

Số: /2020/TT- BYT

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

(DỰ THẢO)

THÔNG TƯ

Quy chế chuyên môn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Nghị định 75/2017/NĐ-CP ngày 20/6/2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh;

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư quy chế chuyên môn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 1. Phạm vi, đối tượng áp dụng

1. Thông tư này quy định các quy chế chuyên môn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
2. Thông tư quy chế chuyên môn là cơ sở bắt buộc tuân thủ thực hiện tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bao gồm cả cơ sở công lập và tư nhân.
3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc quân đội quản lý thực hiện quy chế chuyên môn theo hướng dẫn của Bộ Quốc phòng.

Điều 2. Giải thích từ ngữ

1. Điều trị ngoại trú là hình thức quản lý, theo dõi chăm sóc, điều trị người bệnh định kỳ tái khám được cấp thuốc điều trị theo đơn tại nhà.
2. Điều trị ban ngày là hình thức quản lý, theo dõi chăm sóc, điều trị người bệnh tại bệnh viện với một khoảng thời gian nhất định trong giờ làm việc hành chính mỗi ngày (≤ 8 giờ).
3. Điều trị nội trú là hình thức quản lý, theo dõi chăm sóc, điều trị người bệnh tại bệnh viện toàn bộ thời gian trong ngày.
4. Trợ giúp chăm sóc

Điều 3. Nội dung quy chế chuyên môn quy định một số quy chế thực hiện trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (tại Phụ lục kèm theo)

1. Quy chế nhận diện người bệnh
2. Quy chế vào viện điều trị nội trú
3. Quy chế ra viện
4. Quy chế chuyển khoa
5. Quy chế chuyển viện
6. Quy chế giao nhận người bệnh
7. Quy chế thường trực
8. Quy chế hội chẩn
9. Quy chế làm hồ sơ bệnh án
10. Quy chế y lệnh qua lời nói
11. Quy chế phòng ngừa ngã
12. Quy chế đối với người bệnh không có người nhận
13. Quy chế giải quyết người bệnh tử vong

Điều 4. Trách nhiệm của Cục Quản lý Khám, chữa bệnh

1. Chủ trì tổ chức triển khai thực hiện Thông tư quy chế chuyên môn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Chủ trì và phối hợp với các Vụ, Cục liên quan chỉ đạo kiểm tra, giám sát thực hiện quy chế chuyên môn.

Điều 5. Trách nhiệm của Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương

1. Chỉ đạo, tổ chức thực hiện, quản lý, kiểm tra, đánh giá hoạt động triển khai và tuân thủ thực hiện quy chế chuyên môn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn tỉnh.

2. Tổng hợp, phân tích, báo cáo số liệu kết quả triển khai thực hiện quy chế chuyên môn của tỉnh gửi Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế.

Điều 6. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Chỉ đạo, tổ chức thực hiện, quản lý, kiểm tra, đánh giá sự tuân thủ thực hiện quy chế chuyên môn trong phạm vi toàn bệnh viện.

2. Tổng hợp, phân tích, báo cáo số liệu kết quả định kỳ của Bệnh viện gửi Sở Y tế, Y tế Bộ, Ngành và Bộ Y tế.

Điều 7. Hiệu lực thi hành

1. Thông tư này có hiệu lực từ ngày...tháng...năm 2018.

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nghiêm túc tổ chức triển khai thực hiện quy chế chuyên môn và các văn bản hướng dẫn có liên quan đến quy chế chuyên môn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 8. Điều khoản tham chiếu

Trường hợp các văn bản dẫn chiếu trong Thông tư này được thay thế hoặc sửa đổi bổ sung thì áp dụng theo văn bản thay thế hoặc sửa đổi, bổ sung đó.

Điều 9. Trách nhiệm thi hành

1. Các Ông, Bà: Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Vụ trưởng các Vụ, Cục trưởng các Cục của Bộ Y tế, Giám đốc bệnh viện, Viện có giường bệnh, Giám đốc Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và Thủ trưởng y tế các ngành chịu trách nhiệm tổ chức thực hiện, kiểm tra, đánh giá việc thực hiện Thông tư này;

2. Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc, đề nghị các đơn vị, địa phương báo cáo về Bộ Y tế (Cục Quản lý khám, chữa bệnh) để được hướng dẫn, xem xét và giải quyết./.

Nơi nhận:

- Văn phòng Chính phủ (Công báo; Cổng TTĐTCP);
- Bộ Tư pháp (Cục Kiểm tra VBQPPL);
- Q. Bộ trưởng (để b/c);
- Các Vụ, Cục, Tổng cục, VP, Thanh tra Bộ Y tế;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Các BV trực thuộc Bộ Y tế;
- Y tế các Bộ, ngành;
- Cổng TTĐT Bộ Y tế (moh.gov.vn);
- Trang tin ĐT Cục QL KCB (kcb.vn);
- Lưu: VT, PC, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Nguyễn Trường Sơn

PHỤ LỤC.
QUY CHẾ CHUYÊN MÔN TRONG CÁC CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
(Ban hành kèm theo Thông tư số ... ngày .././2018 về việc ...)

I. Quy chế nhận diện người bệnh

1. Quy định chung

a. Quy chế nhận diện người bệnh quy định những thông tin cần thiết để nhận diện người bệnh; những tình huống phải nhận diện chính xác người bệnh.

b. Người bệnh cần được nhận diện chính xác trong suốt quá trình khám bệnh, chữa bệnh. Tất cả các nhân viên y tế khi thực hiện các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh, có trách nhiệm tuân thủ nghiêm ngặt quy định nhận diện người bệnh.

c. Người bệnh được nhận diện bằng các thông số xác định tính duy nhất của người bệnh như sau:

+ Họ tên

+ Giới tính

+ Ngày tháng năm sinh

+ Trong trường hợp các thông số trên không có đầy đủ, cần bổ sung: địa chỉ hoặc họ tên người thân (bố, mẹ hoặc con đẻ. Lưu ý: Không sử dụng số giường, số buồng bệnh để định danh người bệnh). Trẻ sơ sinh được nhận diện bằng họ tên của bé và họ tên của mẹ (đối với trường hợp sinh đôi, sinh ba bổ sung số thứ tự của bé).

đ. Các thông tin nhận diện người bệnh được gắn cố định trên người bệnh từ khi vào viện cho tới khi ra viện.

e. Trong trường hợp có bất cứ thông số nào của người bệnh không trùng khớp với thông tin trên hồ sơ bệnh án, biểu mẫu của người bệnh, dừng thực hiện dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh để xác minh lại chính xác người bệnh.

2. Quy định cụ thể

a. Xác định tình huống cần nhận diện người bệnh: Nhận diện người bệnh được thực hiện trong suốt quá trình khám bệnh, chữa bệnh, đặc biệt trong các tình huống sau: tiếp nhận người bệnh; thăm khám, ra y lệnh; kê đơn; thực hiện các chỉ định cận lâm sàng; giao nhận người bệnh; thực hiện y lệnh về thuốc, các dịch vụ kỹ thuật và chăm sóc cho người bệnh.

b. Khi đối chiếu với người bệnh: yêu cầu người bệnh tự nói họ tên, ngày tháng năm sinh của mình; trường hợp đặc biệt như người bệnh già yếu, nhỏ tuổi, rối loạn ý thức, rối loạn tâm thần, hôn mê hoặc câm điếc,... yêu cầu người nhà người bệnh nói họ tên, ngày tháng năm sinh của người bệnh; hoặc nhân viên y tế đối chiếu với thông

tin định danh được gắn trên người bệnh trong trường hợp không thực hiện được cả 2 yêu cầu trên, đối chiếu với y lệnh.

c. Trường hợp người bệnh được đưa đến bệnh viện trong tình trạng hôn mê và không có người thân đi cùng, không có bất cứ thông tin gì về người bệnh và thân nhân, đơn vị (khoa, bộ phận) tiếp nhận người bệnh đầu tiên sẽ cung cấp mã số người bệnh.

d. Không sắp xếp người bệnh trùng họ tên nằm điều trị cùng một buồng bệnh.

II. Quy chế vào viện điều trị nội trú

1. Quy định chung

a. Quy chế vào viện điều trị nội trú quy định chỉ định và tiếp nhận người bệnh vào viện điều trị nội trú, điều trị ban ngày (gọi chung là vào viện điều trị nội trú) trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b. Áp dụng đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giường bệnh điều trị nội trú, điều trị ban ngày;

c. Quy định tiếp nhận người bệnh là các quy định về thủ tục hành chính và chuyên môn, kỹ thuật cần phải tiến hành cho tất cả các người bệnh, ngay sau khi có chỉ định vào viện điều trị tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

d. Quy định chỉ định vào viện điều trị nội trú dựa trên tình trạng bệnh lý của người bệnh, phù hợp chức năng, nhiệm vụ và năng lực khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

đ. Người bệnh vào viện điều trị nội trú theo quy định phải được chuyển từ khoa khám bệnh, phòng khám chuyên khoa, khoa cấp cứu vào khoa điều trị;

e. Các thành viên trong bệnh viện phải có trách nhiệm nhanh chóng hoàn thiện thủ tục vào viện, bảo đảm các thủ tục hành chính và chuyên môn kỹ thuật theo quy định.

f. Bảo đảm nhanh chóng ổn định, sắp xếp giường bệnh cho người bệnh tại khoa điều trị nội trú.

2. Quy định cụ thể

a. Tại khoa Khám bệnh

Đối với người bệnh cấp cứu:

- Chuyển ngay người bệnh vào buồng bệnh khoa điều trị hoặc khoa cấp cứu và thực hiện các quy trình chuyên môn cấp cứu người bệnh.

- Ghi nhận các thông tin hành chính của người bệnh theo quy định

Đối với người bệnh không thuộc diện cấp cứu

- Bác sĩ Khoa khám bệnh có trách nhiệm:

+ Khám lâm sàng toàn diện, chỉ định cận lâm sàng, chẩn đoán, căn cứ vào tình trạng người bệnh và khả năng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh vào viện điều trị nội trú.

+ Tư vấn cho người bệnh, người nhà người bệnh về lý do cần vào viện điều trị nội trú.

+ Làm giấy vào viện và chuyển cho nhân viên phụ trách nhập viện tại Khoa khám bệnh.

