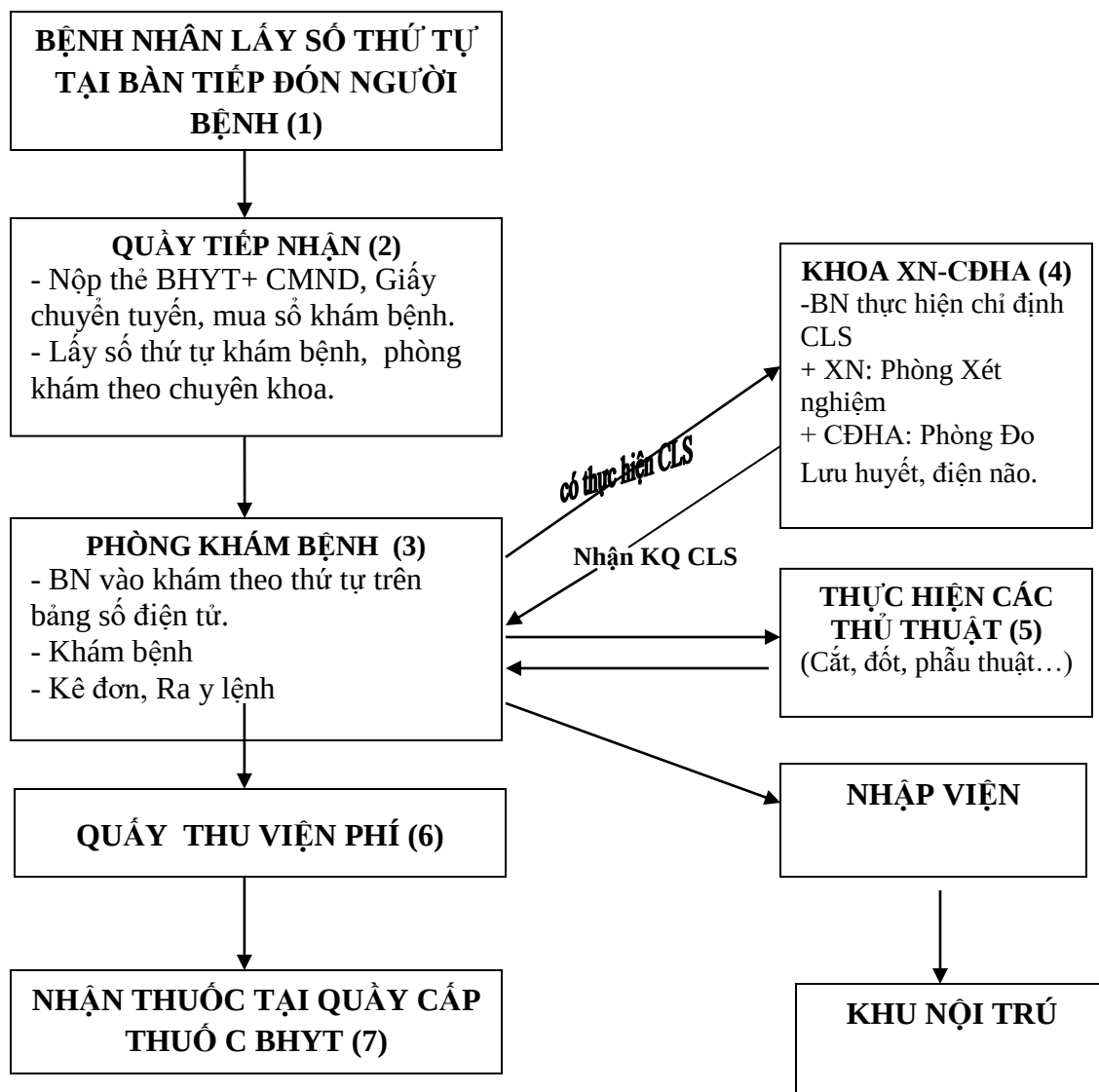


QUY TRÌNH KHÁM CHỮA BỆNH CHO BỆNH NHÂN CÓ THẺ BHYT (PHẢI CÓ GIẤY CHUYỂN TUYẾN)

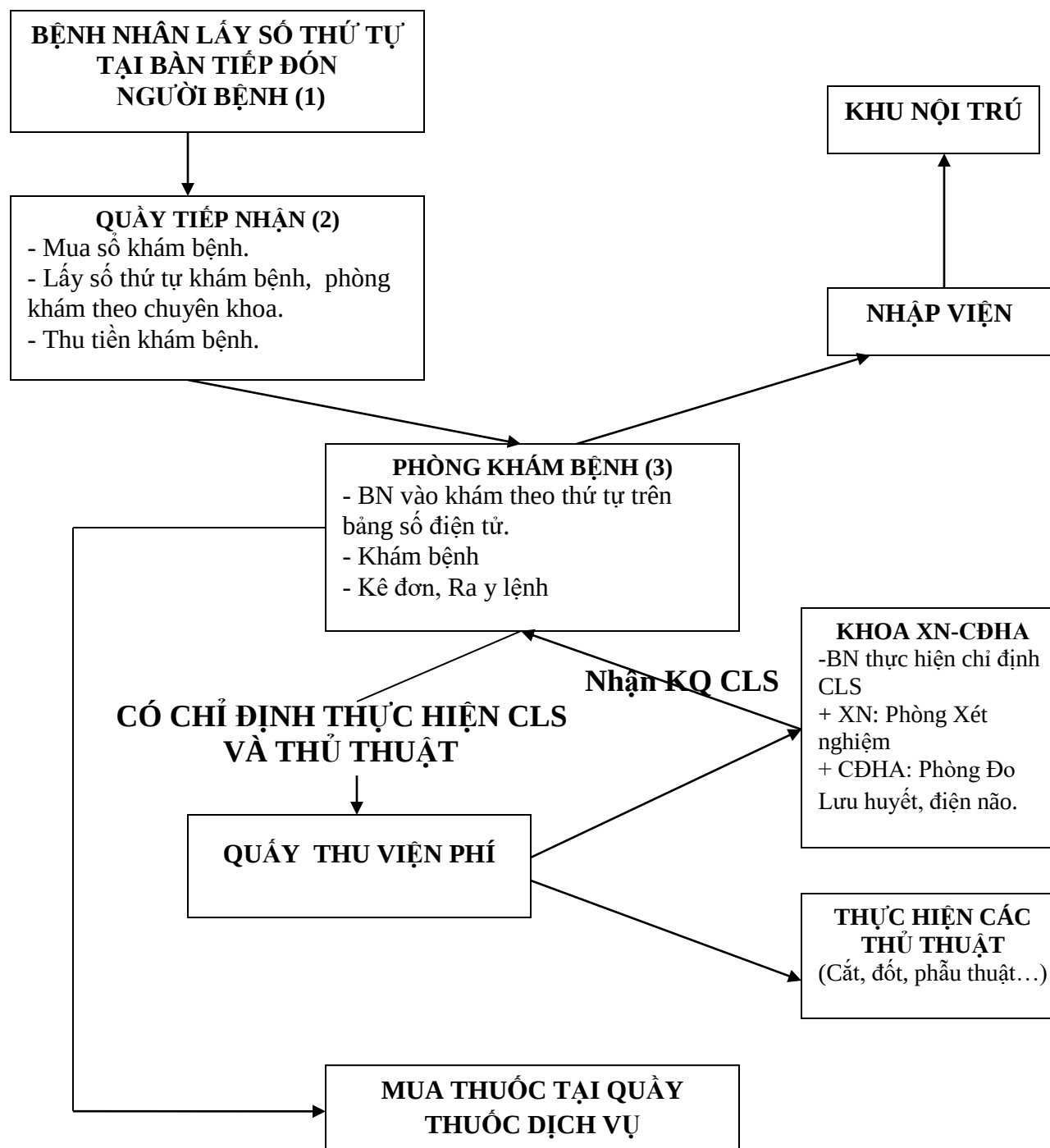


Lời dặn BN khám BHYT:

