viện Nhi, Sản, Tai Mũi Họng, Răng Hàm Mặt, Mắt, ...

- Chuyển đến: Ghi rõ tên Bệnh viện, Viện chuyển người bệnh đến.

18. Ra viện: Ghi giờ, phút, ngày, tháng, năm và đánh dấu (x) vào ô tương ứng.

19. Tổng số ngày điều trị: Tính số ngày điều trị thực tế của người bệnh.

III. CHẨN ĐOÁN: do Thầy thuốc khám chữa bệnh ghi

Mục 20, 21, 22, 23, 24 và 25:

- Chẩn đoán theo y học hiện đại ghi tên bệnh và ghi mã bệnh ICD -10 theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Chẩn đoán theo y học cổ truyền ghi tên bệnh và ghi mã bệnh y học cổ truyền theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Bệnh chính: Ghi mã bệnh chính của y học cổ truyền và y học hiện đại theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xác định và chỉ ghi 01 mã bệnh chính theo quy định của Bộ Y tế.

- Bệnh kèm theo: Ghi mã các bệnh kèm theo mã ICD -10 hoặc mã của triệu chứng, hội chứng và mã bệnh y học cổ truyền theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xác định triệu chứng hoặc bệnh kèm theo theo quy định của Bộ Y tế. Trường hợp có nhiều mã thì được phân cách bằng dấu chấm phẩy “;”

- Thủ thuật, phẫu thuật, tai biến, biến chứng (nếu có): đánh dấu (x) vào ô tương ứng.

IV. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ:

- Thầy thuốc điều trị ghi;

- Trưởng khoa kiểm tra toàn bộ hồ sơ bệnh án lần cuối, ký tên trước khi nộp bệnh án về phòng Kế hoạch tổng hợp.

TRANG 2,3 VÀ 4:

PHẦN II: BỆNH ÁN

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

Yêu cầu những thông tin, đặc điểm cần có trong quá trình bệnh lý, bệnh sử, thăm khám người bệnh để phục vụ cho chẩn đoán.

I. LÝ DO VÀO VIỆN: Ghi lý do chính khi người nhà, người bệnh khai khi vào viện khám, vào khoa điều trị, cấp cứu ...

II. BỆNH SỬ: Khai thác quá trình mắc và diễn biến của bệnh, điều trị của nơi chuyển đến trước khi vào viện (nếu có).

III. TIỀN SỬ BỆNH:

- Ghi đầy đủ thông tin liên quan đến bệnh hiện tại của người bệnh, đặc biệt lưu ý khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh về thuốc và thức ăn và các dị nguyên khác.

- Đặc điểm liên quan bệnh: Viết các số tương ứng với các mục vào ô.

IV. KHÁM BỆNH: "*Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, cân nặng, chiều cao, BMI*" được ghi tại bệnh án điều trị nội trú và nội trú nhi, phiếu khám bệnh vào viện, giấy chuyển viện (theo mẫu).

1. Khám toàn thân: Ghi những điểm chính (tùy từng loại bệnh).

2. Khám bộ phận: Mô tả đầy đủ, chi tiết các dấu hiệu bệnh lý.

V. TÓM TẮT KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG: Ghi kết quả cận lâm sàng đã có hướng đến chẩn đoán xác định hoặc chẩn đoán phân biệt

V. CẬN LÂM SÀNG: Ghi các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm trong thời gian làm bệnh án. Các xét nghiệm cận lâm sàng khác phát sinh trong thời gian điều trị được ghi vào tờ điều trị.

VI. CHẨN ĐOÁN: Ghi tên bệnh và ghi ký tự theo ICD vào các ô tương ứng.

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

Từ mục I đến mục IV:

- Trong mỗi mục cần ghi số vào các ô.
- Mô tả khác (nếu có): Ghi những nội dung mà các mục trên chưa đề cập đến.

V. TÓM TẮT TỨ CHẨN:

Tóm tắt các chứng trạng và hội chứng bệnh lý của người bệnh.