- Nhân viên phụ trách nhập viện:

+ Ngay sau khi người bệnh được bác sĩ cho chỉ định nhập viện điều trị, nhân viên phụ trách nhập viện hướng dẫn người bệnh làm các thủ tục nhập viện.

+ Hoàn chỉnh thông tin hành chính vào hồ sơ bệnh án.

+ Giải thích tất cả các thông tin cần thiết khi nhập viện, ngày nhập viện, các vấn đề liên quan đến viện phí.

+ Thực hiện các thủ tục vào viện cho người bệnh, thông báo cho khoa lâm sàng nhận người bệnh biết trước để chuẩn bị điều kiện phục vụ người bệnh.

- Người bệnh được chuyển vào khoa điều trị bằng phương tiện phù hợp với tình trạng của người bệnh, có nhân viên đi kèm và bàn giao cho khoa điều trị.

b. Tại khoa điều trị

- *Điều dưỡng hành chính của khoa điều trị (hoặc đối tượng khác được phân công):* Chuẩn bị buồng bệnh, giường bệnh, chăn, màn, quần áo và các vật dụng khác (theo quy định của mỗi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) đầy đủ tại giường bệnh người bệnh được chuyển đến.

- *Điều dưỡng của khoa điều trị:*

+ Tiếp nhận giao nhận người bệnh từ nhân viên của Khoa khám bệnh

+ Kiểm tra hồ sơ bệnh án (điều dưỡng hành chính khoa hoặc người được giao nhiệm vụ tiếp nhận người bệnh: người bệnh, các kết quả xét nghiệm đã làm, các xét nghiệm đã làm nhưng chưa có kết quả)

+ Ký nhận với bên bàn giao

+ Xếp phòng, giường cho người bệnh

+ Đưa người bệnh đến giường nằm đã được chuẩn bị sẵn chăn, màn, quần áo và các vật dụng khác của bệnh viện.

+ Báo bác sĩ người bệnh vào viện.

+ Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở và các chỉ số khác theo quy định của mỗi chuyên khoa và nhận định ban đầu tình trạng người bệnh, về các dấu hiệu cấp cứu (đe dọa chức năng sống của người bệnh hoặc chức năng bộ phận cơ thể) để kịp thời xử trí khi cần thiết, báo cáo ngay cho bác sĩ trong trường hợp cần can thiệp xử trí khẩn cấp.

+ Hướng dẫn người bệnh: nội quy khoa phòng, nội quy bệnh viện, cách sử dụng các phương tiện, điều kiện sinh hoạt tại khoa điều trị và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

+ Thực hiện các y lệnh điều trị.

- *Điều dưỡng trưởng của khoa điều trị:*

- + Phân công điều dưỡng tiếp nhận người bệnh;
- + Phân công điều dưỡng theo dõi, chăm sóc người bệnh.
- *Bác sĩ khoa điều trị:*
 - + Thăm khám và chỉ định cận lâm sàng, chỉ định điều trị, chế độ dinh dưỡng và chế độ chăm sóc cho người bệnh.
 - + Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo qui chế hồ sơ bệnh án.
 - + Trường hợp người bệnh diễn biến nặng phải báo cáo ngay trưởng khoa để phối hợp xử lý.

III. Quy chế ra viện

1. Quy định chung

a. Quy chế ra viện là quy định điều kiện cho người bệnh ra viện và các thủ tục hành chính cần phải tiến hành cho người bệnh ra viện, ngay sau khi có chỉ định ra viện (bao gồm cả trường hợp người bệnh ra viện do chuyển tuyến điều trị).

b. Các thành viên trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm nhanh chóng hoàn thiện thủ tục ra viện, bảo đảm các thủ tục hành chính theo quy định.

c. Quy trình ra viện được thực hiện trong giờ hành chính, tuy nhiên trong một số trường hợp cần thiết có thể cho người bệnh ra viện trong các ngày nghỉ hoặc ngoài giờ hành chính theo quy định và hướng dẫn chi tiết của từng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Quy định cụ thể

a. Bác sĩ điều trị có nhiệm vụ:

- Đánh giá tình trạng sức khỏe, diễn biến bệnh lý của người bệnh.

- Bác sĩ điều trị chỉ định ra viện căn cứ vào tình trạng sức khỏe hiện tại của người bệnh. Trường hợp đặc biệt người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh có nguyện vọng ra viện, bác sĩ phải xem xét tình trạng bệnh và tư vấn cho người bệnh tiếp tục điều trị hoặc ký cam kết tự chịu trách nhiệm nếu người bệnh vẫn quyết định ra viện.

- Thông báo người bệnh biết tình hình sức khỏe và kết quả điều trị. Giải thích cho người bệnh về kết quả điều trị, hướng điều trị, chăm sóc tiếp tục tại nhà.

- Kê đơn thuốc cho người bệnh khi cần tiếp tục điều trị tại nhà.

- Hướng dẫn chi tiết thực hiện đơn thuốc, những dấu hiệu cần theo dõi, thận trọng và lịch hẹn tái khám.

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án: viết nhận xét tình trạng người bệnh và ghi chỉ định cho ra viện trong tờ điều trị; hoàn thiện tổng kết hồ sơ bệnh án theo mẫu quy định.

- Báo cáo trưởng khoa ký duyệt hồ sơ bệnh án cho người bệnh ra viện.

- Viết giấy ra viện, phiếu hẹn khám lại và các giấy tờ khác có liên quan (khi có yêu cầu từ phía người bệnh).

b. Bác sĩ trưởng khoa có nhiệm vụ:

- Khám, duyệt cho người bệnh ra viện,

- Ký giấy ra viện,

- Ký hồ sơ bệnh án cho người bệnh ra viện.

c. Điều dưỡng chăm sóc:

- Hoàn thiện hồ sơ chăm sóc điều dưỡng người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc, chế độ tiếp tục chăm sóc sức khỏe sau khi ra viện.
- Hỗ trợ người bệnh liên hệ phương tiện vận chuyển, giúp người bệnh ra xe (nếu cần).

d. Điều dưỡng hành chính khoa hoặc điều dưỡng thường trực:

- Báo cho người bệnh và gia đình người bệnh về kế hoạch cho người bệnh ra viện
- Làm đầy đủ thủ tục cho người bệnh ra viện.
- Hướng dẫn người bệnh hoặc gia đình người bệnh thanh toán viện phí.
- Phát giấy ra viện, thuốc (đơn thuốc) điều trị tiếp theo, phiếu hẹn khám lại.
- Bàn giao hồ sơ bệnh án cho phòng Kế hoạch tổng hợp theo quy chế lưu trữ hồ sơ bệnh án.

đ. Trợ giúp chăm sóc (Hộ lý)

- Giúp người bệnh thu gọn tư trang cá nhân và trả lại đồ dùng cho khoa
- Thu dọn giường bệnh và vệ sinh phòng bệnh

IV. Quy chế chuyển khoa

1. Quy định chung

- Quy chế chuyển khoa là yêu cầu chuyên môn và quy định các thủ tục hành chính cần phải tiến hành ngay sau khi người bệnh có chỉ định chuyển khoa.

- Áp dụng đối với tất cả người bệnh đang điều trị tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hình thức điều trị nội trú, điều trị ban ngày.

- Người bệnh có thể được chuyển từ khoa này sang khoa khác trong các tình huống sau:

+ Khi bệnh chính không thuộc chuyên khoa của khoa đang điều trị.

+ Khi bệnh chính đã được điều trị ổn định, xuất hiện bệnh kèm theo cần tiếp tục điều trị trong đợt điều trị tương ứng và bệnh kèm theo không thuộc chuyên khoa của khoa đang điều trị.

+ Trường hợp bệnh nặng chuyển cấp cứu hồi sức.

- Đảm bảo thực hiện đầy đủ và nhanh chóng các thủ tục hành chính theo quy định để người bệnh được chuyển sớm nhất ngay khi có chỉ định. Tuyệt đối không đùn đẩy người bệnh giữa các khoa.

- Người bệnh được chuyển khoa trong giờ hành chính, nhưng trong trường hợp cấp cứu người bệnh được chuyển khoa ngay theo chỉ định của bác sĩ điều trị, bất kể thời gian nào.

- Các loại hình chuyển khoa:

+ Chuyển từ khoa điều trị nội trú này sang khoa điều trị nội trú khác trong bệnh viện

+ Chuyển từ điều trị ngoại trú vào điều trị nội trú (áp dụng quy chế vào viện).

+ Chuyển từ điều trị nội trú ra điều trị ngoại trú (áp dụng quy chế ra viện).

2. Quy định cụ thể

a. Bác sĩ điều trị có trách nhiệm:

- Khi phát hiện người bệnh có bệnh chính là bệnh thuộc chuyên khoa của khoa khác, cần đề nghị tổ chức hội chẩn khoa và hội chẩn liên khoa để quyết định việc chuyển khoa (thực hiện theo Quy chế hội chẩn). Trường hợp người bệnh chuyển từ khoa điều trị nội trú ra điều trị ngoại trú, không cần thực hiện hội chẩn, bác sĩ điều trị sẽ trực tiếp quyết định.

- Giải thích lý do và cung cấp các thông tin cần thiết cho người bệnh và gia đình người bệnh được rõ.

- Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án, sơ kết hồ sơ bệnh án trong tờ điều trị, tóm tắt quá trình đã điều trị trước khi bàn giao.

b. Điều dưỡng khoa điều trị:

- Thực hiện các thủ tục hành chính theo quy định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, hướng dẫn người bệnh (người nhà người bệnh) chuẩn bị chuyển khoa.
- Thực hiện bàn giao người bệnh và hồ sơ bệnh án đang điều trị của người bệnh cho khoa điều trị mới.

c. Điều dưỡng trưởng hoặc điều dưỡng hành chính khoa điều trị mới:

- Nhận bàn giao người bệnh, hồ sơ bệnh án
- Sắp xếp giường bệnh, chăn màn, quần áo và các vật dụng khác (theo quy định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)
- Phổ biến nội quy của khoa nằm viện cho người bệnh.
- Báo cáo bác sĩ trưởng khoa để phân công bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ trực khoa tiếp nhận người bệnh.

d. Bác sĩ điều trị tại khoa mới chịu trách nhiệm:

- Tiếp nhận người bệnh, thăm khám ngay và cho y lệnh kịp thời.
- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo đúng yêu cầu của quy chế hồ sơ bệnh án.
- Trong trường hợp người bệnh cấp cứu được chuyển ngoài giờ hành chính, bác sĩ trong phiên trực phải hoàn thiện hồ sơ bệnh án ngay trong tua trực.

