

## QUY ĐỊNH

**Kiểm tra thực hiện Quy chế chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương**  
(Ban hành kèm Quyết định số 340/QĐ-NĐTW ngày 26/5/2014)

### I. QUY ĐỊNH CHUNG

#### 1. Mục tiêu

- Tăng cường kiểm tra công tác Hồ sơ bệnh án nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh và hiệu quả công tác quản lý bệnh viện;
- Thực hiện Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Quy chế bệnh viện.

#### 2. Phạm vi áp dụng

Quy định này áp dụng đối với tất cả các hoạt động khám, chữa bệnh, chăm sóc người bệnh; việc thực hiện quy chế hồ sơ bệnh án của người bệnh đang điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới trung ương và người bệnh đã ra viện.

#### 3. Tổ chức thực hiện

- Phòng kế hoạch tổng hợp trực tiếp kiểm tra và chấm điểm Hồ sơ bệnh án sau khi các Khoa chuyên lên; tổng hợp báo cáo số bệnh án trả chậm, số bệnh án lỗi gửi Phòng Tài chính kế toán trước ngày 27 hàng tháng.
- Phòng Tài chính kế toán căn cứ báo cáo của Phòng Kế hoạch tổng hợp, thu số tiền phạt (trừ trực tiếp vào hỗ trợ thu nhập hàng tháng của Khoa), bàn giao số tiền này cho Công đoàn bệnh viện.
- Công đoàn bệnh viện thu tiền phạt lỗi hồ sơ bệnh án, nộp vào quỹ công đoàn và báo cáo công khai tại Giao ban bệnh viện hàng tháng.

### II. NỘI DUNG KIỂM TRA

#### 1. Thủ tục hành chính

- Ghi đầy đủ các mục qui định trong hồ sơ bệnh án, chữ viết rõ ràng, không tẩy xóa, không tô lại, không ghi mực đen; họ tên người bệnh phải viết bằng chữ in hoa, có đánh dấu.
  - Trường hợp sửa thông tin hành chính: gạch ngang phần viết sai, ghi phần sửa sai bên cạnh hoặc bên trên, có ký của trưởng khoa, đóng dấu của khoa vào phần sửa; đồng thời ghi đầy đủ nội dung trong biên bản sửa theo mẫu.
  - Trường hợp đặc biệt nếu cần sửa nội dung chuyên môn của bệnh án, phải có biên bản họp của Hội đồng thuốc và điều trị, nêu rõ lý do cần sửa chữa.
- Các loại giấy tờ, kết quả xét nghiệm, các phiếu chăm sóc điều dưỡng, ... sắp xếp đúng nhóm, lệch nhau từng lớp và đúng trình tự trước dưới - sau trên
- Ghi mã ICD- 10 đầy đủ, phù hợp với chẩn đoán.

- Người bệnh cấp cứu phải được làm bệnh án ngay, hoàn chỉnh trước 24h và có đủ các xét nghiệm; đối với người bệnh không thuộc diện cấp cứu (bệnh án thường) hoàn chỉnh bệnh án trước 36h.
- Có đầy đủ chữ ký và ghi rõ họ tên bác sỹ, điều dưỡng.
- Hồ sơ bệnh án không bị rách, không bị mốc, bẩn.
- Có phiếu xác nhận thông tin ban đầu của NB nhập viện, nhập khoa điều trị (để đảm bảo việc đăng ký thủ tục bảo hiểm y tế đúng quy định).
- Đóng dấu giáp lai toàn bộ từng trang hồ sơ bệnh án theo quy định để đảm bảo hồ sơ bệnh án được giữ nguyên trạng trước khi chuyển về Phòng kế hoạch tổng hợp lưu trữ.
- Khoa phải hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án theo quy chế, chuyển đến Phòng Kế hoạch tổng hợp trong 24 giờ đối với bệnh án ra viện và trong 15 ngày đối với bệnh án tử vong.

## **2. Chất lượng chẩn đoán:**

- Hỏi tiền sử và bệnh sử chi tiết; khám người bệnh toàn diện và ghi bệnh án đầy đủ; ký và ghi họ tên bác sỹ khám.
- Làm đầy đủ các xét nghiệm, cận lâm sàng cần thiết. Khi có kết quả xét nghiệm về, bác sỹ phải xem xét, xử trí, ghi rõ thời gian, ký và ghi rõ họ tên.
- Có chẩn đoán sơ bộ khi thăm khám vào khoa/trong 24 giờ đầu nhập viện.
- Có chẩn đoán xác định trong 72 giờ đầu nhập viện. Trường hợp chưa có chẩn đoán xác định, bác sỹ phải ghi chẩn đoán 72 giờ.
- Thay đổi chẩn đoán trong đợt điều trị có lập luận và ghi rõ tại tờ điều trị. Yêu cầu cập nhật chẩn đoán mới phù hợp với tình trạng bệnh, kết quả xét nghiệm, và phác đồ điều trị.
- Hội chẩn theo quy chế; trước khi hội chẩn, có tóm tắt diễn biến quá trình bệnh lý, kết quả xét nghiệm, điều trị; ghi đầy đủ vào bệnh án.
- Khi người bệnh ra viện, có chẩn đoán xác định, phân biệt bệnh chính và bệnh kèm theo; yêu cầu ghi đúng và đủ thông tin.

## **3. Chất lượng điều trị**

- Ghi diễn biến người bệnh hàng ngày phải theo trình tự thời gian (giờ, ngày, tháng), phân cấp chăm sóc, chế độ dinh dưỡng; người bệnh nặng ghi diễn biến theo giờ; ký, ghi rõ họ và tên.
- Y lệnh điều trị hàng ngày phù hợp với chẩn đoán và diễn biến bệnh, bám sát theo phác đồ điều trị chuẩn; ký, ghi rõ họ tên; bổ sung, thay đổi điều trị phải nêu rõ lý do và có lập luận, đầy đủ, hợp lý.
- Chỉ định thuốc hợp lý, an toàn, tiết kiệm và hiệu quả. Ghi tên thuốc rõ ràng, đúng danh pháp quy định, đường dùng, thời gian dùng, đánh số thứ tự theo quy định (thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, thuốc kháng sinh ), ký và ghi rõ họ tên bác sỹ chỉ định.
- Tuân thủ đầy đủ các quy định, quy chế về sử dụng thuốc và công tác dược lâm sàng. Cho y lệnh và thực hiện y lệnh thử phản ứng thuốc theo quy định.
- Biên bản hội chẩn thuốc dấu sao ghi đúng, đủ nội dung; thuốc hội chẩn phải phù hợp với chẩn đoán.
- Trưởng khoa có trách nhiệm thăm khám lại người bệnh nội trú đang được điều trị trong thời gian cứ 3 - 4 ngày một lần (*hình thức đi buồng*). Kết quả

thăm khám, nhận xét, chẩn đoán và chỉ định ( nếu có) phải được ghi vào tờ điều trị, ký và ghi rõ họ tên.

- Người bệnh điều trị phải có sơ kết điều trị 15 ngày/lần theo mẫu quy định, nội dung sơ kết phải đầy đủ và chính xác.
- Khi người bệnh chuyển khoa, khám, ghi nhận xét đầy đủ tình trạng người bệnh và nêu rõ lý do chuyển. Khoa mới tiếp nhận người bệnh phải khám, ghi nhận xét đầy đủ tình trạng người bệnh ngày khi tiếp nhận.
- Khi bác sĩ điều trị cho người bệnh ra viện, chuyển viện phải có ý kiến đồng ý của trưởng khoa; có nhận xét đầy đủ tình trạng người bệnh và nêu rõ lý do; yêu cầu ghi đúng và đủ thông tin.
- Bệnh án tử vong phải có trích biên bản kiểm thảo tử vong, ghi đầy đủ tình hình tử vong và nguyên nhân chính tử vong.
- Bác sĩ điều trị tổng kết quá trình điều trị và hoàn thiện bệnh án theo quy chế chuyên môn, nội dung tổng kết đầy đủ và chính xác.

#### **4. Chất lượng chăm sóc**

- Phiếu chăm sóc điều dưỡng ghi đầy đủ các mục; thời gian; kẻ ngang hết ngày; ký, ghi rõ họ và tên;
- Phiếu theo dõi ghi đầy đủ các mục: mạch (đỏ), nhiệt độ (xanh), HA, BMI, nhịp thở, nước tiểu,...
- Phiếu truyền dịch: ghi giờ bắt đầu - kết thúc, tốc độ, liều lượng, số lô; Bs chỉ định, ĐD thực hiện; kẻ ngang hết ngày; ký, ghi rõ họ và tên;
- Phiếu truyền máu ghi đầy đủ các mục theo quy định an toàn truyền máu
- Phiếu thử phản ứng ghi đầy đủ thông tin, ghi rõ bằng chữ (âm tính, dương tính); ký đầy đủ của ĐD thực hiện và Bs đọc kết quả
- Thực hiện chăm sóc, điều dưỡng đúng theo quy định.

### **III. PHẠT LỖI HỒ SƠ BỆNH ÁN**

#### **1. Phạt lỗi loại I - Thủ tục hành chính**

- Phạt 5 000 đồng/lỗi lần đầu;
- Phạt 10 000 đồng/lỗi đối với các lần tiếp theo do không khắc phục lỗi.

#### **2. Phạt lỗi loại II - Chuyên môn (chẩn đoán, điều trị, chăm sóc)**

- Phạt 10 000 đồng/lỗi lần đầu;
- Phạt 20 000 đồng/lỗi đối với các lần tiếp theo do không khắc phục lỗi.

#### **3. Phạt lỗi trả chậm hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án trả chậm sau 07 ngày, phạt 5 000 đồng/ngày chậm/HSBA.

**GIÁM ĐỐC**

**Nguyễn Văn Kính**