VI. BIỆN CHỨNG LUẬN TRỊ:

Ghi tóm tắt phân tích nguyên nhân gây bệnh theo y học cổ truyền, các biểu hiện bệnh lý của tạng phủ, kinh lạc để hướng đến chẩn đoán và điều trị.

VII. CHẨN ĐOÁN:

- Mục 1. Bệnh danh: Ghi tên bệnh và ghi ký tự theo mã bệnh y học cổ truyền.
- Mục 2. Bát cương: Ghi chẩn đoán bát cương và điền số thích hợp vào các ô.
- Mục 3. Nguyên nhân: Ghi nguyên nhân gây bệnh theo YHCT
- Mục 4. Tạng phủ: Ghi tạng phủ bị bệnh, hư thực (ví dụ: can thận âm hư, ...)
- Mục 5. Kinh lạc: Ghi kinh lạc bị bệnh cụ thể
- Mục 6. Định vị bệnh (dinh, vệ, khí, huyết): Ghi vị trí bệnh, tính chất bệnh.

C. ĐIỀU TRỊ

I. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

1. Pháp điều trị: Ghi pháp điều trị phù hợp với chẩn đoán
2. Phương:
 - Phương dược: Ghi bài thuốc hoặc chế phẩm thuốc cổ truyền phù hợp với pháp điều trị.
 - Phương pháp điều trị không dùng thuốc: Ghi phương pháp điều trị không dùng thuốc của YHCT phù hợp với pháp điều trị.

II. Y HỌC HIỆN ĐẠI: Ghi hướng điều trị áp dụng cho người bệnh trong trường hợp kết hợp với y học hiện đại (nếu có).

III. DỰ HẬU (TIỀN LƯỢNG):

Dự kiến mức độ bệnh, diễn biến bệnh.

TRANG 5:

PHẦN III. TỔNG KẾT BỆNH ÁN RA VIỆN

1. Lý do vào viện: ghi giống trang 2 của bệnh án
2. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: Ghi tóm tắt quá trình và diễn biến bệnh.
3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng: Ghi kết quả cận lâm sàng phục vụ chẩn đoán, điều trị và chẩn đoán phân biệt
4. Chẩn đoán vào viện: Ghi như trang 1
5. Phương pháp điều trị: Ghi đầy đủ các phương pháp điều trị đã áp dụng cho người bệnh.

6. Kết quả điều trị: Điền số thích hợp vào ô.

7. Chẩn đoán ra viện:

+ Ghi tên bệnh theo y học hiện đại và mã ICD 10 vào các dòng tương ứng, chỉ ghi mã các bệnh trong quá trình điều trị.

+ Ghi tên bệnh theo y học cổ truyền và mã bệnh theo y học cổ truyền vào các dòng tương ứng, chỉ ghi mã các bệnh trong quá trình điều trị.

8. Tình trạng người bệnh khi ra viện: Đánh giá tóm tắt tình trạng sức khỏe, bệnh tật của người bệnh tại thời điểm ra viện.

9. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo: Ghi hướng dẫn của thầy thuốc cho người bệnh trước ra viện.

TRANG 6:

PHIẾU ĐIỀU TRỊ:

- Góc bên trái: ghi đầy đủ tên bệnh viện, khoa điều trị
- Góc bên phải: ghi số vào viện, buồng, giường người bệnh
- Tờ số : ghi số thứ tự của phiếu điều trị
- Họ tên người bệnh, tuổi, giới, chẩn đoán : ghi đầy đủ thông tin
- Ngày giờ, diễn biến bệnh và chỉ định điều trị: ghi cập nhật theo ngày, giờ điều trị

Các quy định về hướng dẫn ghi chép bệnh án khác thực hiện theo quy định của Thông tư này.