V. Quy chế chuyển viện

1. Quy định chung

- Quy chế chuyển viện là yêu cầu chuyên môn kỹ thuật và quy định các thủ tục hành chính cần phải tiến hành ngay sau khi có chỉ định chuyển viện.

- Áp dụng đối với tất cả người bệnh vào điều trị nội trú, điều trị ngoại trú, điều trị ban ngày hoặc khám bệnh, sơ cấp cứu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Người bệnh có thể được chuyển viện trong các tình huống sau:

+ Bệnh chính thuộc về chuyên khoa khác không thuộc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh người bệnh đang điều trị;

+ Tình trạng bệnh vượt quá năng lực chuyên môn, kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh người bệnh đang điều trị;

+ Tình trạng người bệnh đã được điều trị ổn định và chuyển sang cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng tuyến hoặc tuyến dưới để tiếp tục chăm sóc điều trị.

- Trường hợp chuyển viện theo nguyện vọng của người bệnh, người bệnh phải ký cam kết tự chịu trách nhiệm về nguy cơ bất thường khi chuyển viện.

- Đảm bảo thực hiện đầy đủ và nhanh chóng các thủ tục hành chính theo quy định để người bệnh được chuyển sớm nhất ngay khi có yêu cầu.

- Trưởng khoa hoặc trưởng tua trực là người quyết định chuyển viện trên cơ sở đề xuất của bác sĩ điều trị.

2. Quy định cụ thể

a. Bác sĩ điều trị

- Đề xuất và báo cáo Trưởng khoa (hoặc Trưởng tua trực) cho người bệnh chuyển viện.

- Giải thích rõ lý do cần chuyển viện cho người bệnh và gia đình người bệnh.

- Viết giấy chuyển tuyến theo mẫu quy định tại Thông tư 14/2014/TT-BYT ngày 14/4/2014 về việc quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Đối với người bệnh nặng, cấp cứu phải có bác sĩ hoặc điều dưỡng đưa đi, mang theo hồ sơ bệnh án tóm tắt, có phương tiện cấp cứu trên đường di chuyển người bệnh.

b. Điều dưỡng

- Điều dưỡng hành chính làm đầy đủ thủ tục cho người bệnh chuyển viện: chữ ký bác sĩ điều trị, lãnh đạo bệnh viện và đóng dấu theo quy định.

- Chuẩn bị đầy đủ giấy chuyển tuyến, phương tiện cấp cứu cần thiết trên đường di chuyển người bệnh.

- Đối với người bệnh nặng, cấp cứu theo sự phân công của trưởng phiên trực (ngoài giờ hành chính) hoặc trưởng khoa (trong giờ hành chính) hộ tống, cấp cứu, chăm sóc người bệnh trên đường di chuyển người bệnh.

- Bàn giao người bệnh, giấy chuyển tuyến, tư trang (nếu có) cho người đón tiếp ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mới đến và hai bên kí nhận vào sổ bàn giao.

c. Bác sĩ trưởng khoa

- Xem xét và quyết định cho người bệnh chuyển viện

- Trưởng Khoa (trưởng phiên trực) của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có người bệnh đang điều trị liên hệ với bệnh viện dự định chuyển người bệnh đến, đặc biệt trường hợp người bệnh ở trong tình trạng cấp cứu.

d. Giám đốc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

- Giám đốc hoặc người được giám đốc uỷ quyền theo quy định tại Điều 6, Thông tư số 14/2014/TT-BYT ngày 14 tháng 04 năm 2014 của Bộ Y tế về việc quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kí, duyệt giấy chuyển viện cho người bệnh.

VI. Quy chế giao nhận người bệnh

1. Quy định chung

a. Quy chế giao nhận người bệnh quy định những tình huống cần giao nhận và thống nhất thông tin cần giao nhận giữa các nhân viên y tế tham gia chăm sóc và điều trị người bệnh.

b. Giao nhận người bệnh là việc bảo đảm người bệnh và mọi thông tin quan trọng của người bệnh được giao nhận đầy đủ, hiệu quả và thống nhất giữa các nhân viên y tế tham gia chăm sóc và điều trị người bệnh.

c. Thông tin cần được bàn giao bao gồm:

- Thông tin nhận diện người bệnh;

- Hồ sơ bệnh án:

+ Chẩn đoán;

+ Diễn biến bệnh và những can thiệp đã thực hiện cho người bệnh (bao gồm cả thuốc và chỉ định cận lâm sàng đã thực hiện và chưa thực hiện);

+ Tình trạng người bệnh hiện tại;

- Lý do bàn giao.

2. Quy định cụ thể

a. Xác định các tình huống cần giao nhận người bệnh: Việc giao nhận người bệnh cần được thực hiện khi:

- Chuyển viện

- Chuyển khoa điều trị (bao gồm cả chuyển từ Khoa khám bệnh vào Khoa điều trị);

- Chuyển khám chuyên khoa

- Chuyển để thực hiện phẫu thuật, thủ thuật.

b. Nhân viên y tế chịu trách nhiệm bàn giao người bệnh cần thực hiện đầu đủ các công việc sau:

- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ trước khi thực hiện bàn giao người bệnh

- Đưa người bệnh đến nơi cần bàn giao

- Gặp và giới thiệu nhân viên tại nơi tiếp nhận người bệnh

- Thực hiện bàn giao theo Phiếu bàn giao người bệnh quy định tại Phụ lục ...

- Ký xác nhận đã bàn giao đầy đủ vào Sổ giao nhận người bệnh

c. Người nhận bàn giao:

- Tiếp nhận người bệnh từ nhân viên bàn giao
- Kiểm tra hồ sơ và ký nhận vào Sổ giao nhận người bệnh
- Thực hiện các công tác chuyên môn theo quy định sau khi nhận bàn giao người bệnh.

d. Giao nhận người bệnh giữa nhân viên y tế và người đại diện hợp pháp của gia đình người bệnh, các tổ chức, cơ quan có thẩm quyền sẽ thực hiện theo quy chế trên và người nhận bàn giao sẽ thực hiện các nội dung quy định tại Khoản 2.c Quy chế này.

e. Giao nhận người bệnh giữa các ca trực, phiên trực: người bàn giao và người nhận bàn giao thực hiện đầy đủ nội dung theo quy định tại Điểm 2, Khoản 1.c Quy chế này.

VII. Quy chế thường trực

1) Quy định chung

1. Quy chế thường trực là quy định tổ chức thường trực tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giường bệnh điều trị nội trú ngoài giờ làm việc hành chính và trong các ngày nghỉ, ngày lễ theo quy định của Nhà nước để bảo đảm hoạt động của bệnh viện được duy trì liên tục 24 giờ trên ngày; 7 ngày trên tuần; tất cả các ngày trong năm để kịp thời tiếp nhận cấp cứu, khám bệnh, chẩn đoán và điều trị ngay cho người bệnh.

2. Quy chế tổ chức thường trực quy định về tổ chức sắp xếp nhân sự và chức trách, nhiệm vụ của mỗi vị trí và chế độ theo dõi, báo cáo của mỗi vị trí thường trực trong bệnh viện.

3. Thường trực là nhiệm vụ quan trọng của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, phải được tổ chức thực hiện nghiêm túc trong mọi trường hợp.

4. Các vị trí thường trực phải có biển, bảng, mũi tên hướng dẫn, đèn sáng và có sổ ghi chép tình hình phiên thường trực, có danh sách, số điện thoại của giám đốc, trưởng các khoa, trưởng các phòng, chuyên gia của các chuyên khoa để mời hội chẩn khi có yêu cầu.

5. Người thường trực phải có mặt đầy đủ, đúng giờ để nhận bàn giao của phiên thường trực trước và khi hết giờ phải bàn giao cho phiên thường trực sau, không được rời bỏ vị trí thường trực và phải thực hiện mệnh lệnh thường trực của cấp trên.

6. Lập kế hoạch thường trực:

+ Lịch trực của bệnh viện do phòng Kế hoạch Tổng hợp soạn thảo trên cơ sở đề xuất của các khoa, phòng, đơn vị trong bệnh viện.

+ Lịch trực phải được Lãnh đạo bệnh viện phê duyệt (hoặc người được ủy quyền) và gửi tới các khoa, phòng, đơn vị từ trước tối thiểu 05 ngày làm việc của tháng trực tiếp theo. Trong trường hợp, cơ sở KB, CB quy định ban hành lịch trực hàng tuần, lịch trực phải được gửi trước tối thiểu 3 ngày làm việc của tuần trực tiếp theo.

+ Lịch trực được đặt ở các vị trí thường trực.

7. Tổ chức thường trực tại bệnh viện theo 4 cấp, gồm:

- + Thường trực lãnh đạo
- + Thường trực lâm sàng
- + Thường trực cận lâm sàng
- + Thường trực hành chính, bảo vệ

(Tùy theo nhu cầu của bệnh viện có thể bố trí thêm cấp trực tham vấn chuyên môn)

8. Các phiên thường trực phải được tổ chức chặt chẽ; người thường trực phải bảo đảm chuẩn bị đầy đủ các phương tiện vận chuyển, thiết bị, dụng cụ y tế và thuốc vật tư y tế để kịp thời cấp cứu người bệnh theo quy định của bệnh viện đối với mỗi vị trí thường trực.

2) Quy định cụ thể

1. Thường trực lãnh đạo:

a) Đối tượng thường trực lãnh đạo là:

- Giám đốc, phó giám đốc;
- Lãnh đạo khoa, phòng được tham gia thường trực lãnh đạo khi được giám đốc chỉ định và ủy quyền bằng văn bản.

b) Nhiệm vụ của thường trực lãnh đạo:

- Kiểm tra đôn đốc các phiên thường trực trong bệnh viện.
- Chỉ đạo giải quyết các vấn đề, tình huống khó khăn, vượt khả năng chuyên môn của các thành viên thường trực cấp dưới không giải quyết được.
- Chỉ đạo xử lý các vụ việc bất thường về an ninh xảy ra trong bệnh viện. Thông báo cho cơ quan công an để phối hợp theo mức độ của vụ việc.
- Báo cáo ngay lên cấp trên trực tiếp quản lý bệnh viện về những trường hợp đặc biệt, đột xuất xảy ra vượt quá thẩm quyền giải quyết.

