

BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG



QUY TRÌNH QUẢN LÝ KHÁM, CHỮA BỆNH NỘI TRÚ

Mã số: QT.10.KHTH

Ngày ban hành: 01/7/2016

Lần ban hành: 02

	Người viết	Người kiểm tra	Người phê duyệt
Họ và tên	Nguyễn Thanh Bình	Trần Thị Hải Ninh	Nguyễn Văn Kính
Ký			
Chức danh	Nhân viên Phòng KHTH	Trưởng Phòng KHTH	Giám đốc bệnh viện

1. Người có liên quan phải nghiên cứu và thực hiện đúng các nội dung của quy định này.
2. Nội dung trong quy định này có hiệu lực thi hành như sự chỉ đạo của Giám đốc bệnh viện.
3. Mỗi đơn vị được phát 01 bản (có đóng dấu kiểm soát). Các đơn vị khi có nhu cầu bổ sung thêm tài liệu, đề nghị liên hệ với Tổ quản lý chất lượng để có bản đóng dấu kiểm soát. Cán bộ công chức được cung cấp file mềm trên mạng nội bộ để chia sẻ thông tin khi cần.

NOI NHẬN (ghi rõ nơi nhận rồi đánh dấu X ô bên cạnh)

<input checked="" type="checkbox"/>	Giám đốc	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Phó giám đốc	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Các phòng chức năng	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Các đơn vị lâm sàng	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Các đơn vị cận lâm sàng	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

THEO DÕI TÌNH TRẠNG SỬA ĐỔI (tình trạng sửa đổi so với bản trước đó)

Trang	Hạng mục sửa đổi	Tóm tắt nội dung hạng mục sửa đổi
5, 6	5.1	Thay cụm từ “cứ 3-4 ngày/1 lần” bằng cụm từ “sau khi vào viện 3-4 ngày”

I. MỤC ĐÍCH

Quy định thống nhất quản lý toàn diện công tác khám, chữa bệnh nội trú tại các khoa lâm sàng thuộc Bệnh viện Bệnh nhiệt đới trung ương.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG

Áp dụng đối với công tác khám, chữa bệnh nội trú tại các khoa lâm sàng thuộc Bệnh viện Bệnh nhiệt đới trung ương.

III. TÀI LIỆU VIỆN DẪN:

- Luật khám chữa bệnh số 40/2009/QH12 do Quốc hội Nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam ban hành ngày 04/12/2009;
- Quy chế bệnh viện ban hành kèm Quyết định số 1895/1997/BYT-QĐ ngày 19/9/1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
- Thông tư số 07/2011/TT-BYT ngày 26/01/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
- Thông tư số 08/2011/TT-BYT ngày 26/01/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hướng dẫn công tác dinh dưỡng, tiết chế trong bệnh viện.
- Quyết định số 415/QĐ-NĐTU ngày 25/10/2011 của Giám đốc Bệnh viện Bệnh nhiệt đới trung ương về việc Quy định về nội dung, quy trình chăm sóc người bệnh toàn diện.

IV. THUẬT NGỮ VÀ TỪ VIẾT TẮT

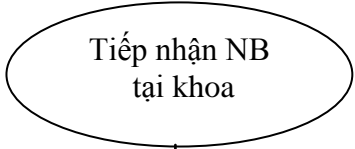
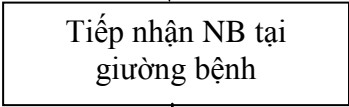
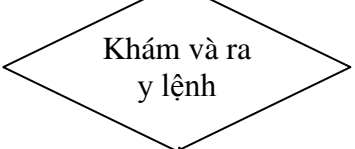
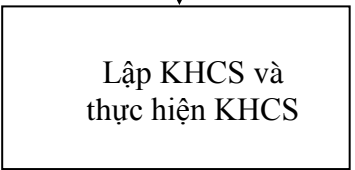
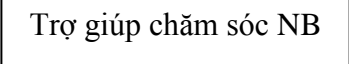
a. Giải thích thuật ngữ: không có

b. Từ viết tắt:

- BS:	Bác sĩ
- BSĐT	Bác sĩ điều trị
- BSTrK:	Bác sĩ trưởng khoa
- BYT:	Bộ Y tế
- CLS:	Cận lâm sàng
- CSDL:	Cơ sở dữ liệu
- DHST:	Dấu hiệu sinh tồn
- ĐD:	Điều dưỡng
- ĐDCS:	Điều dưỡng chăm sóc
- ĐDHC:	Điều dưỡng hành chính
- ĐDT:	Điều dưỡng trưởng
- GDSK:	Giáo dục sức khỏe
- HSBA:	Hồ sơ bệnh án
- KHCS:	Kế hoạch chăm sóc
- KPH:	Không phù hợp
- LS:	Lâm sàng
- NB:	Người bệnh
- VTYT:	Vật tư y tế
- XN:	Xét nghiệm

V. NỘI DUNG QUY TRÌNH

5.1 Sơ đồ Quy trình quản lý khám, chữa bệnh nội trú

Trách nhiệm	Các bước thực hiện	Mô tả/ tài liệu liên quan
ĐDT, ĐDHC	 <p>Tiếp nhận NB tại khoa</p>	<ol style="list-style-type: none"> Nhận NB, kiểm tra HSBA, và tư trang (nếu có) Ký vào sổ bàn giao NB (BM.10.KHTH.01), hoàn thiện thủ tục hành chính. Hướng dẫn nội quy khoa/bệnh viện; hướng dẫn đăng ký BHYT và ký Cam kết (BM.10.KHTH.02); Ghi tên NB vào sổ của khoa hoặc nhập vào CSDL. Xếp buồng/giường; thông báo ĐDCS tiếp nhận NB.
ĐDCS, Hộ lý	 <p>Tiếp nhận NB tại giường bệnh</p>	<ol style="list-style-type: none"> Tiếp nhận NB vào giường bệnh Hướng dẫn mượn, sử dụng, quản lý và trả quần áo và đồ dùng khi nằm viện và ra viện (Hộ lý). Hướng dẫn sử dụng TTB, phương tiện buồng bệnh; Nhận định ban đầu, đánh giá chung tình trạng, đo DHST, ghi phiếu theo dõi và báo ngay BSĐT thăm khám. Nếu NB nặng, giải quyết cấp cứu trước.
BSĐT	 <p>Khám và ra y lệnh</p>	<ol style="list-style-type: none"> Hỏi bệnh, khám lâm sàng; chẩn đoán sơ bộ; Chỉ định xét nghiệm, ra y lệnh Giải thích tình trạng bệnh, tư vấn, hướng dẫn chế độ ăn, chăm sóc thích hợp, ... Ghi HSBA đủ thông tin; ngày, giờ BM.10.KHTH.05
ĐDCS	 <p>Lập KHCS và thực hiện KHCS</p>	<p>Nhận định tình hình NB; lập kế hoạch chăm sóc và thực hiện chăm sóc; và đánh giá tình trạng NB. Cụ thể:</p> <ol style="list-style-type: none"> Thực hiện nghiêm chỉnh, đầy đủ y lệnh của BSĐT; Hướng dẫn NB cách sử dụng thuốc an toàn, hợp lí; Thực hiện KHCS đúng quy trình kỹ thuật; Đánh giá kết quả chăm sóc và điều chỉnh KHCS. Ghi chép theo mẫu phiếu: chăm sóc, theo dõi, truyền dịch, truyền máu, thử phản ứng, thuốc và VTTH; Dán đầy đủ kết quả các xét nghiệm vào HSBA; Phát hiện diễn biến bất thường NB, xử lý sơ bộ và thông báo ngày BSĐT; Tiếp nhận, xử lý những phản hồi của NB và người nhà; GDSK, phương pháp tự CS; động viên NB và gia đình;
Hộ lý	 <p>Trợ giúp chăm sóc NB</p>	<ol style="list-style-type: none"> Trợ giúp Điều dưỡng trong chăm sóc, vận chuyển NB; Đưa NB đi làm các xét nghiệm CLS, mời hội chẩn. Lĩnh, cấp phát chế độ ăn cho NB. Thay quần áo, đồ vải cho NB theo định kỳ.

<p>ĐDHC</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; margin: 0 auto; padding: 5px; text-align: center;">Quản lý thông tin</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hướng dẫn NB và gia đình hoàn tất thủ tục hành chính. 2. Cập nhật các chi phí sử dụng của người bệnh 3. Cập nhật thuốc theo y lệnh BS, lĩnh thuốc từ khoa Dược 4. Công khai chi phí, đơn đốc NB và gia đình ký quỹ đợt.
<p>BS điều trị, ĐDCS</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; margin: 0 auto; padding: 5px; text-align: center;">Khám bệnh, chăm sóc hàng ngày</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. BSĐT khám, đánh giá diễn biến bệnh; chỉ định xét nghiệm, ra y lệnh bổ sung (nếu cần) và ngày kế tiếp; yêu cầu hội chẩn (nếu cần). 2. ĐDCS thực hiện y lệnh và quy định CS NB hàng ngày <ul style="list-style-type: none"> - Thực hiện y lệnh đã cho và y lệnh bổ sung; - Sao chép y lệnh vào Sổ thuốc (BM.10.KHTH.03); - Thực hiện chăm sóc, theo dõi diễn biến, báo bác sĩ xử trí, và ghi chép đầy đủ. - Tập hợp kết quả xét nghiệm, chuyển BSĐT/trực buồng; 3. Bác sĩ điều trị/trực xem kết quả xét nghiệm, tình trạng người bệnh và xử trí nếu cần. 4. ĐDCS thực hiện y lệnh, dán xét nghiệm vào HSBA 5. Bàn giao người bệnh nặng, cần theo dõi <ul style="list-style-type: none"> - 15h30-16h30, BSĐT/trực buồng khám NB nặng, theo dõi, bàn giao BS trực, ghi Sổ thường trực ký giao-nhận; - ĐDCS bàn giao Điều dưỡng trực vào Sổ thường trực theo QT giao nhận trực (BM.10.KHTH.04) .
<p>Lãnh đạo khoa</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; margin: 0 auto; padding: 5px; text-align: center;">Đi buồng, hội chẩn</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lãnh đạo khoa đi buồng thăm khám lại NB sau khi vào viện 3-4 ngày. Điều chỉnh phác đồ điều trị (nếu cần), ghi HSBA; 2. Hội chẩn các NB khó, diễn biến nặng.
<p>BS điều trị</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p style="text-align: center;">Chuẩn bị cho NB ra viện, chuyển viện.</p> </div> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. BSĐT thông báo ĐDCS, ĐDHC kế hoạch cho NB ra viện, chuyển viện, chuyển khoa trước 24 giờ (trừ trường hợp đặc biệt), y lệnh cần thực hiện trước khi ra viện. 2. Thông báo NB hoặc gia đình NB kế hoạch ra viện, chuyển viện, chuyển khoa trước 24 giờ (trừ trường hợp đặc biệt), hướng dẫn NB cách tự CS và theo dõi tại nhà.
<p>BSTrK, BSĐT, ĐDCS, ĐDHC, Kế toán</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px; margin: 0 auto; border-radius: 50%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p style="text-align: center;">Hoàn thiện thủ tục cho NB ra viện, chuyển viện/khoa,</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 1. BSĐT: Hoàn thiện HSBA, ghi giấy ra viện, chuyển viện, chuyển khoa, kê đơn điều trị tiếp; 2. ĐDHC,CS: Kiểm tra HSBA, thông báo và phối hợp với kế toán rà soát chi phí thực sử dụng, in thống kê chi phí. Hướng dẫn NB các thủ tục hành chính cần thiết. 3. BSTrK: Kiểm tra và ký duyệt hồ sơ bệnh án. 4. Tiếp nhận ý kiến của NB hoặc người nhà NB nếu có. 5. Nếu NB tử vong phải thực hiện đúng quy chế tử vong.

5.2. Quy định nhiệm vụ cụ thể

5.2.1. Quy định nhiệm vụ cụ thể của bác sĩ điều trị

5.2.1.1. Khám bệnh, chẩn đoán bệnh

- Làm bệnh án cho người bệnh được điều trị nội trú và ngoại trú.
- Người bệnh cấp cứu phải được làm bệnh án ngay, hoàn chỉnh trước 24 giờ và có đủ các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, nhóm máu, sinh hóa máu (Glucose, creatinin, ure, Na, K, Cl), đường máu mao mạch, đông máu cơ bản, X-quang phổi, Điện tim, CRP,... Đối với NB không thuộc diện cấp cứu phải hoàn chỉnh bệnh án trước 36h.
- 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.
- Làm đầy đủ xét nghiệm, cận lâm sàng cần thiết. Khi kết quả xét nghiệm về, bác sĩ phải xem xét, xử trí, ghi rõ thời gian, ký và ghi rõ họ tên.
- Có chẩn đoán sơ bộ ngay sau khi thăm khám vào khoa/24h đầu vào viện.
- Có chẩn đoán xác định trong 72 giờ đầu nhập viện. Trường hợp chưa có chẩn đoán xác định, bác sĩ phải ghi chẩn đoán 72 giờ. Khi có chẩn đoán mới phải ghi tóm tắt lập luận chẩn đoán vào hồ sơ bệnh án.
- Có hội chẩn theo quy chế; ghi đầy đủ vào bệnh án; trước khi hội chẩn, có tóm tắt diễn biến quá trình bệnh lý, kết quả xét nghiệm, điều trị.
- 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.
- Ghi mã ICD- 10 đầy đủ, phù hợp với chẩn đoán.

5.2.1.2. Điều trị

- Khám, đánh giá người bệnh hàng ngày phải đầy đủ các phần: Toàn trạng, tri giác, hô hấp, tuần hoàn, bụng - tiêu hóa,... (ghi rõ ngày, giờ khám; kí, ghi rõ họ tên của bác sĩ).
- Trong quá trình điều trị phải ghi bổ sung các diễn biến, phân cấp chăm sóc, chế độ dinh dưỡng và các chỉ định mới vào hồ sơ bệnh án; và phải tuân thủ trình tự thời gian; kết thúc kí, ghi rõ họ tên.
- Chỉ định dùng thuốc hàng ngày, tên thuốc ghi rõ ràng đúng danh pháp quy định, thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, kháng sinh phải được đánh số thứ tự theo ngày để theo dõi.
- Tuân thủ đầy đủ các quy định, quy chế về sử dụng thuốc và công tác dược lâm sàng; thực hiện 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.

- Bác sỹ trưởng khoa có trách nhiệm thăm khám lại người bệnh nội trú sau khi vào viện 3-4 ngày (hình thức hội chẩn). Kết quả thăm khám, nhận xét, và chỉ định (nếu có) phải được ghi vào tờ điều trị, kí 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.
- Người bệnh chuyển khoa, bác sĩ điều trị phải có trách nhiệm khám, nhận xét tình trạng người bệnh, nêu rõ lý do chuyển và hoàn chỉnh HSBA trước khi bàn giao; bác sĩ điều trị tại khoa mới chịu trách nhiệm khám, ghi nhận xét đầy đủ tình trạng người bệnh ngay khi tiếp nhận, hoàn thiện hồ sơ bệnh án khi người bệnh ra viện.
- 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.
- Nếu người bệnh được điều trị tại nhiều khoa, trong hồ sơ bệnh án có những điểm không phù hợp (KPH), Khoa điều trị cuối (Khoa điều trị cho người bệnh ra viện) có trách nhiệm:
 - Bổ sung, hoàn chỉnh những điểm không phù hợp (KPH) nếu nội dung đó thuộc phạm vi của Khoa điều trị cuối;
 - Thông báo, đôn đốc Khoa điều trị cũ bổ sung, hoàn chỉnh những điểm không phù hợp nếu nội dung đó thuộc phạm vi của Khoa điều trị cũ.

5.2.2 Quy định cụ thể với điều dưỡng chăm sóc.

- Điều dưỡng có nhiệm vụ giúp bác sĩ điều trị suốt thời gian điều trị người bệnh.
- Cung cấp các chỉ số sinh tồn và tình hình người bệnh ngay sau quá trình tiếp xúc, theo dõi.
- Chuẩn bị dụng cụ cần thiết cho yêu cầu khám bệnh, ghi phiếu theo dõi và phiếu chăm sóc.
- Dán xét nghiệm về vào bệnh án sau khi bác sĩ điều trị đã xem và xử trí.

5.2.3 Quy định cụ thể cho điều dưỡng hành chính khoa:

5.2.3.1. 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.
- Bệnh án phải có bìa, gáy để dán các tài liệu theo trình tự quy định:

- Các giấy tờ hành chính.
 - Các tài liệu của tuyến trước (nếu có).
 - 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.
- Các giấy tờ trên phải đóng dấu giáp lai từng trang để đảm bảo Khoa điều trị kiểm soát được hồ sơ bệnh án của người bệnh (sử dụng con dấu của Khoa điều trị cuối cho người bệnh ra viện).
- Toàn bộ BA được đặt trong một cặp bìa cứng, bên ngoài có in số giường

5.2.3.2. Quản lý hồ sơ bệnh án

Điều dưỡng hành chính khoa điều trị có nhiệm vụ:

- Giữ gìn quản lý mọi 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 HSBA và bàn giao cho ĐD thường trực.

Lưu ý:

- Các nội dung quy định trên được hoàn thành có trình tự trong quá trình điều trị.
- Các phần thông tin ra viện, tình trạng ra viện, mã bệnh, số phim và xét nghiệm chỉ được hoàn tất tại khoa điều trị cuối cùng của người bệnh, trước khi trả về phòng Kế hoạch tổng hợp.

5.2.4. Tự kiểm tra việc hoàn thiện HSBA và bàn giao lưu trữ.

Người bệnh ra viện trong vòng 24 giờ, Khoa điều trị có nhiệm vụ hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy chế:

- Kiểm tra theo Bảng tự kiểm tra quy chế HSBA (BM.05.KHTH.01 QT tiếp nhận, kiểm tra và lưu trữ HSBA) và hoàn chỉnh các nội dung theo quy định.
 - Điền đầy đủ thông tin, kiểm tra từng nội dung và ghi chép kết quả kiểm tra theo tiêu chí Đạt hay Không đạt.
 - Kết quả Bảng tự kiểm tra được dán/in tại mặt sau trang bìa bệnh án
- **Đóng dấu giáp lai hồ sơ bệnh án theo quy định;**
- Chuyển hồ sơ bệnh án hoàn chỉnh về Phòng Kế hoạch tổng hợp trong thời gian 07 ngày kể từ khi người bệnh ra viện đối với bệnh án thường, và trong 15 ngày đối với bệnh án tử vong.

- Ghi chép đầy đủ vào Sổ bàn giao HSBA (BM.05.KHTH.02 QT tiếp nhận, kiểm tra và lưu trữ HSBA); ký nhận và ghi rõ ngày, giờ; họ tên người giao, nhận.

5.2.5. Khắc phục hồ sơ bệnh án chưa đạt yêu cầu (bệnh án trả về)

- Sau khi tiếp nhận HSBA các khoa điều trị trả, Phòng KHTH có nhiệm vụ kiểm tra, rà soát lại một cách toàn diện HSBA theo Bảng kiểm tra quy chế hồ sơ bệnh án (BM.05.KHTH.03 QT tiếp nhận, kiểm tra và lưu trữ HSBA).
 - HSBA đạt yêu cầu: thực hiện theo QT tiếp nhận, kiểm tra và lưu trữ;
 - HSBA chưa đạt yêu cầu: Phòng KHTH thông báo trả lại cho Khoa điều trị cuối cùng để tiếp tục khắc phục/hoàn thiện.
 - Hình thức thông báo trả lại HSBA chưa đạt: trực tiếp/văn bản cho ĐDT hoặc ĐDHC (BM.05.KHTH.04 QT tiếp nhận, kiểm tra và lưu trữ HSBA)
- Khoa điều trị nhận lại HSBA chưa đạt kèm theo bản photo Bảng kiểm tra quy chế hồ sơ bệnh án (BM.05.KHTH.03), trong đó có ghi những điểm không phù hợp (KPH) cần khắc phục.
- Thời gian khắc phục HSBA trong vòng 48 giờ (trừ ngày nghỉ lễ) kể từ thời điểm thông báo. Sau 48 giờ, nếu Khoa điều trị chưa hoàn thiện khắc phục lỗi và nộp về Phòng KHTH, hoặc đã thông báo nhưng không nhận về để khắc phục thì sẽ tiếp tục tính cộng dồn vào thời gian trả chậm.
- Nếu người bệnh được điều trị tại nhiều khoa, trong hồ sơ bệnh án có những điểm KPH, Khoa điều trị cuối (khoa cho người bệnh ra viện) có trách nhiệm:
 - Bổ sung, hoàn chỉnh những điểm KPH nếu nội dung đó thuộc phạm vi của khoa điều trị cuối;
 - Thông báo, đôn đốc các khoa điều trị cũ bổ sung, hoàn chỉnh những điểm KPH nếu nội dung đó thuộc phạm vi của khoa điều trị cũ.
 - Thời gian khắc phục HSBA chưa đạt yêu cầu do Khoa điều trị cuối hoàn toàn chịu trách nhiệm.
- Hàng tháng, Phòng Kế hoạch tổng hợp thông báo số HSBA chưa đạt yêu cầu, số HSBA trả chậm tới các khoa lâm sàng và báo cáo Giám đốc để chỉ đạo.

VI. HỒ SƠ

STT	Tên hồ sơ lưu	Nơi lưu	Thời gian lưu
1.	Sổ bàn giao người bệnh vào khoa	K.Khám bệnh	2 năm
2.	Giấy cam kết	HSBA	Theo quy chế lưu trữ HSBA
3.	Phiếu khám bệnh vào viện	HSBA	Theo quy chế lưu trữ HSBA
4.	Giấy chuyển viện (Nếu có)	HSBA	Theo quy chế lưu trữ HSBA
5.	Giấy xác nhận NB được hưởng chế độ BHYT (nếu có)	HSBA	Theo quy chế lưu trữ HSBA
6.	Phiếu xét nghiệm	HSBA	Theo quy chế lưu trữ HSBA
7.	Phiếu chăm sóc, theo dõi, truyền máu, thử phản ứng,...	HSBA	Theo quy chế lưu trữ HSBA
8.	Biên bản hội chẩn, sơ kết điều trị, giấy cam đoan thủ thuật,...	HSBA	Theo quy chế lưu trữ HSBA
9.	Tờ điều trị	HSBA	Theo quy chế lưu trữ HSBA
10.	Bệnh án	HSBA	Theo quy chế lưu trữ HSBA

VII. PHỤ LỤC

STT	Tên biểu mẫu	Mã hiệu
1	Sổ bàn giao người bệnh vào khoa	BM.10.KHTH.01
2	Cam kết	BM.10.KHTH.02
3	Sổ thuốc	BM.10.KHTH.03
4	Sổ thường trực	BM.10.KHTH.04
5	Bệnh án Truyền nhiễm	BM.10.KHTH.05