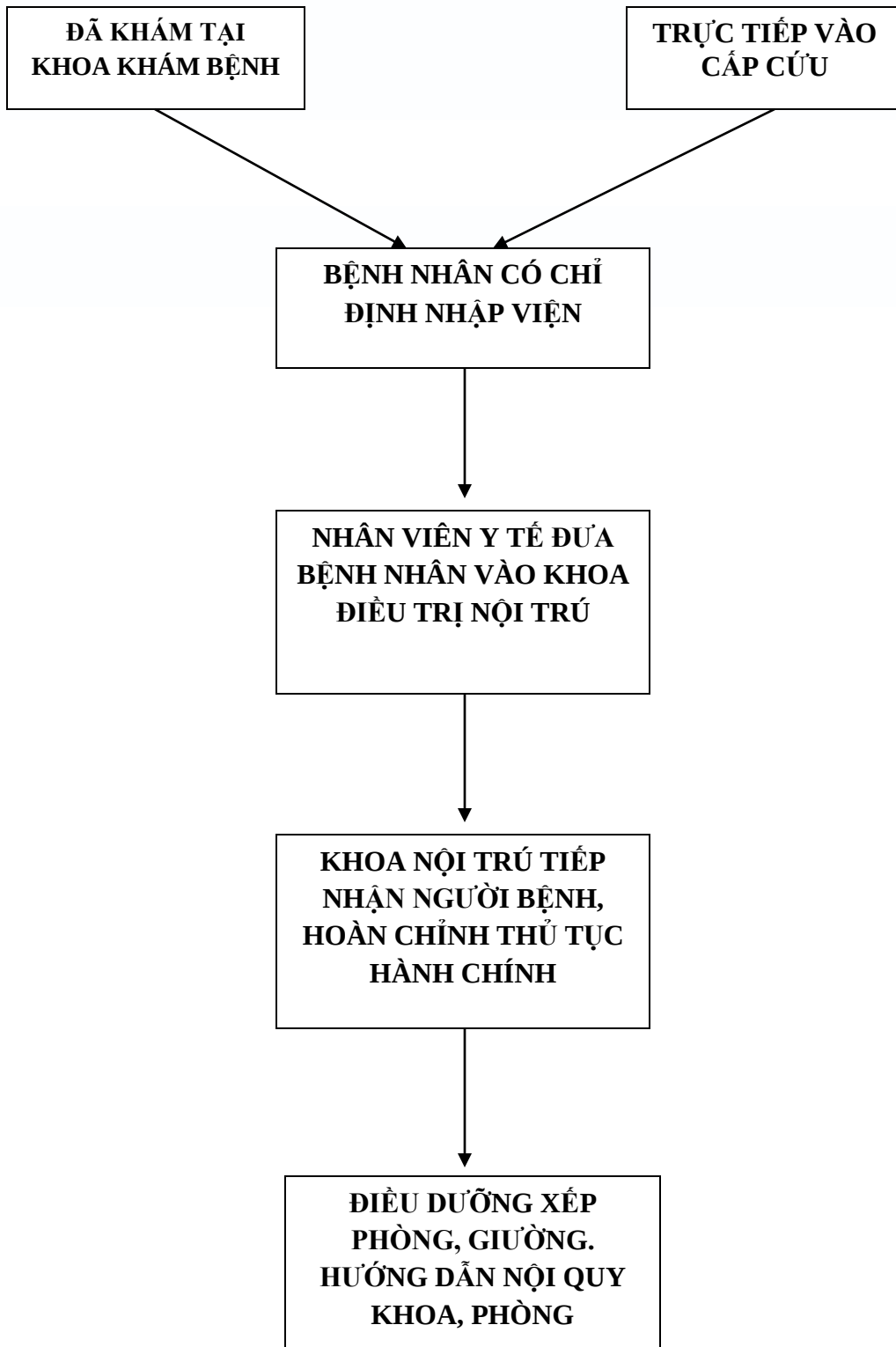
1. Mỗi lần khám bệnh phải xuất trình thẻ BHYT+CMND+ Giấy chuyển tuyến.
2. Giấy chuyển tuyến
 - Lần 1: Sử dụng bản chính (có giá trị trong 10 ngày làm việc)

- Lần 2: Sử dụng bản photo(BN photo giữ lại để sử dụng khi tái khám- Photo tại bàn tiếp sức người bệnh)
- 3. Tái khám phải đúng ngày hẹn trên giấy hẹn tái khám (không trễ quá 10 ngày làm việc, nếu trễ phải xin giấy chuyển tuyến mới).

