

# BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ THANH HÓA

## QUY TRÌNH KHÁM BỆNH, GHI CHÉP HỒ SƠ BỆNH ÁN NỘI TRÚ

**Mã số: QT.02.KHTH**

**Ngày ban hành: 01/10/2021**

**Lần ban hành: 01**

	Người viết	Người kiểm tra	Người phê duyệt
Họ và tên	Nguyễn Văn Thành	Trịnh Văn Lâm	Lê Tiến Toàn
Ký			
Chức danh	PTP. Kế Hoạch Tổng Hợp	Phó Giám Đốc	Giám Đốc

1. Người có liên quan phải nghiên cứu và thực hiện đúng các nội dung của quy định này.
2. Nội dung trong quy định này có hiệu lực thi hành như sự chỉ đạo của lãnh đạo bệnh viện.
3. Mỗi đơn vị được phát 01 bản (có đóng dấu kiểm soát). Các đơn vị khi có nhu cầu bổ sung thêm tài liệu, đề nghị liên hệ với phòng Kế hoạch tổng hợp.

**NƠI NHẬN** (ghi rõ nơi nhận rồi đánh dấu X ô bên cạnh)

1.	Giám đốc	X	
2.	Phó giám đốc	X	
3.	Các khoa phòng chức năng	X	
4.	Các đơn vị lâm sàng	X	
5.	Các đơn vị Cận lâm sàng	X	

**THEO DÕI TÌNH TRẠNG SỬA ĐỔI** (Tình trạng sửa đổi so với bản trước đó)

Trang	Hạng mục sửa đổi	Tóm tắt nội dung hạng mục sửa đổi

## I. MỤC ĐÍCH

Quy định Quy chế chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị.

## II. PHẠM VI ÁP DỤNG

Áp dụng đối với các bác sỹ, điều dưỡng trong các khoa lâm sàng.

## III. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

- Luật khám chữa bệnh số 40/2009/QH12 do Quốc hội Nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam ban hành ngày 04/12/2009;
- Quy chế bệnh viện ban hành kèm Quyết định số 1895/1997/BYT-QĐ ngày 19/9/1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
- Thông tư số 07/2011/TT-BYT ngày 26/01/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc hướng dẫn công tác điều dưỡng chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.

## IV. THUẬT NGỮ VÀ TỪ VIẾT TẮT

### a. Giải thích thuật ngữ:

- Hồ sơ bệnh án không đạt, lỗi: là các hồ sơ bệnh án không thực hiện theo quy chế chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị theo Quy chế bệnh viện.
- Các điểm không phù hợp là các nội dung, thực hiện không tuân thủ quy chế chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị theo Quy chế bệnh viện.

### b. Từ viết tắt:

HSBA: Hồ sơ bệnh án.

NB: Người bệnh.

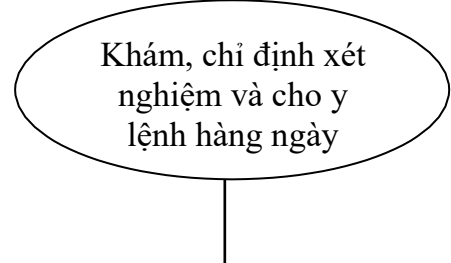
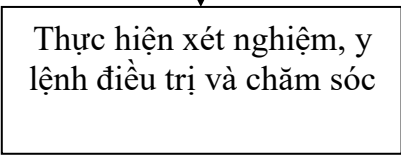
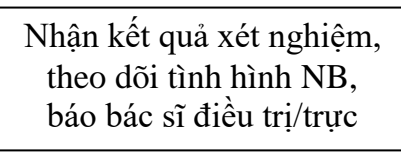
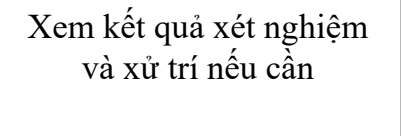
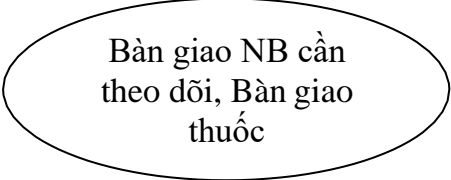
XN: Xét nghiệm