2. Thường trực lâm sàng:

a) Đối tượng thường trực lâm sàng:

- Trưởng phiên thường trực lâm sàng: Là trưởng khoa, phó khoa, bác sĩ có trình độ sau đại học đối với các bệnh viện hạng đặc biệt, I, II; Trưởng khoa, phó khoa (hoặc một số bác sĩ khác do giám đốc chỉ định và ủy quyền bằng văn bản) đối với bệnh viện hạng III và chưa xếp hạng.

- Bác sĩ thường trực lâm sàng là nhân viên của khoa lâm sàng được phân công thường trực, bao gồm thường trực chính và thường trực phụ (nếu có) đáp ứng yêu cầu sau:

+ Thường trực chính là người có đủ trình độ, độc lập giải quyết công việc và chịu trách nhiệm với phương án giải quyết công việc.

+ Thường trực phụ là người giúp việc cho thường trực chính; thường trực phụ là người hành nghề y, được trong thời gian tập sự; hoặc chưa có chứng chỉ hành nghề theo quy định; hoặc người có chứng chỉ hành nghề chưa đủ năng lực chuyên môn giao trách nhiệm thường trực chính.

- Điều dưỡng thường trực lâm sàng là người hành nghề được cấp chứng chỉ hành nghề của khoa đối với bệnh viện hạng I, hạng II. Riêng Bệnh viện hạng III, bệnh viện chưa xếp hạng có thể tổ chức thường trực điều dưỡng liên khoa do giám đốc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định.

b) Nhiệm vụ của trưởng phiên thường trực lâm sàng:

+ Điều hành nhân lực trong phiên thường trực để hoàn thành nhiệm vụ.

+ Khám và cho y lệnh giải quyết các trường hợp cấp cứu, người bệnh mới đến và người bệnh nặng đang điều trị có diễn biến bất thường khi bác sĩ thường trực lâm sàng của khoa không giải quyết được.

+ Báo cáo và xin ý kiến thường trực lãnh đạo trong trường hợp vượt quá khả năng giải quyết về chuyên môn và các trường hợp đặc biệt như tự sát, dịch bệnh, thảm họa, cấp cứu hàng loạt...

+ Thông báo với thường trực bảo vệ, đồng thời báo cáo thường trực lãnh đạo trong trường hợp mất an ninh, trật tự trong bệnh viện.

+ Tăng cường kiểm tra, đôn đốc các vị trí thường trực ít nhất 2 lần trong phiên thường trực đối với bệnh viện hạng 3, hạng 2 và ít nhất 1 lần trong phiên thường trực đối với bệnh viện hạng 1, hạng đặc biệt.

c) Nhiệm vụ của bác sĩ thường trực lâm sàng:

+ Tiếp nhận người bệnh đến cấp cứu.

+ Theo dõi xử lý người bệnh được bàn giao.

+ Hướng dẫn đôn đốc mọi thành viên trong phiên thường trực thực hiện đầy đủ các y lệnh.

+ Phân công trách nhiệm cho một thành viên thường trực theo dõi sát sao, xử lý kịp thời các diễn biến xấu đối với người bệnh nặng diện chăm sóc cấp I.

+ Thăm khám người bệnh thuộc diện chăm sóc cấp 1 ít nhất 3 giờ một lần và ghi hồ sơ bệnh án sau mỗi lần thăm khám (cũ là ít nhất 2 giờ/ 1 lần).

d) Nhiệm vụ của điều dưỡng thường trực

+ Thực hiện y lệnh, chăm sóc theo dõi người bệnh.

+ Đôn đốc người bệnh thực hiện nội qui bệnh viện.

+ Bảo quản hồ sơ, tủ thuốc, tài sản của khoa.

+ Phát hiện người bệnh có diễn biến bất thường, có nguy cơ tử vong, báo cáo bác sĩ thường trực, đồng thời ghi đầy đủ các diễn biến vào phiếu theo dõi.

3. Thường trực cận lâm sàng:

- Phải được tổ chức riêng từng chuyên khoa, tùy theo khối lượng công việc mà bố trí số người thường trực cho phù hợp; có nhiệm vụ:

- Làm các xét nghiệm cấp cứu và các kỹ thuật cận lâm sàng để phục vụ cho việc chẩn đoán và điều trị theo yêu cầu của thường trực cận lâm sàng.

4. Thường trực hành chính, bảo vệ:

- Thường trực lái xe phải bảo đảm có xe ô tô cứu thương sẵn sàng làm nhiệm vụ khi có lệnh.

- Thường trực điện, nước bảo đảm cho máy phát điện hoạt động ngay sau khi mất điện đột xuất 5 phút; sửa chữa điện, nước hỏng bất thường để bảo đảm đủ điện, nước dùng cho cấp cứu, điều trị, sinh hoạt của người bệnh.

- Thường trực hành chính phải đảm bảo thông tin liên lạc bằng điện thoại và hình thức thông tin khác (theo quy định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh).

- Thường trực bảo vệ có nhiệm vụ bảo đảm an ninh trật tự trong bệnh viện.

- Trục vật tư thiết bị y tế có nhiệm vụ bảo đảm cung cấp và vận hành trang thiết bị y tế phục vụ cho cấp cứu.

- Trục công nghệ thông tin có nhiệm vụ bảo đảm hệ thống mạng quản lý bệnh viện hoạt động bình thường.

- Trục Tài chính – kế toán có nhiệm vụ bảo đảm thu viện phí cho người bệnh đến khám, ra – vào viện ngoài giờ hành chính.

5. Theo dõi, báo cáo tình hình phiên thường trực

Sau phiên thường trực, các khoa, phòng phải tổ chức giao ban để nghe báo cáo tình hình thường trực của các bộ phận thường trực: lâm sàng, cận lâm sàng, hành chính, bảo vệ. Nội dung báo cáo tình hình phiên thường trực được ghi đầy đủ vào sổ thường trực trong buổi họp giao ban như sau:

1. Thường trực lâm sàng: Báo cáo đầy đủ diễn biến tình hình người bệnh trong suốt thời gian thường trực, theo các nội dung sau:

- Tử vong: Ghi rõ diễn biến của người bệnh, cách xử lý, nguyên nhân, thời gian tử vong và những việc làm cụ thể sau khi người bệnh tử vong.

- Cấp cứu: Ghi rõ tên, tuổi, địa chỉ, chẩn đoán và cách giải quyết đối với từng người bệnh đến cấp cứu.

- Diễn biến nặng của người bệnh nội trú: Ghi rõ các diễn biến về bệnh tật, cách xử lý đối với từng người bệnh.

- Thuốc: Ghi rõ thuốc đã sử dụng cấp cứu cho từng người bệnh trong phiên trực.

- Pháp y: Trường hợp người bệnh có liên quan đến pháp y, bác sĩ thường trực có trách nhiệm:

+ Ghi rõ đầy đủ tình trạng người bệnh, các thương tích, lời khai của người bệnh, gia đình người bệnh, người chuyên chở, người làm chứng nếu có.

+ Trường hợp chỉ có người chuyên chở thì phải ghi thêm họ, tên, địa chỉ người chuyên chở, số chứng minh thư nhân dân, biển số xe...

+ Lập biên bản kiểm kê tư trang của người bệnh không có thân nhân đi cùng, có chữ ký của trưởng phiên thường trực lâm sàng và người chuyên chở.

+ Báo cáo giám đốc bệnh viện và trưởng phòng hành chính quản trị để báo ngay cho gia đình người bệnh nếu người bệnh có giấy tờ tùy thân hoặc báo cơ quan công an gần nhất nếu không có giấy tờ tùy thân.

2. Thường trực cận lâm sàng: Báo cáo tình hình xét nghiệm cấp cứu và các kỹ thuật cận lâm sàng đã thực hiện trong phiên thường trực.

3. Thường trực hành chính, bảo vệ: Báo cáo tình hình điện, nước, điện thoại, vệ sinh, xe ô tô cứu thương và an ninh trật tự trong phiên thường trực; báo cáo hoạt động trang thiết bị y tế phục vụ người bệnh trong tua trực; báo cáo hoạt động của hệ thống mạng quản lý bệnh viện và báo cáo tình hình thu chi tài chính trong tua trực.

4. Thường trực lãnh đạo: Có nhận xét chung về tình hình phiên thường trực tại giao ban toàn bệnh viện.

VIII. Quy chế hội chẩn

1) Quy định chung

1. Quy chế hội chẩn quy định các tình huống cần tổ chức hội chẩn; cách thức tổ chức và thành phần tham gia tương ứng đối với mỗi loại hình hội chẩn.

2. Quy chế hội chẩn được áp dụng đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là bệnh viện công lập và tư nhân.

3. Hội chẩn là hình thức tập trung tài năng trí tuệ tập thể của thầy thuốc khi bệnh vượt quá khả năng chẩn đoán và điều trị của người hành nghề hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đã điều trị nhưng bệnh không có tiến triển tốt hoặc có diễn biến xấu đi để đưa ra phương án điều trị tối ưu nhằm cứu chữa người bệnh kịp thời.

4. Hội chẩn được thực hiện trong các tình huống sau

a. Khó chẩn đoán và điều trị.

b. Bệnh nặng, cấp cứu tiên lượng dè dặt mà khó chẩn đoán nguyên nhân bệnh chính để quyết định hướng xử trí.

c. Chỉ định phẫu thuật.

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

6. Hội chẩn thường quy được thực hiện trong giờ hành chính (khó chẩn đoán, điều trị; phẫu thuật mổ phôi); hội chẩn đột xuất (Bệnh nặng, cấp cứu tiên lượng dè dặt mà khó chẩn đoán nguyên nhân bệnh chính để quyết định hướng xử trí; mổ cấp cứu) có thể thực hiện bất kể thời gian nào theo yêu cầu của bác sĩ trực.