HƯỚNG DẪN GHI CHÉP BỆNH ÁN Y HỌC HIỆN ĐẠI

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2023/TT-BYT ngày / /2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. TRANG BÌA

- Cơ quan chủ quản: Bộ Y tế hoặc Bộ chủ quản hoặc Sở Y tế.
- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: Ghi tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- Mã người bệnh: là mã số của người bệnh được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp khi đến khám bệnh, chữa bệnh lần đầu tiên theo thứ tự lần lượt từ 1 đến n và gắn với người bệnh trong các lần khám bệnh, chữa bệnh.
 - Mã YT: Mã Y tế toàn quốc gồm 14 ký tự:
 - + 2 ký tự đầu là mã tỉnh, thành phố, ví dụ thành phố Hà Nội là 01.
 - + 3 ký tự tiếp là mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
 - + 2 ký tự tiếp là mã năm, ghi 2 số cuối của năm; ví dụ 2019: ghi 19.
 - + 6 ký tự cuối là "Số vào viện" của người bệnh.
- Ví dụ: Mã YT "0192924000001" – trong đó 2 ký tự đầu: 01 là mã của thành phố Hà Nội; 3 ký tự tiếp theo: 929 là mã của Bệnh viện Bạch Mai; 2 ký tự tiếp: 24 là mã của năm 2024; 6 ký tự cuối: 000001 là mã của người bệnh thứ nhất đến điều trị trong năm 2024.*
 - Số vào viện: là số bệnh án của người bệnh vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo thứ tự từ 1 đến n (tính từ 0 giờ 00 phút ngày 01 tháng 01 cho đến 23 giờ 59 phút ngày 31 tháng 12 trong năm) do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp. Ví dụ: người bệnh vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lúc 00 giờ 00 phút, ngày 01 tháng 01 năm 2024 được cấp mã 000001, người bệnh vào thứ hai được cấp mã số 000002... đến hết 23 giờ 59 phút ngày 31 tháng 12 năm 2024.
 - Số lưu trữ: là mã số cấp cho hồ sơ bệnh án ra viện để phục vụ cho công tác lưu trữ theo quy định (tính từ tính từ 0 giờ 00 phút ngày 01 tháng 01 cho đến 23 giờ 59 phút ngày 31 tháng 12 trong năm) do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp.
 - Chính giữa trang bìa: BỆNH ÁN.....(*) ghi tên các chuyên khoa (Nội khoa, Truyền nhiễm, Huyết học, Ngoại khoa, Nhi khoa...).
 - Khoa: Ghi rõ Khoa khi người bệnh vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, trường hợp người bệnh được chuyển khoa khác thì ghi tên khoa được chuyển đến.
 - Phòng: Là số phòng người bệnh đang nằm điều trị, trường hợp người bệnh được chuyển phòng khác thì đánh mũi tên và ghi tên buồng hoặc phòng được chuyển đến.
 - Giường: Là số giường người bệnh đang nằm điều trị, trường hợp người bệnh được chuyển giường khác thì đánh mũi tên và ghi tên giường được chuyển đến.
 - Họ và tên người bệnh: Là họ và tên của người bệnh (Viết in hoa)
- Lưu ý:** Trường hợp trẻ sau khi sinh ra được hưởng quyền lợi BHYT theo quy định của Luật BHYT nhưng chưa được cơ quan BHXH cấp thẻ BHYT do chưa làm thủ tục cấp giấy khai sinh thì cơ sở KBCB thực hiện ghi họ và tên của trẻ theo quy định tại điểm b khoản 1 Điều 10 Thông tư số 30/2020/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật BHYT hoặc các văn bản quy định hiện hành, cụ thể:
 - + Nếu trẻ sơ sinh có mẹ hoặc cha (bố): ghi theo họ và tên của mẹ hoặc của cha (bố);
 - + Nếu trẻ sơ sinh không có mẹ hoặc cha (bố) nhưng có người giám hộ: ghi theo họ và tên của người giám hộ;
 - + Nếu trẻ sơ sinh không có người nhận hoặc bỏ rơi tại cơ sở KBCB: ghi tên cơ sở KBCB nơi đang thực hiện việc điều trị cho trẻ.
- Ngày tháng năm sinh: Ghi ngày, tháng, năm sinh gồm 12 ký tự, bao gồm: 04 ký tự năm + 02 ký tự tháng + 02 ký tự ngày + 02 ký tự giờ + 02 ký tự phút.

