

BẢNG KIỂM TRA QUY CHẾ HỒ SƠ BỆNH ÁN

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

Bác sỹ điều trị:

STT	Nội dung kiểm tra	Kiểm tra lần 1	Kiểm tra lần 2	Ghi chú
I.	Thủ tục hành chính			
1.	Họ tên người bệnh viết in hoa, có đánh dấu			
2.	Ghi đầy đủ các mục; không sửa chữa, tẩy xóa; không bị rách			
3.	Các loại giấy tờ, kết quả XN sắp xếp đúng nhóm, lệch nhau từng lớp và đúng trình tự trước dưới - sau trên			
4.	Ghi mã ICD phải phù hợp với chẩn đoán;			
5.	Đầy đủ chữ ký, ghi rõ họ tên của bác sỹ, điều dưỡng;			
6.	Hoàn chỉnh HSBA trước 24h (cấp cứu), 36h (không cấp cứu);			
7.	Có Phiếu xác nhận thông tin NB ban đầu (BHYT)			
8.	Đóng dấu giáp lai từng trang bệnh án			
II.	Chất lượng chẩn đoán			
1.	Hỏi bệnh sử, tiền sử chi tiết; khám NB toàn diện; ghi bệnh án đầy đủ			
2.	Làm đủ các xét nghiệm, CLS cần thiết			
3.	Kết quả XN, CLS được bác sỹ xem, xử trí; ghi rõ thời gian; ký, họ tên			
4.	Có chẩn đoán sơ bộ khi thăm khám vào khoa/trong 24h đầu			
5.	Có chẩn đoán xác định trong 72h đầu			
6.	Thay đổi chẩn đoán có lập luận, cập nhật vào tờ điều trị			
7.	Có hội chẩn theo quy chế; ghi đầy đủ vào bệnh án			
8.	Khi ra viện, có chẩn đoán xác định, phân biệt bệnh chính và bệnh kèm theo; có đồng ý của trưởng khoa; ghi đúng và đủ thông tin			
III.	Chất lượng điều trị			
1.	Ghi diễn biến NB hàng ngày theo trình tự thời gian (giờ, ngày); ký, ghi rõ họ và tên. NB nặng ghi diễn biến theo giờ			
2.	Y lệnh điều trị hàng ngày phù hợp với chẩn đoán và diễn biến bệnh (bám sát theo phác đồ chuẩn)			
3.	Chỉ định thuốc hợp lý, an toàn, tiết kiệm và hiệu quả			

STT	Nội dung kiểm tra	Kiểm tra lần 1	Kiểm tra lần 2	Ghi chú
4.	Tên thuốc ghi đúng danh pháp quy định. Thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, kháng sinh phải được đánh số thứ tự;			
5.	Thực hiện đầy đủ quy định, quy chế sử dụng thuốc và dược lâm sàng; thử phản ứng thuốc theo qui định.			
6.	Biên bản hội chẩn thuốc dấu sao ghi đúng, đủ nội dung; thuốc hội chẩn phải phù hợp với chẩn đoán.			
7.	Kết quả thăm khám lại, ý kiến của Trưởng khoa cứ 3-4 ngày/lần được ghi chép đầy đủ; ký và ghi rõ họ tên			
8.	Sơ kết điều trị 15 ngày một lần, nội dung sơ kết đúng và đủ			
9.	Có tổng kết quá trình điều trị ngay khi người bệnh ra viện			
10.	Bệnh án tử vong phải có Bản trích biên bản kiểm thảo tử vong			
IV.	Chất lượng chăm sóc, điều dưỡng			
1.	Phiếu chăm sóc điều dưỡng ghi đầy đủ các mục; thời gian; kê ngang hết ngày; ký, ghi rõ họ và tên			
2.	Phiếu theo dõi ghi đầy đủ các mục: mạch (đỏ), nhiệt độ (xanh), HA, BMI, nhịp thở, nước tiểu,...			
3.	Phiếu truyền dịch: ghi giờ bắt đầu - kết thúc, tốc độ, liều lượng, số lô; Bs chỉ định, ĐD thực hiện; kê ngang hết ngày			
4.	Phiếu truyền máu ghi đầy đủ các mục theo quy định AT truyền máu			
5.	Phiếu thử phản ứng ghi đầy đủ thông tin, ghi rõ bằng chữ (âm tính, dương tính); ký, họ tên của ĐD thực hiện và Bs đọc kết quả			
6.	Thực hiện công tác điều dưỡng theo quy định			

	Phân loại bệnh án	Đánh dấu	Số điểm KPH/ Lỗi	Ngày tiếp nhận bệnh án	Ký nhận (Ghi rõ họ tên)
1.	Bệnh án đạt yêu cầu, chuyển lưu trữ				
2.	Bệnh án chưa đạt, trả lại khoa Lần 1				
3.	Bệnh án chưa đạt, trả lại khoa Lần 2				