7. Người được mời tham gia hội chẩn phải có trình độ chuyên môn tốt, có tinh thần trách nhiệm; trường hợp mời đích danh, hoặc những người thuộc các vị trí theo quy định tham gia hội chẩn tại Mục 2, quy chế này, không tham gia được phải cử hoặc phân công người có trình độ chuyên môn tương đương đi thay và ký thay trong biên bản hội chẩn.

8. Người được mời tham gia hội chẩn phải nghiên cứu hồ sơ bệnh án và thăm khám người bệnh trước khi tiến hành hội chẩn.

2) Quy định cụ thể

1. Quy định về các tình huống cần hội chẩn:

a. Hội chẩn thường quy:

- Các trường hợp khó chẩn đoán xác định nguyên nhân bệnh.

- Các trường hợp người bệnh có chỉ định phẫu thuật.

- 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.

- Các trường hợp Hội chẩn phác đồ điều trị khi mới vào viện (nếu cần thiết)
- Sử dụng thuốc dấu sao (theo quy định tại Thông tư số 40/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014 của Bộ Y tế Ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế)

- Chỉ định kỹ thuật cao

b. Hội chẩn đột xuất:

- Bệnh nặng, cấp cứu tiên lượng dè dặt mà khó chẩn đoán nguyên nhân bệnh chính để quyết định hướng xử trí.

2. Loại hình hội chẩn:

2.1 Hội chẩn trực tiếp:

Các hình thức hội chẩn bao gồm:

- Hội chẩn khoa;
- Hội chẩn liên khoa;
- Hội chẩn toàn bệnh viện;
- Hội chẩn liên bệnh viện;

2.2. Hội chẩn gián tiếp:

- Hội chẩn chẩn khám chữa bệnh từ xa (TeleHealth)
- Hội chẩn qua tham khảo ý kiến chuyên gia bằng công nghệ thông tin

2.3. Hội chẩn khác theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Tổ chức hội chẩn trực tiếp:

3.1. Tổ chức hội chẩn trực tiếp:

3.1.1. Hội chẩn khoa:

- Người đề xuất: Bác sĩ điều trị người bệnh.
- Người duyệt đề xuất: Bác sĩ trưởng khoa.
- Người chủ trì: Bác sĩ trưởng khoa hoặc Phó trưởng khoa được trưởng khoa phân công.

- Thành phần dự:

- + Bác sĩ trực tiếp điều trị người bệnh
- + Các bác sĩ điều trị trong khoa.
- + Điều dưỡng trưởng khoa.
- + Điều dưỡng trực tiếp theo dõi người bệnh hội chẩn.

- Thư ký: Là bác sĩ hoặc điều dưỡng trong khoa, 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.

3.1.2. Hội chẩn liên khoa:

- Người đề xuất: Bác sĩ điều trị người bệnh
- Duyệt đề xuất: Trưởng khoa
- Người chủ trì: Bác sĩ Trưởng khoa có người bệnh đang điều trị hoặc Bác sĩ Phó trưởng khoa do Trưởng khoa phân công.
- Thành phần dự:
 - + Bác sĩ trực tiếp điều trị người bệnh.
 - + Các bác sĩ điều trị trong khoa
 - + Điều dưỡng trưởng khoa.
 - + Bác sĩ trưởng khoa hoặc phó trưởng khoa của khoa có liên quan
 - + Chuyên gia (nếu có).
- Thư ký: Là bác sĩ hoặc điều dưỡng do trưởng khoa có người bệnh đang điều trị chỉ định.

- Tiến hành trong trường hợp: Người bệnh mắc thêm hoặc nghi ngờ có mắc thêm một hoặc nhiều bệnh thuộc chuyên khoa khác.

3.1.3. Hội chẩn toàn bệnh viện:

- Người đề xuất: Bác sĩ trưởng khoa có người bệnh đang điều trị.
- Người duyệt đề xuất: Giám đốc bệnh viện
- Người chủ trì: Giám đốc bệnh viện hoặc Phó giám đốc phụ trách chuyên môn được giám đốc phân công.
- Thành phần dự:
 - + Các bác sĩ trưởng khoa hoặc phó trưởng khoa của Khoa có người bệnh đang điều trị và của các Khoa Lâm sàng, Cận lâm sàng liên quan.
 - + Trưởng phòng điều dưỡng.
 - + Điều dưỡng trưởng của khoa có người bệnh đang điều trị
 - + Chuyên gia (nếu có)
- Thư ký: Trưởng phòng hoặc Phó trưởng phòng kế hoạch tổng hợp được Trưởng phòng phân công.

- Tiến hành trong trường hợp: Người bệnh mắc bệnh nặng liên quan đến nhiều chuyên khoa khó chẩn đoán và điều trị chưa có hiệu quả.

3.1.4. Hội chẩn liên bệnh viện:

- Người đề xuất: Bác sĩ trưởng khoa có người bệnh đang điều trị

- Người duyệt đề xuất: Giám đốc bệnh viện

- Người chủ trì: Giám đốc bệnh viện hoặc Phó Giám đốc phụ trách chuyên môn được Giám đốc phân công

- Thành phần dự:

+ Đối với Bệnh viện có người bệnh đang điều trị: Các bác sĩ trưởng khoa hoặc phó trưởng khoa của Khoa có người bệnh đang điều trị và của các Khoa Lâm sàng, Cận lâm sàng liên quan; Trưởng phòng điều dưỡng; Điều dưỡng trưởng của khoa có người bệnh đang điều trị.

+ Đối với Bệnh viện được mời tham gia hội chẩn: Đại diện Lãnh đạo bệnh viện hoặc Trưởng Khoa liên quan đến chuyên khoa cần hội chẩn; và đại diện Phòng Kế hoạch tổng hợp.

+ Chuyên gia (nếu có)

- Thư ký: Trưởng phòng kế hoạch tổng hợp hoặc Phó trưởng phòng được Trưởng phòng phân công.

- Tiến hành trong trường hợp: Người bệnh mắc bệnh nặng, hiếm gặp, cần ý kiến của chuyên khoa sâu.

3.2. Trình tự và nội dung hội chẩn trực tiếp

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 lại giường hoặc tại buồng riêng cho phù hợp.

b. 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 kí, ghi rõ họ tên và chức danh.

c. 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 hội chẩn ký, ghi rõ họ tên và chức danh.

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

e. Khi người bệnh có chỉ định phẫu thuật (ngoại trừ trường hợp phẫu thuật cấp cứu ngoài giờ hành chính) phải được hội chẩn. Hội chẩn có đầy đủ các phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ điều trị khoa có người bệnh phẫu thuật và điều dưỡng trưởng khoa có người bệnh phẫu thuật và điều dưỡng trưởng khoa gây mê hồi sức.

f. Nghiêm cấm các trường hợp: Tiến hành phẫu thuật mà không hội chẩn hoặc bác sĩ phẫu thuật quyết định phẫu thuật không theo kết luận trong biên bản hội chẩn phải báo cáo lại trưởng khoa để quyết định trước khi phẫu thuật.

4. Hội chẩn khám chữa bệnh từ xa

4.1. Quy định chung:

- Hội chẩn tư vấn khám, chữa bệnh từ xa được tổ chức dựa trên nhu cầu của các cơ sở y tế và có sự thống nhất giữa các cơ sở khám, chữa bệnh trước khi triển khai.

- Việc quyết định chẩn đoán và điều trị cho người bệnh hoàn toàn là trách nhiệm của cơ sở KCB có người bệnh cần hội chẩn, tư vấn.

- Các cơ sở khám, chữa bệnh tham gia hội chẩn phải bảo mật thông tin của người bệnh theo đúng quy định của pháp luật.

- Người thực hiện bao gồm: Bác sĩ, Điều dưỡng, Kỹ thuật viên, dược sĩ (Số lượng và thành phần cụ thể tùy theo đặc điểm từng ca bệnh); Phòng chức năng: Đại diện Phòng Kế hoạch tổng hợp; Phòng Đào tạo – Chỉ đạo tuyến; Cán bộ kỹ thuật công nghệ thông tin.

- Chuẩn bị đầy đủ phương tiện, công cụ và chuẩn bị người bệnh: Cơ sở hạ tầng, trang thiết bị: Chuẩn bị đầy đủ theo quy định về điều kiện trang thiết bị phòng họp hội chẩn, tư vấn khám chữa bệnh từ xa; Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định; Người bệnh và/hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý với kế hoạch tổ chức hội chẩn, người bệnh có mặt tại Phòng hội chẩn BVTĐ/ BV cần hội chẩn.

4.2. Các bước thực hiện:

Bước 1. Xác định nhu cầu tổ chức hội chẩn từ xa

- Hội chẩn ca bệnh: KB, CB tuyến dưới (gọi tắt Bệnh viện tuyến dưới BVTĐ) có ca bệnh khó, hội chẩn trong nội bộ bệnh viện và xác định cần hội chẩn với cơ sở KB, CB tuyến trên (gọi tắt Bệnh viện tuyến trên BVTT).

- Đào tạo trực tuyến: BVTD có nhu cầu cần thiết bổ sung kiến thức qua các ca hội chẩn lâm sàng; hoặc BVTT thấy cần bổ sung kiến thức cho BVTD qua kinh nghiệm thực tế còn yếu từ các ca bệnh đã hội chẩn.

Bước 2. Đăng ký tổ chức hội chẩn

- BVTD chuẩn bị hồ sơ bệnh án và báo cáo tóm tắt diễn biến ca bệnh cần hội chẩn. Tóm tắt Hồ sơ bệnh án và diễn biến ca bệnh cần hội chẩn, gồm: Bệnh sử, tiền sử, kết quả thăm khám, cận lâm sàng, chẩn đoán sơ bộ, quá trình điều trị, yêu cầu hội chẩn và các thông tin khác với mục đích phục vụ cho việc chẩn đoán và điều trị cho người bệnh.

- BVTD đăng ký hội chẩn từ xa trên ứng dụng phần mềm hội chẩn trực tuyến để đăng ký hội chẩn.

- Gửi thông tin, tóm tắt bệnh án của bệnh nhân (bao gồm bệnh sử, tiền sử, kết quả thăm khám, cận lâm sàng, chẩn đoán sơ bộ, xử trí, yêu cầu hội chẩn) cho BVTT trước khi hội chẩn tối thiểu 01 ngày (trừ cấp cứu). Nêu rõ nhu cầu cần BVTT tư vấn nội dung gì.