Lưu ý:

- + Trường hợp không có thông tin ngày sinh, tháng sinh thì ghi 4 ký tự của năm sinh.
- + Trường hợp trẻ bị bỏ rơi mà không xác định được thông tin chính xác ngày, tháng, năm của trẻ thì ghi theo thời điểm mà cơ sở KBCB tiếp nhận trẻ.
- Tuổi: Đối với bệnh nhi dưới 72 tháng tuổi ghi rõ số tháng tuổi.
- Địa chỉ: Ghi địa chỉ nơi cư trú hiện tại của người bệnh.

Lưu ý:

- + Trường hợp người bệnh là người Việt Nam: Ghi địa chỉ theo địa chỉ nơi cư trú hiện tại của người bệnh đã được cập nhật thông tin trong Cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, Cơ sở dữ liệu dân cư về cư trú, gồm: số nhà (nếu có); thôn, xóm hoặc đường, phố (nếu có); xã, phường, thị trấn; quận, huyện, thị xã, thành phố trực thuộc tỉnh; tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.
- + Trường hợp trẻ sau khi sinh ra được hưởng quyền lợi BHYT theo quy định của Luật BHYT nhưng chưa được cơ quan BHXH cấp thẻ BHYT do chưa làm thủ tục cấp giấy khai sinh thì cơ sở KBCB thực hiện ghi theo địa chỉ nơi người mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp cư trú hoặc nơi cơ sở KBCB đặt trụ sở đối với trường hợp trẻ sơ sinh không có người nhận hoặc bị bỏ rơi.
- + Trường hợp người bệnh là người nước ngoài thì ghi theo địa chỉ do người bệnh tự khai báo.
- Ngày vào viện: Ghi thời điểm người bệnh đến KBCB.
- Ngày ra viện: Ghi thời điểm người bệnh kết thúc điều trị nội trú, kết thúc điều trị ban ngày, kết thúc điều trị ngoại trú.

II. CÁC MẪU BỆNH ÁN

A. THÔNG TIN CHUNG

1. Góc trên bên trái:

- Đơn vị chủ quản: Bộ Y tế hoặc Bộ chủ quản hoặc Sở Y tế.
- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: Ghi tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Góc trên bên phải:

- Số bệnh án: ghi như trang bìa.
- Mã người bệnh: ghi như trang bìa.

3. Hành chính (Mục I):

- Họ và tên: ghi như trang bìa.
- Ngày sinh: ghi như trang bìa.
- Tuổi: ghi như trang bìa.
- Điện thoại: Ghi số điện thoại liên lạc của người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh và chỉ ghi khi người bệnh tự nguyện cung cấp. Trường hợp không có thì để trống trường thông tin này.
- Giới: đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.
- Nghề nghiệp: ghi nghề nghiệp của người bệnh.

Lưu ý:

- + Trường hợp người bệnh không có hoặc chưa có nghề nghiệp thì ghi không.
- + Trường hợp người bệnh có nhiều nghề thì ghi nghề nghiệp chính hoặc nghề nghiệp hiện tại.
- Dân tộc: Ghi mã dân tộc của người bệnh theo Danh mục các dân tộc Việt Nam ban hành kèm theo Quyết định số 121-TCTK/PPCD ngày 02/3/1979 của Tổng cục trưởng Tổng cục Thống kê để điền chi tiết hoặc các văn bản quy định hiện hành.
- Quốc tịch: Ghi quốc tịch của người bệnh theo quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 07/2016/TT-BCA ngày 01 tháng 2 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Công an hoặc các văn bản quy định hiện hành.
- Địa chỉ: Ghi địa chỉ nơi cư trú hiện tại của người bệnh.