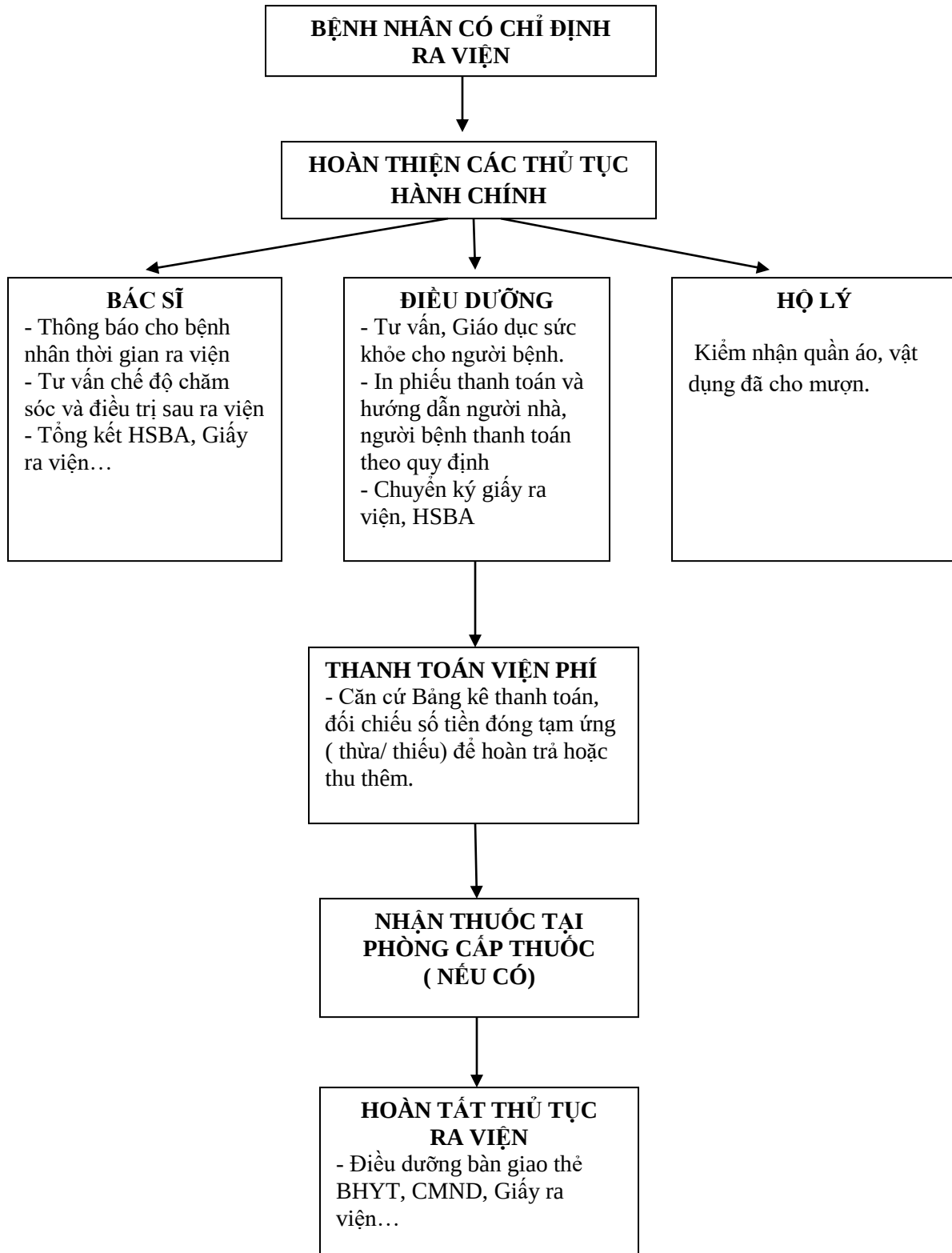
QUY TRÌNH KHÁM CHỮA BỆNH CHO BỆNH NHÂN KHÔNG CÓ THẺ BHYT



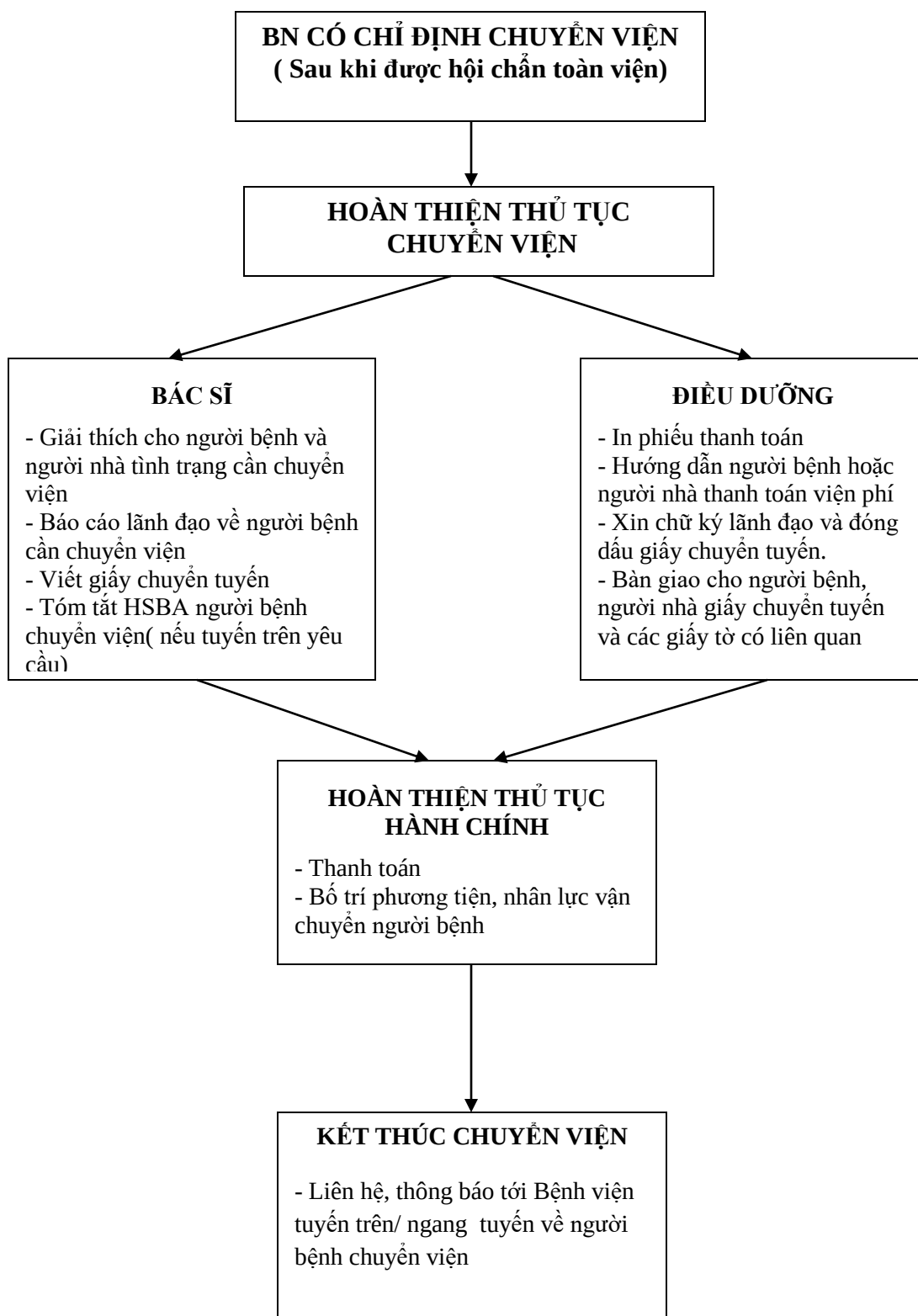
QUY TRÌNH NHẬP VIỆN



QUY TRÌNH RA VIỆN



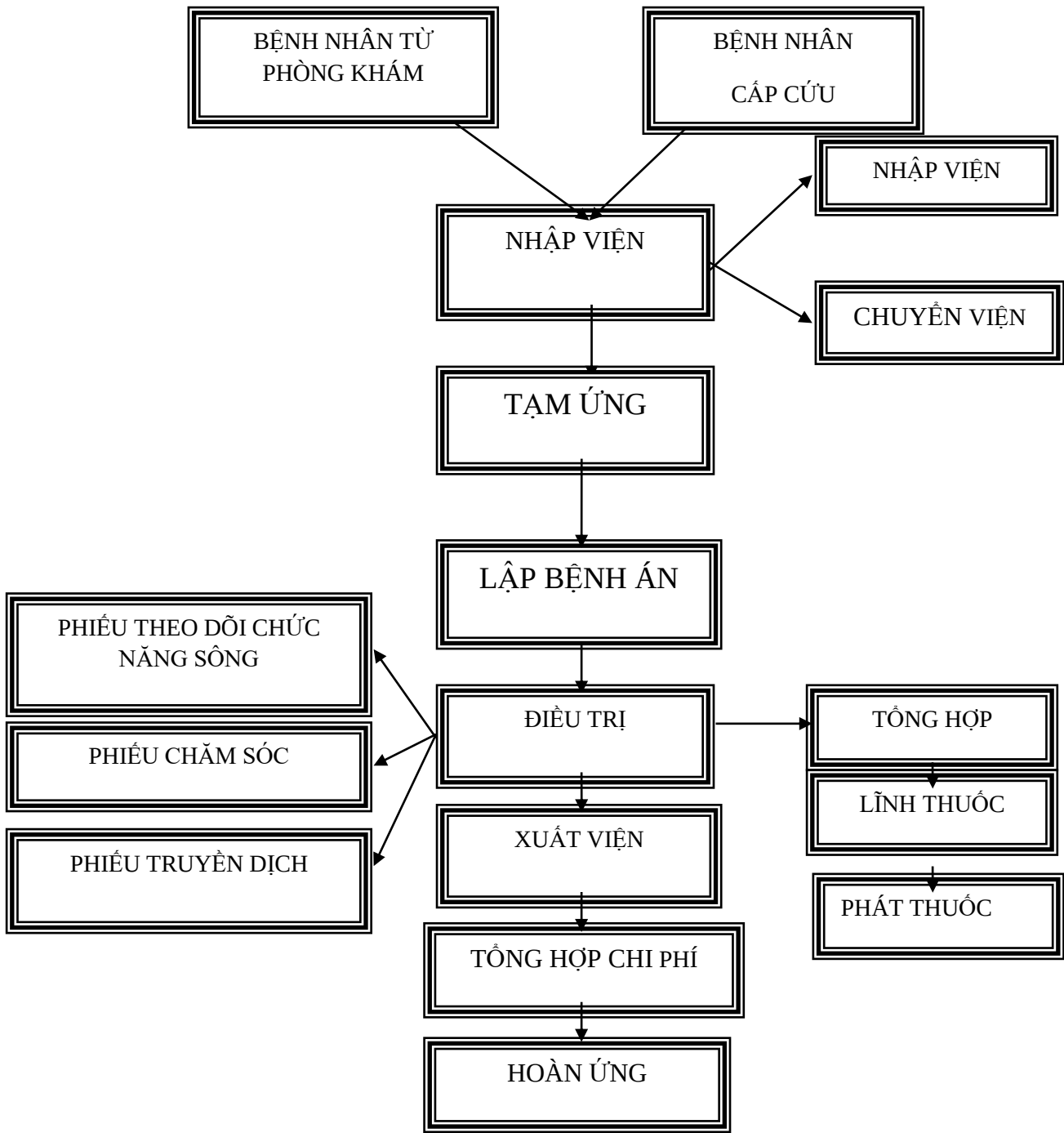
QUY TRÌNH CHUYỂN VIỆN



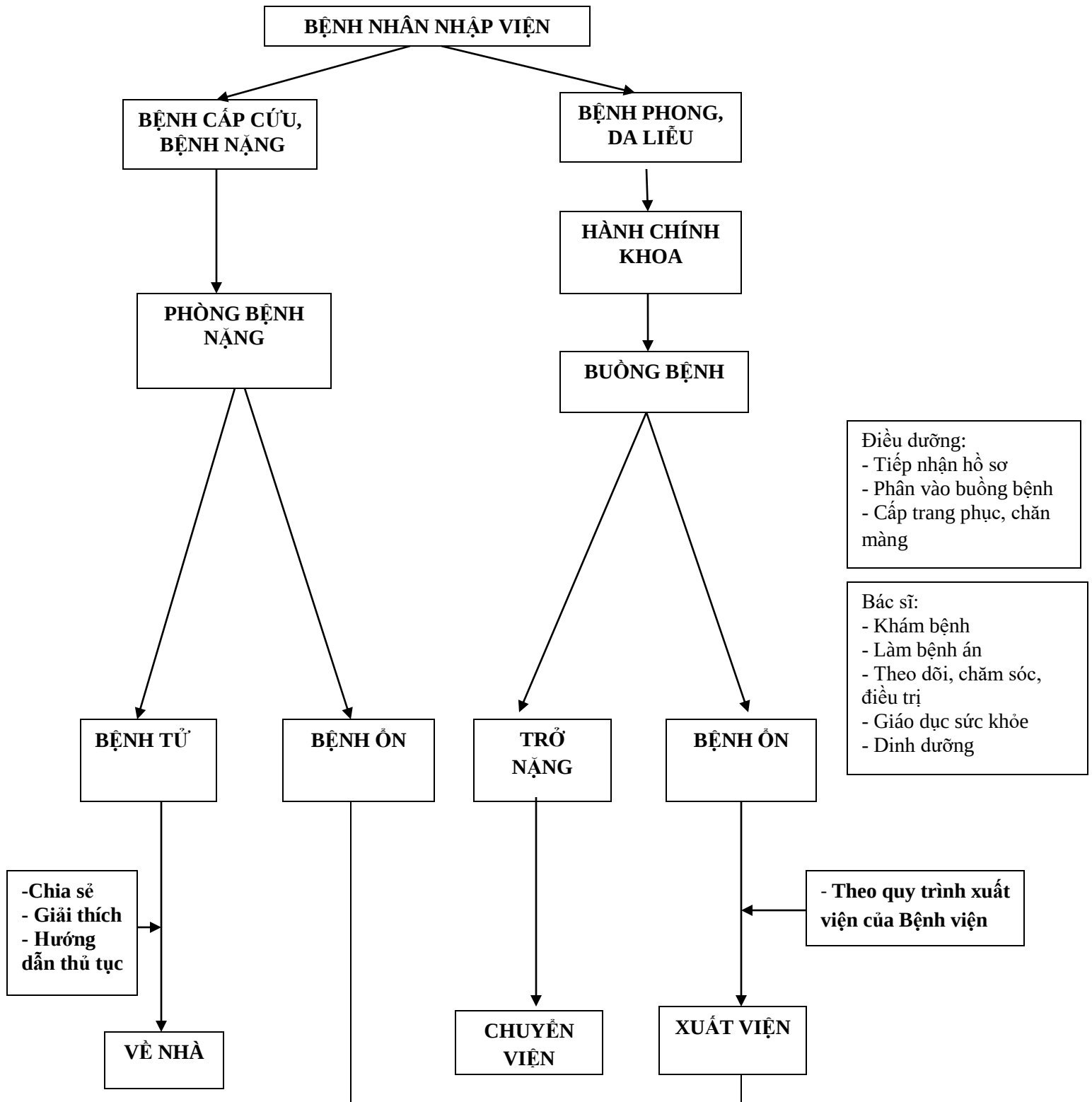
QUY TRÌNH LÀM VIỆC CỦA KHOA KHÁM BỆNH



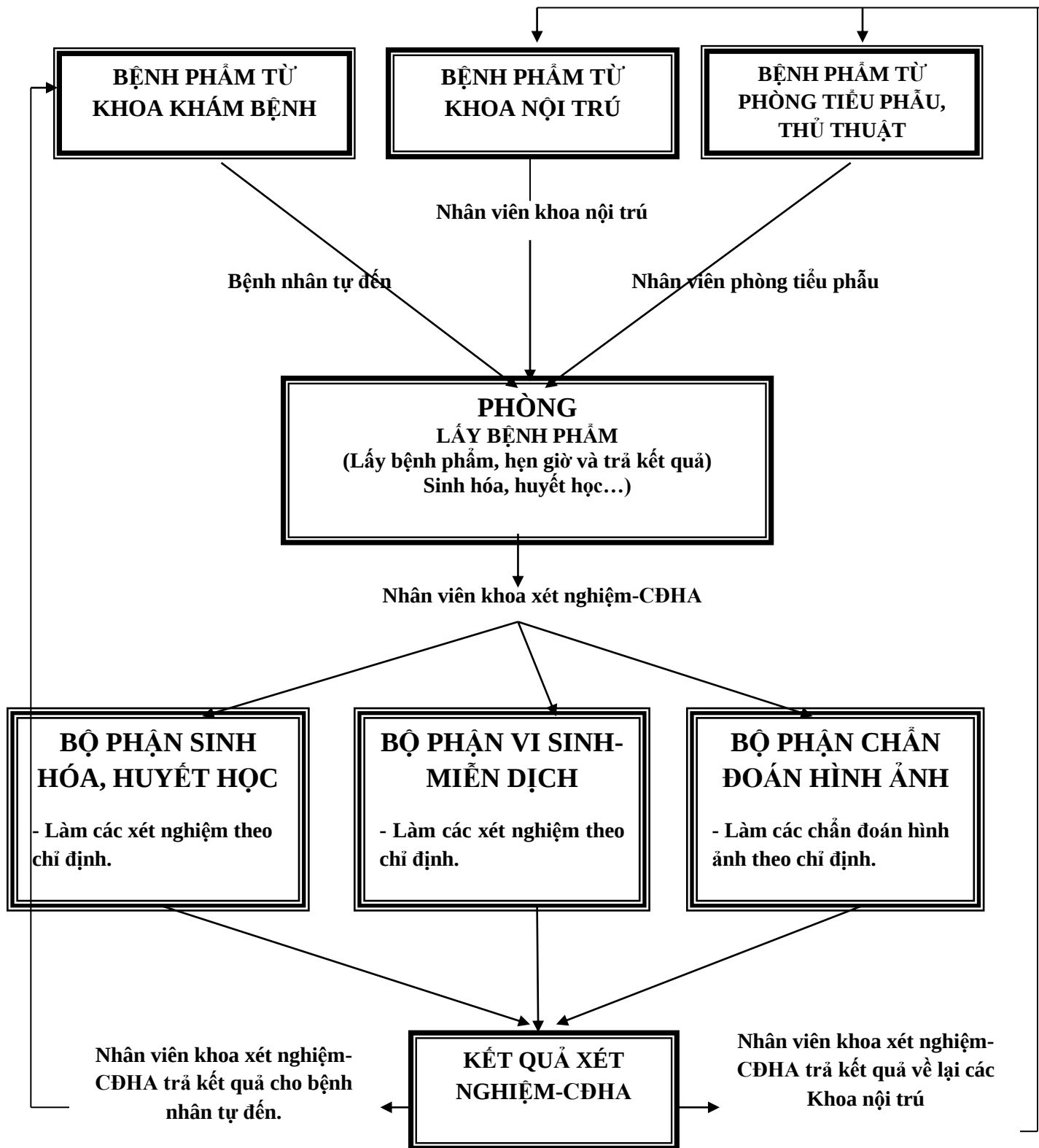
QUY TRÌNH LÀM VIỆC CỦA KHOA TÂM THẦN



QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ CỦA KHOA DA LIỄU



QUY TRÌNH LÀM VIỆC CỦA KHOA XÉT NGHIỆM-CDHA.



GHI CHÚ:

*** Mẫu bệnh phẩm BH (Bacilli de Hansen):**

- Nhận bệnh phẩm từ 7 giờ 15 phút đến 10 giờ 45 phút và từ 13 giờ 45 phút đến 16 giờ 15 phút từ thứ 2 đến thứ 6 của ngày làm việc.

- Trả kết quả sau 2 giờ từ khi nhận bệnh phẩm.

*** Mẫu xét nghiệm sinh hóa, huyết học, vi sinh, miễn dịch:**

- Nhận và trả kết quả theo Quy định số 03/QĐi-BVCKDLTT ngày 10/01/2019 của Giám Đốc bệnh viện.

- Riêng bệnh nhân cấp cứu làm theo yêu cầu và trả kết quả sau khi làm xong.

QUY ĐỊNH LƯU TRỮ HỒ SƠ BỆNH ÁN

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Hồ sơ bệnh án là tài liệu quan trọng phải được giữ gìn, bảo quản tốt theo đúng quy định của pháp luật về lưu trữ.
2. Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú, chuyển viện và tử vong phải được hoàn chỉnh các thủ tục hành chính theo quy chế vào viện chuyển khoa chuyển viện ra viện sau đó chuyển đến phòng kế hoạch tổng hợp lưu trữ theo quy định.
3. Việc khai thác sử dụng hồ sơ bệnh án phải theo đúng quy định.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. Lưu trữ hồ sơ bệnh án:

a. Đăng ký lưu trữ:

- Người bệnh ra viện trong 24 giờ, khoa phải hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án theo quy chế, chuyển đến phòng kế hoạch.
- Phòng kế hoạch kiểm tra việc thực hiện quy chế hồ sơ bệnh án của khoa trình giám đốc ký duyệt và chuyển lưu trữ.
- Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú lưu trữ ít nhất 10 năm.
- Hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong lưu trữ ít nhất 20 năm.

b. Giữ gìn bảo quản hồ sơ bệnh án:

- Ghi đầy đủ các thông tin quy định vào sổ lưu trữ.
- Hồ sơ bệnh án được để vào tủ hoặc trên giá, có biện pháp: chống ẩm, phòng cháy, chống dãn, chống chuột, chống mối và các côn trùng khác.
- Các hồ sơ bệnh án được đánh số thứ tự theo thời gian xuất viện nhằm bảo quản lưu trữ và cung cấp tài liệu nhanh chóng thuận tiện.

c. Hồ sơ người bệnh tử vong:

- Hồ sơ người bệnh tử vong phải được bảo quản chặt chẽ, lưu trữ tủ riêng, theo thứ tự từng năm.

2. Sử dụng hồ sơ bệnh án đã lưu trữ:

a. Bác sĩ trong bệnh viện cần mượn hồ sơ bệnh án để giảng dạy, học tập, nghiên cứu khoa học phải có giấy đề nghị rõ mục đích, thông qua trưởng phòng kế hoạch và chỉ được đọc tại chỗ. Đối với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong, ngoài các thủ tục trên phải được giám đốc bệnh viện ký duyệt.

b. Phòng kế hoạch phải có sổ theo dõi người đến mượn hồ sơ bệnh án và lưu trữ các giấy đề nghị.

c. Người mượn hồ sơ bệnh án không được tiết lộ nghề nghiệp chuyên môn.

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

a. Phải có giấy giới thiệu hoặc công văn đề nghị ghi rõ mục đích sử dụng hồ sơ bệnh án.

b. Căn cứ giấy giới thiệu hoặc công văn yêu cầu, trưởng phòng kế hoạch báo cáo giám đốc ký duyệt mới được phép đưa hồ sơ bệnh án cho mượn đọc hay sao chụp tại chỗ.

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

QUY ĐỊNH VỀ HỘI CHẨN BỆNH VIỆN

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Hội chẩn là hình thức tập trung tài năng trí tuệ của thầy thuốc để cứu chữa người bệnh kịp thời trong những trường hợp:

a. Khó chẩn đoán và điều trị.

b. Tiên lượng dè dặt.

c. Cấp cứu.

2. Hội chẩn phải được chuẩn bị chu đáo và đảm bảo các thủ tục quy định.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. Khi cần hội chẩn:

a. Các trường hợp khó chẩn đoán xác định nguyên nhân bệnh, người bệnh nặng.

b. Các trường hợp người bệnh cấp cứu.

c. Các trường hợp người bệnh đã được chẩn đoán xác định, sau 3 ngày điều trị trong khoa không biến chuyển bác sĩ điều trị có trách nhiệm mời bác sĩ trưởng khoa thăm lại người bệnh và cho ý kiến hướng dẫn điều trị tiếp.

2. Hình thức hội chẩn:

a. Hội chẩn khoa:

- Người đề xuất: Bác sĩ điều trị người bệnh.

- Người chủ trì: Bác sĩ trưởng khoa.

- Thành phần dự: Các bác sĩ điều trị trong khoa, Điều dưỡng hành chính.

- Thư ký: Do trưởng khoa chỉ định.

- Tiến hành trong trường hợp: Khi việc chẩn đoán xác định nguyên nhân bệnh chưa được rõ ràng, tiên lượng còn dè dặt.

b. Hội chẩn liên khoa:

- Người đề xuất: Bác sĩ điều trị người bệnh đề nghị và trưởng khoa đồng ý.

- Người chủ trì: Bác sĩ trưởng khoa có người bệnh.

- Thành phần dự:

+ Các bác sĩ điều trị, điều dưỡng hành chính.

+ Bác sĩ trưởng khoa có liên quan và Bác sĩ chuyên khoa khác.

- Thư ký: Do trưởng khoa có người bệnh chỉ định.
- Tiến hành trong trường hợp: Người bệnh mắc thêm một bệnh thuộc chuyên khoa khác.

c. Hội chẩn toàn bệnh viện:

- Người đề xuất: Bác sĩ trưởng khoa có người bệnh.
- Người chủ trì: Giám đốc bệnh viện.
- Thành phần dự: Các bác sĩ trưởng khoa, phó trưởng khoa, điều dưỡng trưởng khoa có liên quan.
- Thư ký: Trưởng phòng kế hoạch tài chính.
- Tiến hành trong trường hợp: Người bệnh mắc bệnh nặng, khó chẩn đoán và điều trị chưa có hiệu quả.

d. Hội chẩn liên bệnh viện:

- Người đề xuất: Bác sĩ trưởng khoa có người bệnh đề nghị, giám đốc bệnh viện đồng ý.
- Người chủ trì: Giám đốc bệnh viện.
- Thành phần dự:
 - + Các bác sĩ trưởng khoa, phó trưởng khoa, bác sĩ có người bệnh và điều dưỡng trưởng khoa có người bệnh.
 - + Các Bác sĩ của các bệnh viện được mời Hội chẩn
- Thư ký: Trưởng phòng kế hoạch tổng hợp.
- Tiến hành trong trường hợp: Người bệnh mắc bệnh nặng cần ý kiến của chuyên khoa sâu, vượt khả năng điều trị.

3. Trình tự và nội dung hội chẩn:

a. Bác sĩ điều trị có trách nhiệm:

- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, các kết quả cận lâm sàng, các phương tiện thăm khám người bệnh.
- Chuẩn bị người bệnh, thông báo thời gian và nội dung hội chẩn. Tùy tình trạng người bệnh mà tổ chức hội chẩn tại giường hoặc tại buồng riêng cho phù hợp.

b. Người được mời tham gia hội chẩn phải có trình độ chuyên môn tốt, có tinh thần trách nhiệm, trường hợp mời đích danh mà không tham gia được phải cử người có

trình độ tương đương đi thay; phải được nghiên cứu hồ sơ bệnh án và thăm khám người bệnh trước.

c. Người chủ trì hội chẩn có trách nhiệm:

- Giới thiệu thành phần người tham dự, báo cáo tóm tắt quá trình điều trị, chăm sóc và yêu cầu hội chẩn.
- Kết luận rõ ràng từng vấn đề để ghi vào biên bản. Khi kết thúc phải đọc lại thông qua biên bản hội chẩn và từng thành viên ký, ghi rõ họ tên và chức danh.

d. Thư ký có trách nhiệm:

- Ghi chép đầy đủ các ý kiến của từng người vào sổ biên bản.
- Căn cứ vào kết luận ghi trong sổ biên bản hội chẩn, trích lập phiếu “biên bản hội chẩn” đính vào hồ sơ bệnh án; phiếu biên bản hội chẩn này do thư ký và người chủ trì ký, ghi rõ họ tên và chức danh.

e. Trường hợp có ý kiến chưa thống nhất thư ký phải ghi lại và báo cáo giám đốc bệnh viện giải quyết.

g. Hội chẩn cấp cứu phải được thực hiện ngay trong giờ hành chính cũng như trong phiên thường trực, tùy tình trạng bệnh mà có hình thức hội chẩn thích hợp.

QUY ĐỊNH BUỒNG BỆNH

1. Thực hiện tốt trách nhiệm và nghĩa vụ của người bệnh, gia đình đối với Bệnh viện.
2. Hợp tác với Bệnh viện thực hiện:
 - Vật dụng, đồ dùng cá nhân sắp xếp gọn gàng, ngăn nắp.
 - Không phơi khăn, treo quần áo trong khoa phòng mà phải phơi đúng nơi qui định, không được phơi trước Bệnh viện, dọc hành lang hay trong vườn hoa.
 - Không sạc điện thoại trong khoa – phòng.
 - Không đun nấu trong phòng bệnh và trong khu vực bệnh viện
 - Tất cả các loại rác phải bỏ vào thùng rác công cộng.
3. Nêu cao ý thức bảo vệ của công, không làm hư hao mất mát tài sản của Bệnh viện, giữ sạch đẹp vườn hoa và cây cảnh. Nếu hư hao, mất mát tài sản của Bệnh viện thì phải bồi thường.
4. Người bệnh điều trị nội trú phải mặc quần áo do khoa phòng cấp phát, không được tự ý thay đổi giường bệnh, phòng bệnh, không mặc quần áo bệnh nhân tự ý ra khỏi bệnh viện khi chưa có sự đồng ý của Bác sĩ điều trị.
5. Thực hiện đúng các y lệnh và hướng dẫn của thầy thuốc.
6. Không giải quyết ra viện vào ngày nghỉ, ngày lễ, ngoài giờ hành chính trừ trường hợp đặc biệt.
7. Thân nhân đến thăm một trong các giờ sau:
Sáng từ: 5g00 – 6g45. Trưa từ: 10g00 – 13g00. Chiều và tối: 16g00 – 21g00
Riêng thân nhân trực tiếp nuôi người bệnh vui lòng ra khỏi phòng trong thời gian Bác sĩ khám bệnh .
8. Xây dựng mối đoàn kết với mọi người xung quanh truyền thông và hướng dẫn, giúp đỡ lẫn nhau để thực hiện tốt nội qui nêu trên.
9. Không nên to tiếng làm mất trật tự làm ảnh hưởng đến mọi người xung quanh.
10. Tất cả vướng mắc xin gặp Trường khoa hoặc hành chính khoa tại khu vực tiếp đón để được giải quyết.

QUY ĐỊNH CỨU CHỮA NGAY CHO NGƯỜI BỆNH CẤP CỨU TRONG TRƯỜNG HỢP KHÔNG KỊP ĐÓNG VIỆN PHÍ HOẶC KHÔNG CÓ NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH ĐI KÈM.

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Người bệnh không có người nhận là những người đang ở trong tình trạng cấp cứu, bị tai nạn, bị bệnh tâm thần và trẻ sơ sinh bị bỏ rơi tại bệnh viện mà khi vào viện không có giấy tờ tùy thân, không có địa chỉ, không có người thân, cô đơn không nơi nương tựa hoặc bị bỏ rơi.

2. Bệnh viện phải tạo mọi điều kiện tiếp đón, chăm sóc, cứu chữa đến cùng, không phân biệt đối xử, không đùn đẩy người bệnh.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. Người bệnh cấp cứu, bị tai nạn, trẻ sơ sinh bị bỏ rơi không thuộc phạm vi chuyên môn của Bệnh viện không kịp đóng viện phí hoặc không có người nhận:

- Bác sĩ có nhiệm vụ:

+ Tổ chức việc cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh kịp thời, đúng quy định cho người bệnh.

+ Xử trí cấp cứu ban đầu rồi mời tuyến trên hỗ trợ hoặc chuyển người bệnh đến bệnh viện gần nhất.

- Điều dưỡng tiếp đón có trách nhiệm kiểm kê tài sản của người bệnh và cùng với người chuyển người bệnh đến bệnh viện lập biên bản kiểm kê có sự xác nhận của người thứ ba, sau đó báo cáo trưởng khoa, Chuẩn bị các dụng cụ, phương tiện và thuốc cấp cứu để chuyển người bệnh đến Bệnh viện gần nhất.

1. Người bệnh cấp cứu và người bệnh tâm thần(thuộc phạm vi chuyên môn của Bệnh viện) không kịp đóng viện phí hoặc không có người nhận:

a. Bác sĩ có nhiệm vụ:

- Tiếp nhận, thăm khám, làm hồ sơ bệnh án, điều trị, chăm sóc theo tình trạng bệnh.

- Thông báo cho phòng kế hoạch tài chính, phòng hành chính quản trị và báo cáo giám đốc bệnh viện xin cấp tiền thuốc, tiền ăn hàng ngày.

b. Điều dưỡng tiếp đón có trách nhiệm kiểm kê tài sản của người bệnh và cùng với người chuyển người bệnh đến bệnh viện lập biên bản kiểm kê có sự xác nhận của người thứ ba, sau đó báo cáo trưởng khoa.

c. Phòng hành chính quản trị có nhiệm vụ:

- Lập hồ sơ bệnh án, chụp ảnh báo cáo giám đốc bệnh viện và thông báo ngay cho Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn và Công an cơ sở gần nhất.

- Thông báo trên các phương tiện thông tin đại chúng để tìm người nhà của người bệnh.

- Trường hợp không tìm được người nhà phải lập hồ sơ gửi cơ quan Lao động thương binh xã hội cùng cấp để xin trợ cấp.

- Liên hệ với Trung tâm bảo trợ xã hội địa phương để tiếp nhận nuôi dưỡng khi người bệnh ra viện.

3. Trường hợp người bệnh tử vong không có người nhận:

a. Bác sĩ thực hiện đúng quy chế giải quyết người bệnh tử vong.

b. Trưởng phòng hành chính tiến hành khai tử tại cơ quan Nhà nước có thẩm quyền theo quy định của pháp luật về hộ tịch và xin phép mai táng.

- Thực hiện chụp ảnh, lập hồ sơ báo cho cơ quan Lao động – thương binh xã hội cùng cấp, xin kinh phí mai táng.

- Thông báo trên các phương tiện thông tin đại chúng tiếp tục tìm thân nhân của người bệnh.

- Sau khi mai táng có sơ đồ nơi chôn tại nghĩa trang.

**QUY ĐỊNH ƯU TIÊN KHÁM, XỬ TRÍ NGƯỜI BỆNH CẤP CỨU VÀ
QUY ĐỊNH ĐỐI TƯỢNG NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC KHÁM ƯU TIÊN
TẠI KHOA KHÁM BỆNH**

1. Quy định ưu tiên khám, xử trí người bệnh cấp cứu:

PHÂN LOẠI	THỜI GIAN TỐI ĐA PHẢI XỬ TRÍ (PHÚT)
CẤP CỨU NGAY	0 – 3
CÓ DẤU HIỆU ƯU TIÊN	5 - 10
KHÔNG CÓ DẤU HIỆU CẤP CỨU	120

CẤP CỨU NGAY: ngay lập tức

- Ưu tiên 1: Người bệnh ngưng thở, ngưng tim
- Ưu tiên 2: Người bệnh khó thở, suy hô hấp
- Ưu tiên 3: Hôn mê, Sốc, Trụy mạch, Co giật.

CÓ DẤU HIỆU ƯU TIÊN: trong vòng 10 phút

- Rối loạn dấu hiệu sinh tồn
- Xuất huyết tiêu hóa.
- Đa chấn thương.
- Tiêu chảy mất nước nặng.
- Ngộ độc cấp.
- Các cơn đau cấp tính.
- Người bệnh cần điều trị cấp cứu được chuyển từ các phòng khám và bệnh viện khác.

KHÔNG CÓ DẤU HIỆU CẤP CỨU: xử trí trong khả năng nhanh nhất, tối đa 120 phút.

2. Quy định đối tượng ưu tiên trong khám chữa bệnh:

Ưu tiên khám bệnh, chữa bệnh đối với các trường hợp:

- Người bệnh trong tình trạng cấp cứu,

- Trẻ em dưới 6 tuổi,
- Phụ nữ có thai,
- Người khuyết tật đặc biệt nặng,
- Người khuyết tật nặng,
- Người từ đủ 75 tuổi trở lên,
- Người có công với cách mạng,

HƯỚNG DẪN GỌI NHÂN VIÊN Y TẾ TRONG TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU

1. **Trong giờ hành chính:** Khi có trường hợp khẩn cấp xảy ra, bệnh nhân hoặc người nhà gọi nhân viên y tế như sau

- Gọi bất kỳ nhân viên y tế nào đang có mặt gần nhất.
- Gọi nhân viên y tế ở phòng hành chính khoa.
- Gọi số điện thoại phòng trực cấp cứu: 0259.3920985
- Bấm chuông (nếu có)

2. **Ngoài giờ hành chính:** Khi có trường hợp khẩn cấp xảy ra, bệnh nhân hoặc người nhà gọi nhân viên y tế như sau

- Gọi nhân viên y tế ở phòng hành chính khoa.
- Gọi tại phòng Điều dưỡng trực hoặc Bác sĩ trực.
- Gọi số điện thoại phòng trực cấp cứu: 0259.3920985
- Bấm chuông (nếu có).

QUY ĐỊNH KIỂM TRA HỒ SƠ BỆNH ÁN

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Hồ sơ bệnh án là tài liệu quan trọng ghi lại chi tiết quá trình khám chữa bệnh tại bệnh viện nên phải được lập đầy đủ, chính xác, khoa học.
2. Hồ sơ bệnh án phải được kiểm tra hàng ngày và kiểm tra hoàn chỉnh ngay sau khi bệnh nhân xuất viện.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. Kiểm tra thường xuyên:

a. Bác sĩ trưởng khoa:

- Kiểm tra hàng ngày việc chẩn đoán, ra y lệnh đúng bệnh, đúng thuốc.
- Kiểm tra hàng ngày việc ghi chép các thông tin điều trị, cập nhật diễn biến, kết quả xét nghiệm và tình trạng người bệnh đảm bảo các thông tin được ghi đầy đủ, chính xác.

b. Điều dưỡng hành chính:

- Kiểm tra hàng ngày việc ghi chép các thủ tục, thông tin hành chính, chăm sóc bệnh nhân của điều dưỡng bệnh phòng, đảm bảo cập nhật đầy đủ.
- Hướng dẫn, nhắc nhở các điều dưỡng bệnh phòng quản lý chặt chẽ hồ sơ bệnh án, không để người bệnh và người nhà người bệnh xem hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra bệnh án xuất viện.

a. Khoa điều trị:

- Hồ sơ bệnh án phải được hoàn thiện trong vòng 24 giờ sau khi bệnh nhân ra viện.

- Điều dưỡng hành chính có trách nhiệm kiểm tra toàn bộ hồ sơ bệnh án ra viện, khắc phục những thiếu sót, đảm bảo hồ sơ bệnh án được hoàn chỉnh và chuyển về phòng kế hoạch tài chính hàng tuần.

b. Phòng Kế hoạch tài chính:

- Kiểm tra việc thực hiện quy chế hồ sơ bệnh án của các khoa điều trị để trình giám đốc ký duyệt và chuyển lưu trữ HSBA.

- Trong quá trình kiểm tra hồ sơ bệnh án, nếu phát hiện hồ sơ bệnh án của khoa nào có thiếu sót về quy chế chuyên môn, hay các thủ tục hành chính thì trả về lại khoa đó để khắc phục và điều dưỡng hành chính khoa chịu trách nhiệm trong việc kiểm tra và trả bệnh án./.

QUY ĐỊNH TUÂN THỦ VÀ THEO DÕI VIỆC THỰC HIỆN CÁC PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VÀ QUY TRÌNH KỸ THUẬT.

1. Tuân thủ thực hiện Phác đồ điều trị và quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh:

- Các bác sĩ điều trị trong thực hành khám chữa bệnh phải tuân thủ thực hiện nghiêm túc Phác đồ điều trị và quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh đã ban hành.

- Đối với các trường hợp bệnh mới mới chưa có trong Phác đồ điều trị và quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh của bệnh viện thì áp dụng theo Phác đồ điều trị và quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh của Bộ Y tế đã ban hành. Những trường hợp khó, phức tạp không có trong Phác đồ điều trị và quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh của Bệnh viện thì phải hội chẩn chuyên khoa hoặc toàn viện để có hướng điều trị thích hợp.

2. Theo dõi, giám sát việc thực hiện Phác đồ điều trị và Quy trình kỹ thuật:

- Bác sĩ điều trị tự kiểm tra, theo dõi việc thực hiện Phác đồ điều trị và Quy trình kỹ thuật qua mỗi đơn thuốc, y lệnh điều trị, dịch vụ kỹ thuật trên bệnh nhân hàng ngày.

- Hội đồng thuốc và điều trị, Hội đồng Khoa học- kỹ thuật có nhiệm vụ theo dõi, giám sát việc tuân thủ Phác đồ điều trị và Quy trình kỹ thuật của toàn bệnh viện bằng các hình thức như: Kiểm tra định kỳ, kiểm tra đột xuất, bình đơn thuốc, bình bệnh án... để có cơ sở đôn đốc, nhắc nhở hoặc xử lý theo quy định các trường hợp không tuân thủ phác đồ điều trị và quy trình kỹ thuật, tùy thuộc vào mức độ và

hậu quả đối với sức khỏe người bệnh, hoặc cập nhật để bổ sung phác đồ điều trị và quy trình kỹ thuật khi cần thiết./.

QUY ĐỊNH THỜI GIAN LẤY MẪU BỆNH PHẨM VÀ TRẢ KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM.

I. Thời gian nhận mẫu xét nghiệm: - Buổi sáng từ 7h15'-10h45'
- Buổi chiều từ 13h30'-16h15'

II. Thời gian trả kết quả xét nghiệm:

1. Huyết học (30 phút):

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi;
- Nhóm máu (GS);
- TS,TC.

2. Sinh hóa máu (15 phút cho mỗi xét nghiệm):

- Glucose;
- SGOT;
- SGPT;
- GGT;
- Cholesterol Total;
- Triglycerides;
- HDL- Cholesterol;
- Creatinin;
- Acid Uric;
- Protein Total;
- Albumin;

- Bilirubin Total;
- Bilirubin Direct;

3. Xét nghiệm miễn dịch định tính (45 phút):

- Test nhanh HIV;
- Test nhanh Syphilis;
- RPR định tính;
- VDRL định tính;
- TPHA định tính;
- Test nhanh Amphetamin.

4. Xét nghiệm miễn dịch định lượng (1h):

- RPR định lượng;
- VDRL định lượng;
- TPHA định lượng;

5. Xét nghiệm nước tiểu:

- Nước tiểu 10 thông số (15 phút)

6. Một số xét nghiệm vi sinh – ký sinh:

- Xét nghiệm tìm BH (2h);
- Soi tươi tìm nấm, ký sinh trùng (30 phút);
- Nhuộm soi dịch âm đạo, niệu đạo (1h);
- Nhuộm soi KSTSR (1h);

III. Địa điểm trả kết quả xét nghiệm:

- Bệnh nhân nội trú của các khoa, khoa xét nghiệm-CDHA sẽ trả kết quả trực tiếp về các khoa.
- Bệnh nhân ngoại trú sẽ nhận kết quả tại khoa xét nghiệm-CDHA.

QUY TRÌNH CẤP PHÁT THUỐC BẢO HIỂM Y TẾ NGOẠI TRÚ

Trách nhiệm	Các bước thực hiện	Mô tả / Biểu mẫu
-Nhân viên cấp phát thuốc	Tiếp nhận Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh và đơn thuốc từ phòng thanh toán BHYT	Hoạt động 1
-Dược sĩ -Nhân viên cấp phát được ủy quyền	Bảng kê chi phí và đơn thuốc không hợp lệ Kiểm tra bảng kê chi phí khám bệnh và đơn thuốc Bảng kê chi phí và đơn thuốc hợp lệ	Hoạt động 2
- Nhân viên cấp phát thuốc	Chuẩn bị thuốc theo đơn	Hoạt động 3
-Nhân viên cấp phát thuốc	Kiểm lại thuốc và giao thuốc cho bệnh nhân	Hoạt động 4
-Nhân viên cấp phát thuốc	Lưu bảng kê chi phí khám chữa bệnh và nộp cho kế toán theo quy định	Hoạt động 5

B. Mô tả sơ đồ

a. Hoạt động 1

- Tiếp nhận Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh và đơn thuốc từ phòng thanh toán BHYT

b. Hoạt động 2

1. Kiểm tra tính đầy đủ, hợp lệ của bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh và đơn thuốc:

- Bảng kê chi phí khám bệnh và Đơn thuốc điền đầy đủ các thông tin (Họ tên, tuổi, địa chỉ của BN, chẩn đoán).
- Chữ ký của Bác sĩ kê đơn, dấu và chữ ký của bộ phận kế toán, BHYT.
- Kiểm tra số lượng thuốc trên bảng kê chi phí khám bệnh với đơn thuốc.
- Phiếu phát thuốc phải rõ ràng, không tẩy xóa, không viết tay.
- Phiếu phát thuốc ký ghi rõ họ và tên của bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân (nếu nhận thay)

2. Kiểm tra tính hợp lý của đơn thuốc:

- Kiểm tra tên thuốc, hàm lượng, số lượng.
- Kiểm tra sự hợp lý về thời điểm dùng và đường dùng

3. Kiểm tra đơn thuốc trên máy:

- Đối chiếu tên bệnh nhân, tên thuốc, hàm lượng, số lượng thuốc trên đơn khớp với trên máy
- Lưu đơn thuốc trên máy.

4. Từ chối phát thuốc nếu phát hiện sai sót trong đơn thuốc, thông báo lại với bác sĩ kê đơn để điều chỉnh đơn thuốc hoặc thay thế thuốc.

5. Trả lại bệnh nhân các đơn thuốc không hợp lệ và yêu cầu bệnh nhân bổ sung, mượn lại thẻ BHYT của bệnh nhân.

c. Hoạt động 3

Chuẩn bị thuốc đảm bảo yêu cầu:

- Theo nguyên tắc thuốc có cùng hạn dùng: thuốc nào nhập trước thì phát trước, nhập sau thì phát sau; thuốc có thời hạn sử dụng ngắn thì phát trước.
- Đúng chủng loại và số lượng thuốc trên đơn.
- Đối với các thuốc không còn bao bì tiếp xúc trực tiếp, phải cho thuốc vào túi nilon Cho nhãn phụ (gồm tên thuốc, hàm lượng, số lượng, hạn dùng) vào túi nilon buộc lại.

d. Hoạt động 4

- Kiểm tra thuốc (tên thuốc, hàm lượng, số lượng) đã được chuẩn bị so với trên đơn thuốc.
- Mời tên bệnh nhân vào cửa lĩnh thuốc.
- Nếu đơn thuốc có thuốc cần bảo quản lạnh thì hướng dẫn bệnh nhân cách bảo quản thuốc tại nhà.
- Ký ghi rõ họ và tên vào cuối đơn thuốc và giao thuốc cho bệnh nhân.
- Mời tên bệnh nhân tiếp theo sau khi bệnh nhân trước đã nhận thuốc xong.
- Tư vấn cách sử dụng thuốc cho bệnh nhân theo quy trình Tư vấn sử dụng thuốc.

e. Hoạt động 5

- Lưu bảng kê chi phí khám chữa bệnh và nộp cho Kế toán theo quy định.
- Báo cáo xuất thuốc hàng tháng, phiếu nhập xuất thuốc.

QUY TRÌNH XUẤT THUỐC, VẬT TƯ Y TẾ CHO BỆNH NHÂN NỘI TRÚ

Trách nhiệm	Các bước thực hiện	Diễn Giải
Phòng hành chính khoa nội trú	Tổng hợp thuốc từ bệnh án vào phiếu lĩnh	Tổng hợp thuốc từ bệnh án vào phiếu lĩnh thuốc hàng ngày và phiếu công khai thuốc cho từng bệnh nhân, sau đó chuyển phiếu lĩnh tổng hợp cho khoa dược và phiếu công khai thuốc từng bệnh nhân cho điều dưỡng bệnh phòng.
Trưởng khoa điều trị	Xác nhận phiếu lĩnh thuốc	Kiểm tra lại phiếu lĩnh và ký xác nhận
Khoa Dược	Duyệt phiếu lĩnh thuốc	Kiểm tra và xác nhận lại phiếu lĩnh Cấp phát thuốc đúng nồng độ hàm lượng, đủ số lượng theo phiếu lĩnh tổng hợp và chuyển sang cho bộ phận phân liều
Chuyển thuốc cho các khoa điều trị	Giao thuốc đã kiểm tra cho điều dưỡng hành chính các khoa	- Ký tên vào phiếu lĩnh tổng hợp thuốc và bàn giao thuốc cho điều dưỡng hành chính tại khoa Dược
Điều dưỡng và Dược lâm sàng	Bệnh nhân	- Hướng dẫn và theo dõi bệnh nhân cách sử dụng thuốc

**QUY TRÌNH
KIỂM SOÁT CHẤT LƯỢNG THUỐC TẠI KHOA DƯỢC**

Trách nhiệm	Các bước thực hiện	Mô tả
- Công ty cung ứng - Thủ kho và hội đồng kiểm nhập	Tiếp nhận và kiểm nhập thuốc tại kho	- Tiến hành kiểm tra: các chứng từ theo qui định, kiểm tra tên thuốc, nồng độ, hàm lượng, số lô, số đăng ký lưu hành, hạn sử dụng, số lượng, kiểm tra chất lượng bằng cảm quan. - Việc kiểm nhập được chứng kiến của hội đồng kiểm nhập và ký xác nhận. - Đối chiếu thuốc nhập về với danh mục kèm theo quyết định trúng thầu. - Hàng không đạt như trong danh mục trúng thầu, trả lại nhà cung cấp và yêu cầu cấp lại thuốc như trong danh mục trúng thầu. - Hàng đạt yêu cầu, tiến hành làm thủ tục nhập kho.
- Thủ kho - Thống kê được	Tiếp nhận và kiểm nhập thuốc tại kho lẻ	- Thống kê được tiến hành nhập các thông tin vào phần mềm ngay sau khi nhận: số lượng, đơn giá, số lô, hạn dùng, nhà sản xuất, công ty cung ứng, đối chiếu với Quyết định trúng thầu. - Nếu sai sót khác thông báo với nhà cung ứng viết lại hoá đơn. - Thủ kho nhập vào thẻ kho theo dõi nhập, xuất, tồn: số lượng, số lô, hạn dùng.

- Thủ kho - Khoa dược	Phân loại, sắp xếp và bảo quản thuốc	- Phân loại, sắp xếp và bảo quản thuốc trong kho theo quy định hiện hành
- Thủ kho - PT Khoa dược	Báo cáo tình hình nhập hàng	- Báo cáo ngay vào buổi sáng giao ban khi thuốc nhập về không đủ số lượng hoặc không có thuốc, thuốc không bảo đảm hạn dùng, thuốc không đạt về chất lượng bằng cảm quan, để hội đồng xử lý kịp thời. - Hàng tháng kiểm tra báo cáo và đối chiếu chứng từ nhập, xuất, tồn thực tế thuốc tại kho.
- Thủ kho - Thống kê dược	Lưu hồ sơ	Lưu hồ sơ theo đúng qui định hiện hành

QUY TRÌNH
XỬ LÝ THUỐC KHÔNG ĐẢM BẢO CHẤT LƯỢNG TẠI BỆNH VIỆN

Trách nhiệm	Các bước thực hiện	Mô tả công việc
Tất cả nhân viên trong bệnh viện.	Phát hiện thuốc không đảm bảo chất lượng	-Tất cả nhân viên trong bệnh viện khi phát hiện thuốc không đảm bảo chất lượng trong quá trình công tác thì phải báo cáo kịp thời cho lãnh đạo khoa Dược để có biện pháp xử lý. - Các tiêu chuẩn của thuốc không đảm bảo chất lượng + Thuốc hết hạn sử dụng + Thuốc có sự thay đổi về màu sắc, tình trạng + Thuốc thu hồi theo công văn của cơ quan chức năng
- Người phát hiện - Trưởng khoa phòng	Báo cáo các thuốc không đảm bảo chất lượng	- Phản ánh kịp thời các thuốc không đảm bảo chất lượng lên lãnh đạo khoa Dược. - Thu hồi, biệt trữ các thuốc vào khu vực riêng của khoa và trong thời gian sớm nhất trả về khoa Dược để có biện pháp xử lý
-Thủ kho - Khoa dược	Tiếp nhận và kiểm tra	- Tiếp nhận thuốc trả về khoa Dược; kiểm tra về số lượng, tên thuốc, nồng độ hàm lượng, hạn dùng, số đăng ký, số kiểm soát. - Thành lập hội đồng sẽ tiến hành kiểm tra

		chất lượng thuốc. + Nếu đạt thì nhập lại về kho + Nếu không đạt, chuyển qua hội đồng thanh lý thuốc để xử lý.
- Hội đồng thanh lý thuốc - Khoa dược	Tiến hành xử lý	- Tùy thuộc vào thuốc không đạt chất lượng thuộc trường hợp nào mà tiến hành xử lý: + Thuốc hết HSD: tiến hành biệt trữ và thanh lý + Thuốc có sự biến đổi về tính trạng, màu sắc: tiến hành biệt trữ, báo trưởng khoa để xử lý. + Thuốc thu hồi theo công văn: cho thuốc vào tủ biệt trữ để trả về nhà cung ứng.
- Hành chính dược	Lưu hồ sơ	- Lưu hồ sơ ít nhất 2 năm (kể từ khi thuốc hết hạn dùng).

QUY ĐỊNH THÔNG TIN THUỐC TẠI BỆNH VIỆN

1. Tổ chức đơn vị thông tin thuốc:

+ Thực hiện theo Quyết định của giám đốc bệnh viện về việc thành lập Đơn vị Thông tin thuốc của Bệnh viện chuyên khoa Da liễu-Tâm thần.

+ Nhiệm vụ: phổ biến, theo dõi, tuyên truyền sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả.

2. Thông tin thuốc cho cán bộ y tế trong bệnh viện:

+ Dược sĩ lâm sàng cập nhật thông tin sử dụng thuốc, thông tin về thuốc mới, thông tin cảnh giác dược.

+ Nội dung thông tin về thuốc: tên thuốc, hoạt chất, liều dùng, liều độ, quá liều; hiệu chỉnh liều cho các đối tượng người bệnh đặc biệt; chỉ định, chống chỉ định, tác dụng không mong muốn, tương tác thuốc, tương hợp, tương kỵ; lựa chọn thuốc trong điều trị; sử dụng thuốc cho phụ nữ mang thai/ cho con bú, các lưu ý khi sử dụng thuốc.

+ Thông báo đến cán bộ y tế trong bệnh viện dưới các hình thức: văn bản, trong các buổi sinh hoạt khoa học, sinh hoạt chuyên môn, thông tin trên tập san.

3. Tư vấn cho Hội đồng thuốc và điều trị trong việc lựa chọn thuốc đưa vào danh mục thuốc dùng trong bệnh viện, trong việc xây dựng tiêu chí lựa chọn thuốc trong điều trị.

4. Dược sĩ tư vấn cho bác sĩ kê đơn trong việc lựa chọn thuốc điều trị khi bác sĩ có yêu cầu.

5. Hướng dẫn về sử dụng thuốc cho điều dưỡng, người bệnh nhằm tăng cường sử dụng thuốc an toàn, hợp lý:

- + Khoa Dược phối hợp với phòng điều dưỡng tổ chức các buổi tập huấn sử dụng thuốc; hướng dẫn cách dùng, đường dùng, khoảng cách dùng, thời điểm dùng thuốc cho điều dưỡng viên trong toàn viện.

6. Tham gia phổ biến, cập nhật các kiến thức chuyên môn liên quan đến thuốc và sử dụng thuốc cho các cán bộ y tế:

- + Dược sĩ được phân công chịu trách nhiệm lập kế hoạch, chuẩn bị tài liệu, tổ chức các buổi tập huấn về kiến thức sử dụng thuốc cho bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng viên trong toàn viện (1 lần/năm).

- + Kế hoạch và nội dung trình cho Giám đốc bệnh viện phê duyệt.

7. Tham gia theo dõi, kiểm tra, giám sát việc kê đơn thuốc ngoại trú nhằm đẩy mạnh việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả:

- + Trước khi cấp phát thuốc cho bệnh nhân, dược sĩ kiểm tra đơn thuốc (tính hợp lệ, đúng quy định của đơn thuốc, thuốc được kê đúng chỉ định, liều dùng, tương tác thuốc, thời gian dùng thuốc,...).

- + Trong trường hợp có nghi vấn về việc kê đơn thuốc không hợp lý, liên hệ và trao đổi với bác sĩ trước khi phát thuốc cho bệnh nhân.

8. Công tác theo dõi, giám sát phản ứng có hại của thuốc:

- + Cung cấp thông tin về thuốc trong quá trình xác định và xử trí ADR theo yêu cầu của cán bộ y tế.

- + Tổ chức tập huấn về kỹ năng phát hiện, xử trí ADR, công tác thu thập, báo cáo ADR cho các khoa, phòng. Hướng dẫn, hỗ trợ bác sĩ và điều dưỡng viên hoàn thiện đầy đủ và chính xác các thông tin cần thiết trong mẫu báo cáo phản ứng có hại của thuốc.

- + Trực tiếp thu thập thông tin và viết báo cáo ADR.

+ Tập hợp các báo cáo về tác dụng không mong muốn của thuốc trong đơn vị và báo cáo về Trung tâm quốc gia về Thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc.

+ Nhận các phản hồi từ trung tâm quốc gia về Thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc và cập nhật các thông tin cảnh báo từ trung tâm tới các khoa lâm sàng trong bệnh viện dưới hình thức gửi văn bản thông báo.

+ Lưu thư phản hồi đã nhận được báo cáo và báo cáo phản hồi của Trung tâm về Thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc.

9. Dược sĩ đi đến khoa lâm sàng, kiểm tra hồ sơ bệnh án và phân tích về sử dụng thuốc của người bệnh. Đối với từng người bệnh, dược sĩ thực hiện các nội dung sau:

+ Khai thác thông tin của người bệnh: tiền sử dùng thuốc, các dữ kiện lâm sàng và các kết quả cận lâm sàng đã có.

+ Xem xét các thuốc được kê đơn về chỉ định, chống chỉ định, lựa chọn thuốc, liều dùng, khoảng cách dùng, thời điểm dùng, đường dùng, thời gian dùng thuốc, dùng thuốc trên các đối tượng đặc biệt, tương tác thuốc, phản ứng có hại của thuốc.

Sau khi hoàn thành quá trình xem xét các thuốc được kê đơn cho người bệnh, nếu phát hiện có vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc, trao đổi với bác sĩ điều trị và điền vào mẫu phân tích sử dụng thuốc trên người bệnh (**Phụ lục 1**). Lưu mẫu phân tích sử dụng thuốc trong bệnh án và tại khoa Dược.

10. Tham gia nghiên cứu khoa học: nghiên cứu liên quan đến vấn đề sử dụng thuốc an toàn – hợp lý, đánh giá hiệu quả kinh tế y tế trong bệnh viện, nghiên cứu sử dụng thuốc trên lâm sàng.

QUI TRÌNH GIÁM SÁT ADR

Người thực hiện	Các bước thực hiện	Mô tả quy trình
Bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng	Phát hiện ADR	- Lãnh đạo khoa lâm sàng phân công bác sĩ, điều dưỡng làm công tác theo dõi giám sát ADR - Ưu tiên theo dõi ADR trên đối tượng bệnh nhân theo PL1, trên thuốc theo PL2, PL3, PL4 và phát hiện các biểu hiện ADR theo PL5 - Kiểm tra chất lượng theo cảm quan các thuốc nghi ngờ gây ADR (nếu còn mẫu), nếu nghi ngờ do chất lượng thuốc thì báo cáo theo BM6 - Niêm phong vỏ bao bì, vỉ thuốc nghi ngờ, ghi rõ tên thuốc, tên bệnh nhân, có chữ ký và họ tên của bác sĩ và điều dưỡng thực hiện y lệnh trên tờ niêm phong và lưu tại khoa
Bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng	Phân loại ADR	Phân loại ADR theo mức độ nghiêm trọng (PL7) hoặc ADR thông thường.
Bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng	Ghi chép ADR	- ADR nghiêm trọng: gọi sớm nhất có thể tới bộ phận TTT (trong giờ hành chính) để phối hợp ghi nhận vào sổ theo dõi và báo cáo kịp thời. - ADR thông thường: cán bộ phụ trách ghi chép thông tin vào sổ theo dõi ADR và viết báo cáo ADR
Dược sĩ phụ trách dược lâm sàng	Thu thập ADR	- ADR nghiêm trọng: dược sĩ phụ trách thu ngay báo cáo ADR - ADR thông thường: thu vào ngày 25-30 hàng tháng. Điều dưỡng khoa phòng nộp báo cáo ADR cho bộ phận Dược LS -Dược sĩ phụ trách tổng hợp số liệu báo cáo theo BM10.
Dược sĩ phụ trách dược lâm	Tổng hợp ADR	- Dược sĩ phụ trách tổng hợp số lượng ADR các khoa trong tháng.

sàng		- Làm báo cáo sơ bộ ADR theo khoa, theo thuốc gây ra ADR, theo mức độ nghiêm trọng...báo cáo Ban Giám đốc và HĐT&ĐT
Dược sĩ phụ trách dược lâm sàng	Gửi báo cáo về TT DI&ADR	- Gửi báo cáo ADR đến trung tâm DI&ADR Quốc Gia bằng các hình thức: thư điện tử, gửi qua bưu điện hoặc báo cáo online - Với các ADR nghiêm trọng: gửi về trung tâm trong vòng 7 ngày từ khi thẩm định; Với các ADR thông thường: gửi về trung tâm vào cuối tháng sau khi tổng hợp số lượng.
Tổ Thông tin thuốc và Dược lâm sàng	Nhận phản hồi Cảnh báo tới các khoa	- Đơn vị TTT&DLS nhận phản hồi các ADR nghiêm trọng từ trung tâm DI&ADR và cập nhật thông tin cảnh báo tới các khoa lâm sàng ngay sau khi nhận được phản hồi. - Với các ADR thông thường: Đơn vị TTT&DLS nhận báo cáo tổng kết 6 tháng và cuối năm từ trung tâm DI &ADR khu vực, cập nhật thông tin tới các khoa và đăng tải trên website của đơn vị.
Tổ Thông tin thuốc và Dược lâm sàng	Lưu trữ	Các báo cáo ADR và thông tin phản hồi được lưu trữ trong thời gian 5 năm.

QUY TRÌNH SÀNG LỌC, CÁCH LY NGƯỜI BỆNH TRUYỀN NHIỄM TRONG CÁC VỤ DỊCH