CLS: Cận lâm sàng

ĐD: Điều dưỡng

## V. NỘI DUNG QUY TRÌNH

### 5.1. Sơ đồ quy trình khám bệnh, ghi chép bệnh án hàng ngày (đối với bệnh nhân đang điều trị nội trú).

Trách nhiệm	Các bước thực hiện	Mô tả/ các biểu mẫu
Bác sĩ điều trị		5.1.1. Bác sĩ khám bệnh, chỉ định xét nghiệm và cho y lệnh điều trị theo Quy chế khám bệnh, kê đơn – Quy chế bệnh viện và phải được ghi chép đầy đủ vào <i>Tờ điều trị</i> (MS: 39/BV – 01) theo thứ tự thời gian và dán vào HSBA.
Điều dưỡng		5.1.2. Ghi chép việc thực hiện y lệnh điều trị và chăm sóc vào <i>Bảng theo dõi chăm sóc NB</i> (BM.03.KHTH.01) đối với Khoa Cấp cứu và ĐTTC hoặc vào <i>Sổ tổng hợp thuốc</i> (MS: 10 BV-01) và <i>Phiếu chăm sóc</i> (MS: 09/BV-01) đối với các khoa khác.
Điều dưỡng		5.1.3. Ký nhận kết quả XN vào <i>Sổ trả kết quả cận lâm sàng</i> (MS: 20/BV-01) - Ghi đầy đủ kết quả theo dõi NB vào <i>Bảng theo dõi chăm sóc NB</i> (BM.03.KHTH.01) đối với Khoa Cấp cứu và ĐTTC hoặc vào <i>Phiếu theo dõi chức năng sống</i> (MS: 10/BV-01) đối với các khoa khác. - Dán kết quả XN vào bệnh án sau khi bác sĩ xem xong.
Bác sĩ trực buồng/ điều dưỡng		5.1.4. Bác sĩ xem kết quả XN phải ghi ngày, giờ xem và ký tên vào tờ kết quả XN và xử trí ngay các trường hợp cấp cứu và ghi HSBA đầy đủ. Điều dưỡng thực hiện y lệnh bổ sung, ghi vào HSBA.
Bác sĩ trực buồng/Điều dưỡng		5.1.5. Cuối giờ trực, bác sĩ trực buồng khám lại các NB nặng và ghi bàn giao NB cần theo dõi vào <i>Sổ thường trực</i> (MS: 07/BV-01). Điều dưỡng ghi bàn giao NB, thuốc vào <i>Sổ bàn giao thuốc</i> (MS: 08/BV-01).

**5.1.1.** Bác sĩ điều trị khám, ghi nhận xét tình trạng người bệnh; chỉ định xét nghiệm và y lệnh bổ sung nếu cần; chỉ định xét nghiệm và y lệnh ngày kế tiếp theo trước 11h30' hàng ngày. Nếu có người bệnh mới nhập khoa, bác sĩ khám trong thời gian 30 phút.

**5.1.2.** Thực hiện xét nghiệm, y lệnh điều trị và chăm sóc

- Lấy mẫu theo chỉ định (ngày trước và bổ sung), gửi mẫu xét nghiệm trước 11h30, có Sổ giao nhận bệnh phẩm theo mẫu.
- Thực hiện y lệnh đã cho và y lệnh bổ sung;
- Sao chép y lệnh vào Sổ thuốc (biểu mẫu theo quy định);
- Thực hiện chăm sóc và ghi chép đầy đủ.

**5.1.3.** Điều dưỡng nhóm nhận kết quả xét nghiệm, theo dõi diễn biến người bệnh, báo Bác sĩ điều trị/trực buồng

- Tập hợp kết quả xét nghiệm, chuyển Bác sĩ điều trị/trực buồng xem;
- Theo dõi diễn biến người bệnh theo y lệnh, báo bác sĩ xử trí nếu cần.

**5.1.4.** Bác sĩ điều trị xem kết quả xét nghiệm, tình trạng người bệnh và xử trí nếu cần

- Khi kết quả xét nghiệm về, bác sĩ phải xem xét kết quả xét nghiệm và tình trạng người bệnh, xử trí nếu cần thiết, ghi rõ thời gian, ký và ghi rõ họ tên.
- Sau khi có y lệnh của bác sĩ, điều dưỡng tiến hành các bước theo quy định để thực hiện y lệnh; và dán kết quả xét nghiệm vào hồ sơ bệnh án.

**5.1.5.** Bàn giao người bệnh nặng, cần theo dõi

- 15h30 - 16h30 hàng ngày, bác sĩ điều trị/trực buồng khám những bệnh nhân nặng cần theo dõi và bàn giao cho bác sĩ trực, ghi bàn giao vào *Sổ thường trực (MS: 07/BV-01)*.
- Điều dưỡng bàn giao người bệnh, thuốc, xét nghiệm, .... cho điều dưỡng trực theo *Sổ bàn giao thuốc (MS: 08/BV-01)*.

## **5.2. Quy định nhiệm vụ cụ thể**

### **5.2.1. Quy định nhiệm vụ cụ thể của bác sĩ điều trị**

#### **5.2.1.1. Khám bệnh, chẩn đoán bệnh**

- Làm bệnh án cho người bệnh được điều trị nội trú và ngoại trú.
- Người bệnh cấp cứu phải được làm bệnh án ngay, hoàn chỉnh trước 24 giờ và có đủ các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, nhóm máu, sinh hóa máu (Glucose, creatinin, ure, Na, K, Cl), đường máu mao mạch, đông máu cơ bản, X-quang phổi, Điện tim, CRP... Người bệnh không thuộc diện cấp cứu phải hoàn chỉnh bệnh án trước 36h.
- Ghi đầy đủ các mục quy định trong hồ sơ bệnh án, chữ viết rõ ràng, không tẩy xóa, không tô lại, không ghi mực đen; họ tên người bệnh phải viết bằng chữ in hoa, có đánh dấu.

- Làm đầy đủ xét nghiệm, cận lâm sàng cần thiết. Khi kết quả xét nghiệm về, bác sĩ phải xem xét, xử trí, ghi rõ thời gian và ký tên.
- Có chẩn đoán sơ bộ ngay sau khi thăm khám vào khoa/24h đầu vào viện.
- Có chẩn đoán xác định trong 72 giờ đầu nhập viện. Trường hợp chưa có chẩn đoán xác định, bác sĩ phải ghi chẩn đoán 72 giờ. Khi có chẩn đoán mới phải ghi tóm tắt lập luận chẩn đoán vào hồ sơ bệnh án.
- Có hội chẩn theo quy chế; ghi đầy đủ vào bệnh án; trước khi hội chẩn, có tóm tắt diễn biến quá trình bệnh lý, kết quả xét nghiệm, điều trị.
- Khi ra viện, có chẩn đoán xác định, phân biệt bệnh chính và bệnh kèm theo; có đồng ý của trưởng khoa; ghi đúng và đủ thông tin
- Ghi mã ICD- 10 đầy đủ, phù hợp với chẩn đoán.

### 5.2.1.2. Điều trị

- Khám, đánh giá người bệnh hàng ngày phải đầy đủ các phần: Toàn trạng, tri giác, hô hấp, tuần hoàn, bụng - tiêu hóa,... (ghi rõ ngày, giờ khám; kí, ghi rõ họ tên của bác sĩ).
- Trong quá trình điều trị phải ghi bổ sung các diễn biến, phân cấp chăm sóc, chế độ dinh dưỡng và các chỉ định mới vào hồ sơ bệnh án; và phải tuân thủ trình tự thời gian; kết thúc kí, ghi rõ họ tên.
- Chỉ định dùng thuốc hàng ngày, tên thuốc ghi rõ ràng đúng danh pháp quy định, thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, kháng sinh phải được đánh số thứ tự theo ngày để theo dõi.
- Tuân thủ đầy đủ các quy định, quy chế về sử dụng thuốc và công tác dược lâm sàng; thực hiện thử phản ứng thuốc theo quy định.
- Biên bản hội chẩn thuốc dấu sao ghi đúng, đủ nội dung; thuốc hội chẩn phải phù hợp với chẩn đoán.
- Bác sĩ trưởng khoa có trách nhiệm thăm khám lại người bệnh nội trú 3-4 ngày/lần (hình thức hội chẩn). Kết quả thăm khám, nhận xét, và chỉ định (nếu có) phải được ghi vào tờ điều trị, kí và ghi rõ họ tên.
- Người bệnh điều trị phải có sơ kết điều trị 15 ngày/lần theo mẫu quy định, nội dung sơ kết phải đầy đủ và chính xác.
- Người bệnh chuyển khoa, bác sĩ điều trị phải có trách nhiệm khám, nhận xét tình trạng người bệnh, nêu rõ lý do chuyển và hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án trước khi bàn giao; bác sĩ điều trị tại khoa mới chịu trách nhiệm khám, ghi nhận xét đầy đủ tình trạng người bệnh ngay khi tiếp nhận, hoàn thiện hồ sơ bệnh án khi người bệnh ra viện.
- Khi bác sĩ điều trị cho người bệnh ra viện/chuyển viện phải có ý kiến đồng ý của trưởng khoa; có nhận xét đầy đủ tình trạng người bệnh và nêu rõ lý do; yêu cầu ghi đúng và đủ thông tin.
- Bệnh án tử vong phải có trích biên bản kiểm thảo tử vong, ghi đầy đủ tình hình tử vong và nguyên nhân chính tử vong.
- Bác sĩ điều trị tổng kết quá trình điều trị và hoàn thiện bệnh án theo quy chế chuyên môn, nội dung tổng kết đầy đủ và chính xác.

- Nếu người bệnh được điều trị tại nhiều khoa, khoa điều trị trước có trách nhiệm hoàn thiện HSBA, thể hiện bằng Bảng tự kiểm tra quy chế HSBA (BM.05.KHTH.01) có đủ chữ ký trước khi chuyển. Nếu trong HSBA còn có những điểm KPH, Khoa điều trị cuối (khoa cho NB ra viện) có trách nhiệm:
  - Bổ sung, hoàn chỉnh những điểm KPH nếu nội dung đó thuộc phạm vi của khoa điều trị cuối;
  - Thông báo cho các khoa điều trị trước bổ sung, hoàn chỉnh những điểm KPH nếu nội dung đó thuộc phạm vi của khoa điều trị trước.

### 5.2.2 Quy định cụ thể với điều dưỡng nhóm (D chăm sóc).

- Điều dưỡng có nhiệm vụ giúp bác sĩ điều trị suốt thời gian điều trị người bệnh.
- Cung cấp các chỉ số sinh tồn (tri giác, mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SPO2) và tình hình người bệnh ngay sau quá trình tiếp xúc, theo dõi.
- Chuẩn bị dụng cụ cần thiết cho yêu cầu khám bệnh, ghi phiếu theo dõi và phiếu chăm sóc.
- Dán xét nghiệm về vào bệnh án sau khi bác sĩ điều trị đã xem và xử trí.

### 5.2.3 Quy định cụ thể cho điều dưỡng hành chính khoa:

#### 5.2.3.1. Sắp xếp và dán hồ sơ bệnh án

Y tá (điều dưỡng) hành chính khoa có nhiệm vụ:

- Sắp xếp, hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án.
- Bệnh án phải có bìa, gáy để dán các tài liệu theo trình tự quy định:
  - Các giấy tờ hành chính.
  - Các tài liệu của tuyến trước (nếu có).
  - Các kết quả xét nghiệm xếp lệch nhau từng lớp: Huyết học, hoá sinh, vi sinh, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh, ... theo thứ tự trước dưới - sau trên.
  - Phiếu theo dõi.
  - Phiếu chăm sóc.
  - Biên bản hội chẩn, sơ kết đợt điều trị, giấy cam đoan (nếu có).
  - Các tờ điều trị có đánh số trang dán theo thứ tự thời gian; họ tên người bệnh viết chữ in hoa, có đánh dấu; tờ điều trị có ghi số giường, số buồng bệnh.
- Các giấy tờ trên phải đóng dấu giáp lai từng trang để đảm bảo Khoa điều trị kiểm soát được hồ sơ bệnh án của người bệnh (sử dụng con dấu của Khoa điều trị cho người bệnh ra viện).
- Toàn bộ BA được đặt trong một cặp bìa cứng, bên ngoài có in số giường.

#### 5.2.3.2. Quản lý hồ sơ bệnh án

Y tá (điều dưỡng) hành chính khoa điều trị có nhiệm vụ:

- Giữ gìn quản lý mọi hồ sơ bệnh án trong khoa.

- Hồ sơ bệnh án được để vào giá hoặc tủ theo quy định, dễ thấy, dễ lấy.
- Hết giờ làm việc phải kiểm tra lại hồ sơ bệnh án và bàn giao cho y tá (điều dưỡng) thường trực.

**Lưu ý:**

- Các nội dung quy định trên đây được hoàn thành có trình tự trong quá trình điều trị.
- Các phần thông tin ra viện, tình trạng ra viện, mã bệnh, số phim và xét nghiệm chỉ được hoàn tất tại khoa điều trị cuối cùng của người bệnh, trước khi trả về phòng Kế hoạch tổng hợp.
- Biểu mẫu sử dụng trong Quy trình này được quy định tại phụ lục của Quy chế HSBA và các Quy định khác do Bộ y tế ban hành và hướng dẫn thực hiện.

**VI. HỒ SƠ**

STT	Tên biểu mẫu	Nơi lưu giữ	Thời gian
1	Sổ bàn giao hồ sơ bệnh án	Khoa điều trị	03 năm
2	HSBA ra viện thường	Phòng KHTH	10 năm
3	HSBA tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt	Phòng KHTH	15 năm
4	HSBA tử vong	Phòng KHTH	20 năm