Lưu ý:

+ Trường hợp người bệnh là người Việt Nam: Ghi địa chỉ theo địa chỉ nơi cư trú hiện tại của người bệnh đã được cập nhật thông tin trong Cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, Cơ sở dữ liệu dân cư về cư trú, gồm: số nhà (nếu có); thôn, xóm hoặc đường, phố (nếu có); xã, phường, thị trấn; quận, huyện, thị xã, thành phố trực thuộc tỉnh; tỉnh, thành phố trực thuộc TW.

+ Trường hợp trẻ sau khi sinh ra được hưởng quyền lợi BHYT theo quy định của Luật BHYT nhưng chưa được cơ quan BHXH cấp thẻ BHYT do chưa làm thủ tục cấp giấy khai sinh thì cơ sở KBCB thực hiện ghi theo địa chỉ nơi người mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp cư trú hoặc nơi cơ sở KBCB đặt trụ sở đối với trường hợp trẻ sơ sinh không có người nhận hoặc bị bỏ rơi.

+ Trường hợp người bệnh là người nước ngoài thì ghi theo địa chỉ do người bệnh tự khai báo.

– Xã, phường: Mã đơn vị hành chính cấp xã nơi cư trú hiện tại của người bệnh. Ghi mã đơn vị hành chính cấp xã theo Quyết định số 124/2004/QĐ-TTg ngày 08/7/2004 của Thủ tướng Chính phủ ban hành danh mục mã đơn vị hành chính hoặc các văn bản quy định hiện hành.

– Huyện: Mã đơn vị hành chính cấp huyện nơi cư trú hiện tại của người bệnh. Ghi mã đơn vị hành chính cấp huyện theo Quyết định số 124/2004/QĐ-TTg ngày 08/7/2004 của Thủ tướng Chính phủ ban hành danh mục mã đơn vị hành chính hoặc các văn bản quy định hiện hành.

– Tỉnh, thành phố: đơn vị hành chính cấp tỉnh nơi cư trú hiện tại của người bệnh. Ghi theo 02 ký tự cuối của mã đơn vị hành chính của tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương nơi người bệnh cư trú (Quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 07/2016/TT-BCA ngày 01 tháng 2 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Công an hoặc các văn bản quy định hiện hành).

– Đối tượng (người bệnh thuộc đối tượng nào, đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng với hình thức viện phí).

+ BHYT: là người khám, chữa bệnh có thẻ bảo hiểm y tế.

+ Thu phí: là thu toàn phần hoặc một phần viện phí.

+ Miễn: do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giải quyết.

+ Khác: người khám, chữa bệnh không thuộc các đối tượng trên.

– Số thẻ BHYT: Ghi mã thẻ BHYT của người bệnh do cơ quan BHXH cấp.

Lưu ý:

+ Khi tiếp đón người bệnh, cơ sở KB, CB tra cứu trên Cổng tiếp nhận dữ liệu Hệ thống thông tin giám định BHYT của BHXH Việt Nam để biết thông tin thẻ BHYT.

+ Đối với thẻ BHYT của các đối tượng có các mã QN, HC, LS, XK, CY, CA do BHXH Bộ Quốc phòng, BHXH Bộ Công an cấp: Tra cứu để kiểm tra thời hạn sử dụng của thẻ BHYT trong trường hợp các đối tượng này không còn phục vụ trong lực lượng Quân đội, Công an, Cơ yếu.