Bước 3. Tiếp nhận thông tin

- Phòng KHTH (hoặc phòng chức năng khác được giám đốc BV giao nhiệm vụ) BVTT tiếp nhận thông tin và kiểm tra thông tin bệnh án.

- Chuyển nội dung hội chẩn, báo cáo tóm tắt cho các thành viên, chuyên gia dự kiến mời tham gia hội chẩn.

- Phòng KHTH tiếp nhận phản hồi từ chuyên gia, yêu cầu BVTD cung cấp thêm thông tin (nếu cần).

Bước 4. Xếp lịch, mời hội chẩn

- Phòng KHTH BVTT xếp lịch hội chẩn, mời chuyên gia hội chẩn và thông báo lại cho BVTD về thời gian hội chẩn trực tuyến. Trong trường hợp cấp cứu, Phòng KHTH BVTT khẩn trương mời chuyên gia và tiến hành hội chẩn ngay sau khi nhận được yêu cầu của BVTD.

- BVTT mời thành phần của BVTT theo các chuyên khoa liên quan đến ca bệnh được hội chẩn.

- BVTD thông báo cho người bệnh được hội chẩn/ thông báo và mời các thầy thuốc trực tiếp điều trị ca bệnh, các chuyên khoa liên quan, P KHTH, phòng chỉ đạo tuyến,...

- Phòng KHTH tham mưu lãnh đạo Bệnh viện phân lịch trực tổng đài, người tư vấn, cán bộ kỹ thuật CNTT.

Bước 5. Thông báo và kích hoạt các đầu cầu

- Bộ phận công nghệ thông tin của 2 cơ sở BVTT và BVTD trực tiếp thực hiện và liên hệ với nhau để kết nối và thử đường truyền, bảo đảm kết nối trước khi thực hiện hội chẩn.

Bước 6. Tổ chức họp hội chẩn

- Bệnh viện cần hội chẩn báo cáo tình trạng, diễn biến, các thông số về lâm sàng và cận lâm sàng...

- Bổ sung các thông số hoặc cung cấp trực tiếp theo yêu cầu các chuyên gia hội chẩn.

- Thảo luận về chẩn đoán dựa trên các thông số lâm sàng và cận lâm sàng

- Đưa ra chẩn đoán xác định và hướng điều trị chi tiết và cụ thể.

Bước 7. Kết luận hội chẩn

- Phòng KHTH và Bác sĩ điều trị của BVTD viết biên bản hội chẩn

- Gửi Phòng KHTH BVTT trên xin ý kiến thống nhất biên bản hội chẩn

- Biên bản hội chẩn do BVTD ký. Nội dung biên bản hội chẩn tối thiểu phải có các nội dung sau:

- Đánh giá diễn biến ca bệnh

- Chẩn đoán xác định, hướng điều trị

+ Tiếp tục tại BVTD

+ Chuyển tuyến

+ Hỗ trợ đào tạo bổ sung về chuyên môn liên quan

Bước 8. Báo cáo diễn biến các ca bệnh

- Buổi hội chẩn kế tiếp

- Báo cáo khẩn nếu diễn biến ca bệnh nặng lên qua số hotline của Phòng KHTH.

IX. Quy chế làm hồ sơ bệnh án

1) Quy định chung

1. Quy chế làm hồ sơ bệnh án quy định nhiệm vụ của từng đối tượng theo chức trách, nhiệm vụ trong quá trình theo dõi, điều trị, chăm sóc người bệnh để ghi chép và hoàn thiện trên hồ sơ bệnh án; được áp dụng đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Hồ sơ bệnh án là tài liệu y học, y tế và pháp lý về chuyên môn kỹ thuật ghi lại toàn bộ quá trình diễn biến, điều trị và chăm sóc người bệnh trong suốt đợt điều trị tương ứng. Hồ sơ bệnh án bao gồm các tài liệu, thông tin liên quan đến người bệnh và quá trình khám bệnh, chữa bệnh.

4. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải thực hiện lập hồ sơ bệnh án để theo dõi, điều trị, chăm sóc người bệnh điều trị nội trú, ngoại trú.

5. Việc làm hồ sơ bệnh án phải được tiến hành và hoàn thiện khẩn trương, khách quan, thận trọng, chính xác và khoa học.

6. Ghi chép hồ sơ bệnh án theo đúng chức trách, nhiệm vụ được giao.

7. Bảo đảm chữ viết rõ ràng, dễ đọc, không tẩy xóa, sửa chữa nội dung hồ sơ bệnh án.

8. Hồ sơ bệnh án phải được lập bằng giấy hoặc bản điện tử và phải được ghi rõ, đầy đủ các mục có trong hồ sơ bệnh án.

9. Thông tin về tình trạng sức khỏe và đời tư được ghi trong hồ sơ bệnh án của người bệnh phải được giữ bí mật, chỉ được phép công bố khi người bệnh đồng ý hoặc để chia sẻ thông tin, kinh nghiệm nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, chăm sóc, điều trị người bệnh giữa những người hành nghề trong nhóm trực tiếp điều trị cho người bệnh hoặc trong trường hợp khác được pháp luật quy định.

2) Quy định cụ thể

1. Bác sĩ điều trị có nhiệm vụ:

- Làm bệnh án cho người bệnh được điều trị nội trú, ban ngày và ngoại trú.
- Người bệnh cấp cứu phải được làm bệnh án ngay, hoàn chỉnh trước 24 giờ.
- Người bệnh không thuộc diện cấp cứu phải hoàn chỉnh bệnh án trước 36 giờ.
- Phải ghi đầy đủ các mục quy định trong bệnh án, chữ viết rõ ràng, không tẩy xóa; họ và tên người bệnh viết chữ in hoa, có đánh dấu.
- Trong quá trình điều trị hàng ngày phải ghi bổ sung các diễn biến, chế độ theo dõi, phân cấp chăm sóc, chế độ dinh dưỡng và các chỉ định mới vào hồ sơ bệnh án. Việc kê đơn thuốc điều trị trong hồ sơ bệnh án được quy định tại Quy chế chẩn đoán bệnh và kê đơn điều trị.

- Ghi rõ trong tờ điều trị: người bệnh nội trú ban ngày hay nội trú 24h
- Người bệnh điều trị trên 15 ngày phải tóm tắt quá điều trị theo mẫu quy định.
- Người bệnh ra viện bác sĩ điều trị phải hoàn chỉnh và tổng kết hồ sơ bệnh án theo quy định.

2. Bác sĩ trưởng khoa có nhiệm vụ:

- Thăm khám lại người bệnh nội trú đã được điều trị trong khoa 3 - 4 ngày mà điều trị chưa có hiệu quả.

- Kết quả thăm khám, nhận xét và chỉ định (nếu có) phải được ghi vào tờ điều trị, kí ghi rõ họ tên.

- Tối thiểu 5 ngày/ một lần bác sĩ trưởng khoa hoặc phó trưởng khoa phải xem hồ sơ bệnh án và ghi chép vào hồ sơ bệnh án.

3. Sắp xếp và dán hồ sơ bệnh án:

Điều dưỡng hành chính khoa có nhiệm vụ:

- Sắp xếp, hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án.

- Hồ sơ bệnh án phải có bìa, đóng thêm gáy để dán các tài liệu theo trình tự quy định:

+ Các giấy tờ hành chính.

+ Các tài liệu của tuyến dưới (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, chẩn đoán bệnh.

4. Quản lí hồ sơ bệnh án:

- Toàn bộ nhân viên trong khoa có trách nhiệm bảo quản, giữ gìn hồ sơ bệnh án trong khoa. Điều dưỡng hành chính khoa điều trị có trách nhiệm quản lý chung và chịu trách nhiệm chính về lưu giữ, bảo quản hồ sơ bệnh án trong khoa.

- Hồ sơ bệnh án được để vào giá hoặc tủ theo quy định, dễ thấy, dễ lấy.

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

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

5. Lưu trữ hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án được hoàn chỉnh và đóng dấu giáp lai;

- Hồ sơ bệnh án được đặt trong một cặp bìa cứng, có dán mã lưu kho theo đúng quy định;

- Hồ sơ bệnh án được lưu trữ theo các cấp độ mật của pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước;

- Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú được lưu trữ ít nhất 10 năm; hồ sơ bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt được lưu trữ ít nhất 15 năm; hồ sơ bệnh án đối với người bệnh tâm thần, người bệnh tử vong được lưu trữ ít nhất 20 năm;

- Trường hợp lưu trữ hồ sơ bệnh án bằng bản điện tử, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có bản sao dự phòng và thực hiện theo các chế độ lưu trữ quy định trên.

6. Khai thác hồ sơ bệnh án:

Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định việc cho phép khai thác hồ sơ bệnh án trong các trường hợp sau đây:

- Sinh viên thực tập, nghiên cứu viên, người hành nghề trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc hoặc sao chép phục vụ cho việc nghiên cứu hoặc công tác chuyên môn kỹ thuật;

- Đại diện cơ quan quản lý nhà nước về y tế trực tiếp quản lý cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan điều tra, viện kiểm sát, tòa án, thanh tra chuyên ngành y tế, cơ quan bảo hiểm, tổ chức giám định pháp y, pháp y tâm thần, luật sư được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc hoặc sao chép phục vụ nhiệm vụ được giao theo thẩm quyền cho phép;

- Người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh được nhận bản tóm tắt hồ sơ bệnh án nếu có yêu cầu bằng văn bản, trừ trường hợp pháp luật có quy định khác.

- Các đối tượng được phép khai thác hồ sơ bệnh án quy định trên phải bảo đảm giữ bí mật thông tin của người bệnh và chỉ được sử dụng theo đúng mục đích như đã đề nghị với người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

X. Quy chế y lệnh qua lời nói

1) Quy định chung

- Ra Y lệnh qua lời nói là việc thông tin giữa bác sĩ và điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên (gọi tắt là điều dưỡng) để chỉ định điều trị cho người bệnh bằng lời nói trực tiếp tại chỗ.

- Quy chế Y lệnh qua lời nói được thực hiện tại các Khoa trong bệnh viện, đặc biệt tại các Khoa hồi sức tích cực, gây mê hồi sức, ngoại khoa, cấp cứu.

- Quy chế y lệnh qua lời nói chỉ áp dụng khi bác sĩ trực tiếp có mặt trước người bệnh, nhưng không thể ghi y lệnh vào hồ sơ bệnh án ngay được, cụ thể trong các tình huống sau:

+ Khi người bệnh đang trong tình trạng nguy kịch, bác sĩ đang thực hiện cấp cứu và không thể viết được;

+ Khi người bệnh đang được làm phẫu thuật, thủ thuật và bác sĩ đang thực hiện phẫu thuật, thủ thuật và không thể viết được;

+ Khi bác sĩ đang làm việc trong điều kiện vô khuẩn không thể viết được.

- Không áp dụng Y lệnh qua lời nói trong các trường hợp sau:

+ Sử dụng thuốc tiêu sợi huyết;

+ Các sản phẩm Heparin;

+ Gây tê ngoài màng cứng;

+ Hóa trị liệu;

+ Người bệnh suy thận nặng;

+ Thuốc gây sảy thai;

+ Thuốc ảnh hưởng đến sức lao động.

- Người nhận y lệnh qua lời nói phải viết y lệnh ra và nhắc lại trước khi thực hiện y lệnh.

- Bác sĩ sau khi ra y lệnh qua lời nói phải nhanh chóng hoàn tất y lệnh vào hồ sơ bệnh án và ký lại.

2) Quy định cụ thể

- Bác sĩ đang trực tiếp cấp cứu, can thiệp kỹ thuật trên người bệnh theo quy định tại Mục Quy định chung của Điều này.

- Điều dưỡng đang trực tiếp cùng tham gia cấp cứu, can thiệp kỹ thuật trên người bệnh cùng bác sĩ.

- Các bước thực hiện như sau:

- + Bác sĩ ra y lệnh thuốc xử trí cấp cứu tại chỗ cho người bệnh
- + Điều dưỡng viết y lệnh ra giấy (theo mẫu quy định)
- + Điều dưỡng đọc to y lệnh đã viết ra cho bác sĩ nghe. Chú ý: đọc tên và liều lượng thuốc; Khi đọc tên thuốc đánh vần theo nguyên tắc đọc từng chữ cái và gán chữ cái với một từ phổ biến để tránh nhầm lẫn; Thận trọng với các thuốc đọc nghe giống nhau.
- + Bác sĩ nghe và xác nhận sự chính xác lần 1
- + Bác sĩ đọc lại y lệnh đã chỉ định một lần nữa
- + Điều dưỡng nghe và xác nhận sự chính xác lần 2
- + Điều dưỡng thực hiện y lệnh đã viết ra (đọc to trước và sau khi thực hiện y lệnh)
- + Điều dưỡng gắn y lệnh đã viết ra theo mẫu vào hồ sơ bệnh án
- + Kết thúc cấp cứu, can thiệp kỹ thuật trên người bệnh bác sĩ phải xem lại y lệnh điều dưỡng đã viết trong hồ sơ bệnh án và ký duyệt.

XI. Quy chế phòng ngừa té ngã

1) Quy định chung

1. Phòng ngừa ngã cho người bệnh trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là việc xác định các yếu tố nguy cơ từ môi trường bệnh viện để gây ngã đối với người bệnh và nhận định nguy cơ dễ bị ngã đối với mỗi người bệnh theo tình trạng sức khỏe và bệnh lý trong suốt thời gian khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Quy chế phòng ngừa ngã cho người bệnh quy định những công việc cần phải làm đối với môi trường cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và đối với người bệnh trong suốt thời gian khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Quy chế phòng ngừa ngã cho người bệnh được áp dụng đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4. Mọi người bệnh (đặc biệt người cao tuổi, trẻ em, người khuyết tật, người bệnh động kinh, người có tình trạng ý thức bị lẫn lộn, người bệnh thị lực kém, tai nghe kém, người mắc bệnh có nhu cầu đi vệ sinh thường xuyên và vôi vữa) đều được đánh giá nguy cơ ngã tại các thời điểm sau:

- Trước nhập viện;
- Sau phẫu thuật, thủ thuật; sau khi sử dụng các loại thuốc trầm cảm, thuốc huyết áp và sau khi sử dụng phối hợp nhiều loại thuốc (trên 4 loại);
- Chuyển khoa;
- Tình trạng bệnh lý thay đổi;
- Sau té ngã.

5. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải bảo đảm các phương pháp phòng ngừa ngã cho người bệnh theo các nhóm giải pháp: cơ sở hạ tầng; nhận biết nguy cơ; bao đảm công tác chăm sóc và nâng cao ý thức phòng ngừa ngã cho người bệnh.

6. Quy định hình thức nhận dạng người bệnh có nguy cơ ngã cao.

2) Quy định cụ thể

a. Tổ chức, sắp xếp

- Thiết kế môi trường bệnh viện theo đúng tiêu chuẩn hạn chế tối đa nguy cơ ngã cho người bệnh và nhân viên y tế (giường bệnh, sàn nhà, lan can, cửa sổ, cầu thang, đường dốc, nhà vệ sinh,...)

- Ban An toàn người bệnh phân công bộ phận thường trực thường xuyên đánh giá nguy cơ ngã đối với môi trường bệnh viện và xây dựng hướng dẫn, quy định việc thường quy đánh giá nguy cơ ngã đối với người bệnh.

- Tổ chức đào tạo, tập huấn cho nhân viên y tế về nhận định và cách đánh giá nguy cơ ngã cho người bệnh.

b. Nhân viên quản trị có trách nhiệm tham mưu cho lãnh đạo cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để bảo đảm:

- Lắp đặt các thiết bị báo động ở ngay giường; hệ thống báo động ở các lối thoát
- Lắp đặt hệ thống camera theo dõi ở những nơi có nguy cơ ngã cao
- Cải thiện hệ thống chiếu sáng và kiểm soát tiếng ồn
- Hệ thống vách chống trượt và vạch cảnh báo an toàn đối với lan can, sàn nhà, nhà vệ sinh,...

c. Trách nhiệm của bác sĩ:

- Đánh giá nguy cơ ngã của người bệnh tại các thời điểm theo quy định
- Thường xuyên đánh giá tác dụng phụ liên quan đến nguy cơ ngã của các loại thuốc đang sử dụng cho người bệnh
- Tư vấn kịp thời cho người bệnh về nguy cơ và phòng ngừa nguy cơ té ngã

d. Trách nhiệm của điều dưỡng:

- Người bệnh có nguy cơ ngã cao xếp ở phòng bệnh gần khu vực điều dưỡng
- Sắp xếp các vật dụng sinh hoạt cần thiết cho người bệnh ở gần tầm tay họ
- Sử dụng loại giường thấp cho người bệnh có nguy cơ ngã cao.

XII. Quy chế đối với người bệnh không có người nhận

1) Quy định chung

1. Quy chế đối với người bệnh không có người nhận là quy định những công việc cần phải làm khi tiếp nhận cấp cứu, điều trị hoặc giải quyết tử vong đối với người bệnh không có người nhận.

2. 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.

3. Quy chế xử trí đối với người bệnh không có người nhận được áp dụng đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4. Bệnh viện phải tạo mọi điều kiện tiếp đón, chăm sóc, cứu chữa kịp thời và đến cùng, không phân biệt đối xử, không đùn đẩy người bệnh. Đồng thời phải tiến hành các thủ tục cần thiết để nhanh chóng tìm ra thân nhân của người bệnh; thông báo với các cơ quan chức năng có thẩm quyền để phối hợp tìm thân nhân người bệnh.

2) Quy định cụ thể

1. Người bệnh cấp cứu, bị tai nạn và người bệnh tâm thần 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 tổng hợp, phòng hành chính quản trị và báo cáo giám đốc bệnh viện xin cấp tiền thuốc, tiền ăn hàng ngày.

b. Điều dưỡng có nhiệm vụ:

- Kiểm kê tài sản của người bệnh

- Cùng với người chuyên người bệnh đến bệnh viện lập biên bản kiểm kê có sự xác nhận của người thứ ba

- Báo cáo trưởng khoa.

c. Phòng hành chính quản lý có nhiệm vụ:

- Viết thông báo, chụp ảnh báo cáo lãnh đạo bệnh viện để thông báo ngay cho Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn và Công an cơ sở gần nhất.

- Phối hợp với chính quyền địa phương để 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 Công an địa phương giải quyết và cơ quan Lao động thương binh xã hội cùng cấp để xin trợ cấp.

- Đối với người bệnh tâm thần, sau khi được điều trị ổn định mà vẫn chưa có người nhận, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông báo cho cơ sở bảo trợ xã hội để tiếp nhận nuôi dưỡng người bệnh.

2. Trẻ sơ sinh bị bỏ rơi:

a. Trưởng khoa sản hoặc khoa sơ sinh có nhiệm vụ:

- Giao trách nhiệm cho nhân viên của Khoa bảo vệ trẻ sơ sinh cùng quần áo, vật dùng thấy ở trẻ sơ sinh

- Phân công nhân viên thông báo cho phòng kế hoạch tổng hợp, phòng hành chính quản trị và báo cáo giám đốc bệnh viện

- Phân công người nuôi dưỡng trẻ sơ sinh trong thời gian chờ đợi người nhận nuôi dưỡng và vận động mọi người xung quanh ủng hộ từ thiện, nuôi dưỡng, chăm sóc trẻ sơ sinh.

b. Trưởng phòng hành chính có trách nhiệm:

- Báo ngay cho cơ quan công an hoặc Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn nơi cơ sở khám chữa bệnh đặc trụ sở để cơ quan này thông báo tìm người nhà của người bệnh trên phương tiện thông tin đại chúng.

- Sau khi trẻ đã được điều trị ổn định mà vẫn chưa có người nhận, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông báo cho cơ sở bảo trợ xã hội để tiếp nhận và nuôi dưỡng trẻ.

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

a. Tại Khoa có người bệnh tử vong không có người bệnh:

- Trưởng khoa phải tổ chức thực hiện các bước theo đúng quy chế giải quyết người bệnh tử vong.

- Phải chụp ảnh, lưu giữ mô để xác định danh tính.

b. Trưởng phòng hành chính có trách nhiệm:

- Tiến hành khai tử tại cơ quan Nhà nước có thẩm quyền quy định của pháp luật về hộ tịch và xin phép mai táng.

- Làm thủ tục khai tử theo quy định của pháp luật về hộ tịch và tổ chức mai táng

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

- Phối hợp với chính quyền địa phương và Công an cơ sở thông báo trên các phương tiện thông tin đại chúng để tiếp tục tìm thân nhân của người bệnh.

- Hợp đồng với Nhà tang lễ tại địa phương để tổ chức mai táng cho người bệnh.

- Lưu giữ sơ đồ nơi chôn tại nghĩa trang.

- Trong trường hợp trẻ sơ sinh chết ngay sau khi sinh tại phòng đẻ mà người mẹ bỏ đi thì không phải khai sinh và khai tử. Trường hợp trẻ sơ sinh đã chuyển ra khỏi phòng đẻ bị chết mà người mẹ bỏ đi thì phải tiến hành khai sinh và khai tử theo quy định của pháp luật.

XIII. Quy chế giải quyết người bệnh tử vong

1) Quy định chung

1. Quy chế giải quyết người bệnh tử vong quy định những thủ tục cần giải quyết của cơ sở khám chữa bệnh đối với người bệnh tử vong tại bệnh viện, bao gồm tử vong trong quá trình cấp cứu, điều trị tại cơ sở khám chữa bệnh và tử vong trước viện.

2. Người bệnh tử vong được xác định bằng chết sinh học: ngừng thở, ngừng tim; kết quả điện tim, điện não thể hiện bằng một đường thẳng đẳng điện được ít nhất 2 bác sĩ khám và kết luận.

3. Các thủ tục giải quyết người bệnh tử vong phải thực hiện khẩn trương, nghiêm túc trân trọng và theo đúng quy định của pháp luật.

2) Quy định cụ thể

1. Giải quyết thi thể người bệnh tử vong

a. Bác sĩ có trách nhiệm:

- Bác sĩ trực tiếp cấp cứu, điều trị cho người bệnh phải thực hiện các biện pháp khám nghiệm để xác định người bệnh tử vong.

- Mời thêm ít nhất một bác sĩ hoặc 1 nhân viên y tế (điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ sinh trong trường hợp không có thêm 1 bác sĩ) cùng xác định các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng để xác định người bệnh đã tử vong.

- Bác sĩ điều trị báo cáo trưởng khoa hoặc trưởng phiên trực và báo cho khoa giải phẫu bệnh ngay sau khi xác định người bệnh tử vong.

- Làm giấy báo tử.

b. Điều dưỡng của khoa có người bệnh tử vong hoặc có thể giao cho Khoa giải phẫu bệnh (nếu bệnh viện có Khoa giải phẫu bệnh) phải thực hiện các công việc vệ sinh đối với thi thể người bệnh.

c. Khoa giải phẫu bệnh:

- Ngay sau khi nhận được thông báo có người bệnh tử vong, khoa giải phẫu bệnh phải cử người và đẩy xe đến khoa có người bệnh tử vong nhận thi thể người bệnh tử vong đưa về nhà đại thể (Đối với bệnh viện có Khoa giải phẫu bệnh);

- Các bệnh viện không có Khoa giải phẫu bệnh, nhân viên khoa có người bệnh tử vong chuyển thi thể người bệnh xuống nhà đại thể.

c. Nhà đại thể:

- Phải trang nghiêm, an toàn, vệ sinh, đủ ánh sáng.

- Trường hợp cần lưu giữ trên 24 giờ phải có nhà lạnh.

- Thông thường việc mai táng người bệnh tử vong do gia đình người bệnh thực hiện, nếu người bệnh tử vong mắc các bệnh truyền nhiễm phải được tẩy uế và do viên chức nhà đại thể khám liệm, nhập quan.

d. Trường hợp người bệnh tử vong không có người nhận, trưởng phòng hành chính quản trị bệnh viện phải thực hiện chụp ảnh, báo công an, thông báo trên các phương tiện thông tin đại chúng (thực hiện theo Quy chế đối với người bệnh không có người nhận). Sau 24 giờ vẫn không có người nhận, bệnh viện thực hiện việc mai táng. Kinh phí do cơ quan Lao động - thương binh xã hội cung cấp giải quyết.

e. Việc di chuyển thi hài phải thực hiện theo quy định của luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân.

2. Đối với trường hợp tử vong trước khi đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Đối với người có giấy tờ tùy thân, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông báo cho thân nhân của họ để tổ chức mai táng;

b) Đối với người không có giấy tờ tùy thân, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông báo trên phương tiện thông tin đại chúng để tìm người nhà của người bệnh.

Trường hợp không có giấy tờ tùy thân hoặc có giấy tờ tùy thân nhưng không có người nhận, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm bảo quản thi thể, chụp ảnh và thông báo cho cơ quan công an hoặc Ủy ban nhân dân cấp xã nơi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đặt trụ sở. Trường hợp không có người nhận, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh liên hệ với Ủy ban nhân dân cấp xã hoặc cơ quan lao động, thương binh và xã hội trên địa bàn để các cơ quan này tổ chức mai táng.

3. Việc xác định người bệnh đã tử vong và thời hạn bảo quản thi thể được thực hiện theo quy định của pháp luật.

2. Giải quyết tư trang của người bệnh tử vong

a. Trường hợp người bệnh tử vong có gia đình đi theo thì đại diện của gia đình trực tiếp kí nhận

b. Trường hợp người bệnh tử vong không có gia đình đi theo điều dưỡng trưởng khoa hoặc điều dưỡng trưởng trực thu thập, thông kê và lập biên bản có đại diện khoa, đại diện người bệnh trong khoa và đại diện Phòng bảo vệ của Bệnh viện chứng kiến. Giao sổ tư trang cho Phòng bảo vệ lưu giữ để trao lại cho gia đình người bệnh.

3. Hồ sơ tử vong

- Bác sĩ điều trị hay bác sĩ thường trực phải tập hợp, bổ sung đầy đủ các chi tiết quy định. Ghi rõ: ngày, giờ, diễn biến bệnh; cách xử lí; ngày, giờ, phút tử vong, chẩn đoán bệnh và nguyên nhân tử vong, kí có ghi rõ họ tên.

- Hồ sơ tử vong phải được lưu trữ theo quy chế lưu trữ hồ sơ bệnh án.

4. Khám nghiệm tử thi

a. Việc khám nghiệm tử thi phải được thực hiện theo đúng quy chế của Bộ luật dân sự và Luật bảo vệ sức khoẻ nhân dân.

b. Bác sĩ giải phẫu bệnh có nhiệm vụ:

- Trước khi khám nghiệm tử thi phải nghiên cứu hồ sơ bệnh án về chẩn đoán lâm sàng nguyên nhân tử vong và yêu cầu khám nghiệm tử thi.

- Chỉ được khám nghiệm tử thi tại khoa giải phẫu bệnh và chỉ thực hiện khám nghiệm sau khi người bệnh tử vong được 2 giờ, phải bảo đảm vệ sinh và an toàn kịp khám nghiệm phải có ít nhất là 3 người.

- Bệnh phẩm phải được bảo quản trong lọ có dung dịch cố định. Trên lọ phải có nhãn ghi rõ bệnh án, tuổi người bệnh tử vong, chẩn đoán lâm sàng, ngày giờ lấy bệnh phẩm và khối lượng bệnh phẩm.

- Phải phục hồi tử thi sau khi khám nghiệm và giải quyết các phủ tạng lấy xét nghiệm thừa theo quy chế công tác xử lí chất thải.

- Phải làm biên bản tỉ mỉ về kết quả khám nghiệm đại thể: toàn thân, từng bộ phận và kết luận bước đầu về nguyên nhân tử vong. Có đủ chữ kí, họ, tên và chức danh của những người thực hiện. Trường hợp người bệnh tử vong có liên quan đến pháp y, do cơ quan giám định pháp y giải quyết theo quy định của pháp luật.

5. Kiểm thảo tử vong

a. Bác sĩ trưởng khoa có người bệnh tử vong có nhiệm vụ:

- Tiến hành kiểm thảo tử vong các khâu: tiếp đón, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc đối với mọi trường hợp người bệnh tử vong trong thời gian tối đa không quá 15 ngày sau khi người bệnh tử vong.

- Chủ trì các cuộc kiểm thảo tử vong trong khoa.

- Chỉ định một bác sĩ điều trị làm thư kí.

- Mời toàn khoa tham dự. Nếu người bệnh tử vong trong giờ thường trực, mời toàn bộ phiên trực tham dự kiểm thảo tử vong.

- Trường hợp người bệnh được chuyển từ khoa khác tới và tử vong trong vòng 24 giờ sau khi chuyển khoa. Khoa mới tiếp nhận người bệnh sẽ tiến hành kiểm thảo tử vong và mời lãnh đạo, bác sĩ điều trị, điều dưỡng trưởng của khoa điều trị trước đó tham dự buổi kiểm thảo tử vong.

b. Bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ thường trực có nhiệm vụ viết và báo cáo kiểm thảo tử vong theo mẫu quy định.

c. Thư kí có nhiệm vụ:

- Ghi chép vào sổ kiểm thảo tử vong rõ ràng, đầy đủ các phần mục quy định.

- Lấy đủ chữ kí và ghi rõ họ tên của tất cả các thành viên đã tham dự.

- Lập biên bản kiểm thảo tử vong trích từ sổ kiểm thảo tử vong theo mẫu quy định để đính vào hồ sơ tử vong, có chữ kí của người chủ trì và thư kí, ghi rõ họ tên và chức danh.

d. Giám đốc bệnh viện có trách nhiệm: Chủ trì kiểm thảo tử vong liên khoa, toàn bệnh viện hoặc liên bệnh viện.

e. Trưởng phòng kế hoạch tổng hợp có nhiệm vụ:

- Quản lí sổ kiểm thảo tử vong, đánh số trang, đóng dấu giáp lai, bảo quản lưu trữ sổ kiểm thảo tử vong theo quy định.

- Làm thư kí khi kiểm thảo tử vong liên khoa, toàn bệnh viện hoặc liên bệnh.