

KHOA:

Mã KCB:

BẢNG TỰ KIỂM TRA QUY CHẾ HỒ SƠ BỆNH ÁN

Họ tên người bệnh:.....Ngày vào:.....Ngày ra:.....

Bác sỹ điều trị:.....

(Tích dấu V vào mục tương ứng nếu thấy đạt, dấu X nếu thấy không đạt):

STT	Nội dung kiểm tra	Đạt/ Không đạt	Ghi chú
I	Thủ tục hành chính		
1	Họ tên người bệnh viết in hoa có dấu		
2	Ghi đầy đủ các mục; chữ viết rõ ràng, dễ đọc, không sửa chữa, tẩy xóa; HSBA không bị rách		
3	Các loại giấy tờ, kết quả CLS sắp xếp đúng nhóm, lệch nhau từng lớp và đúng trình tự thời gian trước dưới – sau trên		
4	Ghi mã ICD phải đầy đủ và phù hợp với chẩn đoán		
5	Đầy đủ chữ ký, ghi rõ họ tên của bác sỹ, KTV, điều dưỡng		
6	Hoàn chỉnh BA trước 24 giờ (cấp cứu), 36 giờ (không cấp cứu), khi ra viện và trả về P. KHTH đúng thời gian quy định.		
II	Chất lượng chẩn đoán		
1	Hỏi bệnh sử, tiền sử chi tiết; khám người bệnh toàn diện; ghi bệnh án đầy đủ		
2	Làm đủ các xét nghiệm, CLS cần thiết		
3	Kết quả CLS được bác sỹ xem, xử trí; ghi rõ thời gian; kí họ tên		
4	Có chẩn đoán sơ bộ khi thăm khám vào khoa/trong 24 giờ đầu		
5	Có chẩn đoán xác định trong 72 giờ đầu		
6	Thay đổi chẩn đoán có lập luận, cập nhập vào tờ điều trị		
7	Có hội chẩn theo quy chế; ghi đầy đủ vào bệnh án		
8	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		
III	Chất lượng điều trị		
1	Ghi diễn biến người bệnh hàng ngày theo trình tự thời gian (giờ, ngày); kí, ghi rõ họ tên; người bệnh nặng ghi diễn biến theo giờ		
2	Y lệnh điều trị hàng ngày phù hợp với chẩn đoán và diễn biến bệnh		
3	Kết quả XN, CLS được bác sỹ điều trị xem, ký xác nhận và ghi lại các kết quả bất thường vào cột diễn biến của tờ điều trị.		
4	Chỉ định thuốc an toàn, hợp lý, tiết kiệm và hiệu quả; đúng quy định		
5	Tên thuốc ghi đúng danh pháp quy định. Thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, kháng sinh phải được đánh số thứ tự		
6	Thực hiện quy chế sử dụng thuốc và dược lâm sàng: Thử phản ứng		

7	Biên bản hội chẩn thuốc ghi đúng, đủ nội dung; thuốc hội chẩn phải phù hợp với chẩn đoán		
8	Trưởng khoa có trách nhiệm thăm khám lại người bệnh nội trú 3-4 ngày/lần. Kết quả thăm khám, nhận xét, và chỉ định (nếu có) phải được ghi vào tờ điều trị, kí và ghi rõ họ tên.		
9	Sơ kết điều trị 15 ngày một lần, nội dung sơ kết ghi đúng và đủ		
10	Có tổng kết quá trình điều trị ngay khi người bệnh ra viện		
11	Bệnh án tử vong phải có Bản trích biên bản kiểm thảo tử vong		
IV	Chất lượng chăm sóc, điều dưỡng		
1	Phiếu chăm sóc điều dưỡng ghi đầy đủ mục; thời gian; kê ngang hết ngày; ký và ghi rõ họ tên		
2	Phiếu theo dõi ghi đầy đủ các mục: mạch (đỏ), nhiệt độ (xanh), Huyết áp, BMI, nhịp thở, nước tiểu...		
3	Phiếu truyền dịch: ghi giờ bắt đầu – kết thúc, tốc độ, liều lượng, số lô, Bác sỹ chỉ định, Điều dưỡng thực hiện; Kê ngang hết ngày		
4	Phiếu truyền máu ghi đầy đủ các mục theo quy định an toàn truyền máu		
5	Phiếu thử phản ứng ghi đầy đủ thông tin, ghi rõ bằng chữ (âm tính, dương tính), ký, họ tên của Điều dưỡng thực hiện và bác sỹ chỉ định, đọc kết quả		
6	Phiếu công khai thuốc: Ghi đầy đủ thông tin, ghi rõ tên thuốc, đơn vị tính, số lượng sử dụng hàng ngày, có chữ ký nhận của người bệnh		
7	Bảng theo dõi sử dụng giường bệnh: ghi đầy đủ thông tin, kê khai rõ ngày giường người bệnh được hưởng, ngày nằm ghép; Có ký và ghi rõ họ tên của người bệnh, người lập bảng kê, điều dưỡng trưởng, Trưởng khoa điều trị.		
8	Bảng kê chi phí KCB: Đầy đủ thông tin, chữ ký (đặc biệt chữ ký người bệnh)		
9	Thực hiện công tác điều dưỡng theo quy định		

Ngày....tháng....năm 20...

Điều dưỡng

Trưởng khoa

.....

.....