+ Trường hợp trong thời gian điều trị, người bệnh được cấp thẻ BHYT mới có thay đổi thông tin liên quan đến mã thẻ thì ghi tiếp mã thẻ mới (mỗi mã thẻ gồm có 15 ký tự), giữa các mã thẻ cách nhau bằng dấu chấm phẩy “;”;

+ Trường hợp người bệnh chưa có thẻ BHYT, cơ sở KBCB sử dụng chức năng “Thông tuyến khám chữa bệnh/Tra cứu thẻ tạm của trẻ em hoặc của người hiến tạng” trên Cổng tiếp nhận dữ liệu Hệ thống thông tin giám định BHYT của BHXH Việt Nam để tra cứu mã thẻ BHYT tạm thời.

+ Trường hợp người bệnh không KBCB BHYT thì để trống trường thông tin này.

– Số căn cước/hộ chiếu/mã định danh cá nhân: Ghi số căn cước hoặc số hộ chiếu. Trường hợp không có số căn cước hoặc số hộ chiếu thì sử dụng mã định danh cá nhân hoặc số chứng minh thư nhân dân.

– Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: ghi đầy đủ họ tên, số điện thoại.

4. Quản lý người bệnh (Mục II)

– Vào viện: Ghi thời điểm bác sỹ chỉ định người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

– Tiếp nhận từ: Người bệnh được tiếp nhận từ khoa nào vào thì đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

- Nơi chuyển đến: Ghi tên cơ sở KB, CB nơi chuyển người bệnh đến và mã cơ sở khám bệnh chữa bệnh. Trường hợp người bệnh không chuyển đến từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì ghi theo thực tế hình thức người bệnh đến cơ sở KCB, ví dụ: Tự đến; Thân nhân của người bệnh đưa đến...
- Vào khoa: Ghi tên khoa; Ghi thời điểm người bệnh được bác sỹ chỉ định vào điều trị nội trú hoặc điều trị nội trú ban ngày (gồm: Giờ, phút, ngày, tháng, năm) và tổng số ngày người bệnh điều trị tại khoa đó.
- Chuyển khoa: Ghi tên khoa; ngày giờ khoa tiếp nhận người bệnh vào khoa được chuyển đến (gồm: Giờ, phút, ngày, tháng, năm) và tổng số ngày người bệnh điều trị tại khoa được chuyển đến.
- Tổng số ngày điều trị: Ghi tổng số ngày điều trị thực tế của người bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong đợt điều trị.
- Nơi chuyển đi: Ghi tên cơ sở KB, CB nơi người bệnh được chuyển đi và mã cơ sở khám bệnh chữa bệnh.
- Ra viện: Ghi thời điểm người bệnh kết thúc điều trị nội trú, kết thúc điều trị ban ngày, kết thúc điều trị ngoại trú (gồm: Giờ, phút, ngày, tháng, năm) và đánh dấu nhân (x) vào các ô tương ứng.

Lưu ý:

- + Trường hợp khám bệnh thì ghi thời điểm kết thúc lần khám bệnh;
- + Trường hợp điều trị ngoại trú; điều trị ngoại trú các bệnh mạn tính dài ngày liên tục trong năm, có khám bệnh và lĩnh thuốc; nhận thuốc theo hẹn (không khám bệnh): Ghi ngày kết thúc của đợt KB, CB (là ngày cuối cùng sử dụng thuốc theo chỉ định của bác sỹ);
- + Trường hợp điều trị ngoại trú các bệnh mạn tính dài ngày liên tục trong năm, có khám bệnh, có thực hiện các dịch vụ kỹ thuật và/hoặc được sử dụng thuốc: Ghi thời điểm kết thúc của đợt KB, CB (Ví dụ: Trường hợp chạy thận nhân tạo thì ghi ngày cuối cùng của đợt chạy thận nhân tạo);
- + Trường hợp người bệnh được chuyển đến cơ sở KB, CB khác thì thời điểm người bệnh ra viện bằng thời điểm người bệnh được chuyển đi.

5. Chẩn đoán (Mục III)

- Chẩn đoán vào viện: Ghi chẩn đoán của cơ sở KB, CB ở thời điểm tiếp nhận người bệnh (Chẩn đoán sơ bộ).
- Chẩn đoán ra viện:
 - + Ghi đầy đủ chẩn đoán xác định bệnh chính, bệnh kèm theo và/hoặc các triệu chứng hoặc hội chứng, được bác sỹ ghi trong hồ sơ KBCB tại thời điểm kết thúc KB, CB đối với người bệnh.

Lưu ý: Đối với việc ghi chẩn đoán ra viện để phục vụ việc tạo lập giấy chứng nhận nghỉ việc hưởng bảo hiểm xã hội thì thực hiện theo hướng dẫn tại Thông tư số 18/2022/TT-BYT năm 2022 của Bộ Y tế hoặc các văn bản quy định hiện hành, trong đó:

- + Nội dung chẩn đoán phải mô tả cụ thể về tình trạng sức khỏe hoặc ghi tên bệnh hoặc mã bệnh.
- + Trường hợp mắc bệnh cần chữa trị dài ngày thì ghi mã bệnh; trường hợp chưa có mã bệnh thì ghi đầy đủ tên bệnh. Việc ghi mã bệnh và tên bệnh thực hiện theo quy định tại Thông tư số 46/2016/TT-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục bệnh dài ngày hoặc các văn bản quy định hiện hành.
- + Trường hợp điều trị dưỡng thai: Ghi rõ cụm từ “dưỡng thai”.
- Bệnh chính Ghi mã bệnh chính theo mã ICD-10 do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành (Quyết định số 4469/QĐ-BYT ngày 28 tháng 10 năm 2020 hoặc các văn bản quy định hiện hành).

Lưu ý: Cơ sở KB, CB xác định và chỉ ghi 01 mã bệnh chính theo quy định của Bộ Y tế.

– Mã bệnh kèm theo: Ghi mã các bệnh kèm theo (theo mã ICD-10 do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành kèm theo Quyết định số 4469/QĐ-BYT ngày 28 tháng 10 năm 2020 hoặc các văn bản quy định hiện hành) hoặc mã của triệu chứng, hội chứng.

Lưu ý:

- + Cơ sở KB, CB xác định triệu chứng hoặc bệnh kèm theo theo quy định của Bộ Y tế.
- + Trường hợp có nhiều mã thì được phân cách bằng dấu chấm phẩy “;”.
- + Cơ sở KB, CB chỉ được ghi tối đa 12 mã bệnh kèm theo.

– Tích dấu nhân (x) vào các ô tương ứng dưới mục Chẩn đoán ra viện (nếu có), gồm: Thủ thuật, phẫu thuật; kết quả Giải phẫu bệnh (lành tính, nghi ngờ, ác tính); ghi loại giải phẫu bệnh (nếu có).

6. Tình trạng ra viện (Mục IV): Tích dấu nhân (x) vào các ô tương ứng.

7. Tình hình tử vong (Mục V):

– Tử vong lúc: ghi chép thời gian tử vong tương ứng.

– Thời điểm tử vong: Tích dấu nhân (x) vào các ô tương ứng.

– Nguyên nhân chính gây tử vong: Xác định nguyên nhân tử vong và ghi chép theo hướng dẫn tại Quyết định số 1921/QĐ-BYT ngày 12/07/2022 của Bộ Y tế về hướng dẫn ghi phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong tại cơ sở khám chữa bệnh hoặc các văn bản quy định hiện hành.

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

– Ghi thông tin theo quy định tại các trường, đảm bảo nguyên tắc chính xác, tính đầy đủ, tuân thủ quy định, dễ đọc, dễ hiểu, thông tin cần thể hiện rõ thời gian và người ghi chép.

– Lưu ý: các trường thông tin “Bình thường” tương đương với “Chưa phát hiện bất thường” do đó y, bác sỹ vẫn phải tiếp tục theo dõi để có thể phát hiện và xử trí kịp thời trong trường hợp nội dung đánh giá chuyển sang trạng thái “Bất thường”.

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN