

SỞ Y TẾ HÀ GIANG
BVĐK HUYỆN QUẢN BẠ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 39/QĐ-BV

Quản Bạ, ngày 18 tháng 02 năm 2021

QUYẾT ĐỊNH

Ban Hành Quy định về việc thực hiện quy chế chuyên môn.

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN QUẢN BẠ.

Căn cứ vào Thông tư 19/2013/TT- BYT, ngày 12/7/2013 của BYT hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh tại Bệnh viện.

Căn cứ Quyết định Số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/09/1997 của Bộ Y tế Về việc Ban hành Quy chế bệnh viện.

Căn cứ vào chức năng nhiệm vụ của Bệnh viện đa khoa hạng II tuyến huyện;
Xét đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp;

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1: Nay ban hành kèm theo quyết định này Quy chế gồm 5 phần:

- Quy chế về hồ sơ bệnh án (HSBA).
- Quy chế hội chẩn.
- Quy chế bình bệnh án.
- Quy chế bình đơn thuốc.
- Quy định kiểm thảo tử vong

Điều 2: Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 3: Quy định về việc thực hiện quy chế chuyên môn được áp dụng cho toàn bệnh viện, các khoa phòng có trách nhiệm thực hiện đúng quy chế chuyên môn theo Quy định

Điều 4: Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Các khoa lâm sàng, căn cứ quyết định thi hành./.

Nơi nhận:

- Như điều 3,4 (T/h);
- Lưu VT - KHTH



Hoàng Hoa Mân

QUY ĐỊNH
VỀ VIỆC THỰC HIỆN QUY CHẾ CHUYÊN MÔN
(Ban hành kèm theo quyết định số: 39/QĐ-BV, ngày 1 tháng 2 năm 2021
của Bệnh viện Đa khoa Quản bạ)

A. QUY CHẾ VỀ HỒ SƠ BỆNH ÁN:

I. Quy định chung:

Hồ sơ bệnh án là tài liệu khoa học về chuyên môn kỹ thuật, là chứng từ tài chính và cũng là tài liệu pháp y. Việc làm hồ sơ bệnh án phải được tiến hành khẩn trương, khách quan, thận trọng, chính xác và khoa học.

II. Quy định cụ thể:

1. Bác sĩ điều trị có nhiệm vụ:

- Làm bệnh án cho bệnh nhân 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.
- Người bệnh không thuộc diện cấp cứu phải hoàn thiện bệnh án trước 36 giờ.
- Phải ghi đầy đủ các mục quy định trong bệnh án, chữ viết rõ ràng không tẩy xóa; Họ tên người bệnh viết chữ in hoa, có đánh dấu. Ghi rõ ngày, tháng, năm sinh vào các ô của bệnh án (Trẻ dưới 3 tuổi phải ghi rõ số tháng)
- Chỉ định thuốc hàng ngày, tên thuốc ghi rõ ràng đúng danh pháp quy định, thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, thuốc kháng sinh phải đánh số thứ tự để theo dõi.
- Người bệnh điều trị trên 15 ngày phải tóm tắt quá trình điều trị theo mẫu quy định.
- Trong quá trình điều trị phải bổ sung các diễn biến, phân cấp chăm sóc, chế độ dinh dưỡng và các chỉ định mới vào hồ sơ bệnh án.
- Đối với bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, trước khi chuyển bệnh nhân vào phòng mổ. Phẫu thuật viên chính phải khám và ghi lại tình trạng hiện tại của bệnh và có chẩn đoán trước mổ.
- Sau khi phẫu thuật xong, phẫu thuật viên chính phải ghi rõ tình trạng của bệnh nhân, các chỉ số sinh tồn, chẩn đoán xác định sau mổ.
- Phẫu thuật viên phải ghi biên bản phẫu thuật rõ ràng, đọc và chi tiết cách thức phẫu thuật, phải vẽ lược đồ phẫu thuật, kiểm tra và ký tên vào phiếu kiểm dụng cụ theo quy định.

- Người bệnh chuyển khoa, Bác sĩ điều trị phải có trách nhiệm hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án trước khi bàn giao, bác sĩ điều trị khoa mới chịu trách nhiệm hoàn thiện hồ sơ bệnh án của người bệnh.

- Người bệnh ra viện, chuyển viện bác sĩ phải ghi rõ tình trạng bệnh nhân, có chẩn đoán trước khi xuất viện, chuyển viện và kí ghi rõ họ tên bác sĩ cho y lệnh.

- Bệnh án ra viện được tổng kết và trả về phòng kế hoạch án theo quy định.

2. Bác sĩ trưởng khoa có trách nhiệm thăm khám lại người bệnh nội trú đã được điều trị trong khoa 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, ký ghi rõ họ tên.

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.

- 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, hóa 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 để quản lý hồ sơ.

- Toàn bộ hồ sơ được đặt trong một cặp bìa cứng, bên ngoài có in số giường.

4. 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 hồ sơ bệnh án và bàn giao cho điều dưỡng thường trực.

- Không để người bệnh và gia đình người bệnh xem hồ sơ bệnh án.

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

B. QUY CHẾ HỘI CHẨN:

I. Quy định chung:

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

a. Khó chẩn đoán và điều trị.

b. Tiên lượng dè dặt.

c. Cấp cứu

d. Chỉ định phẫu thuật.

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

II. Quy định cụ thể :

1. Khi cần hội chẩn:

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

b. Các trường hợp cấp cứu.

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

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

2. Hình thức hội chẩn:

a. Hội chẩn khoa:

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

- Người chủ trì: Bác sĩ trưởng khoa.

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

- Thư ký: Do trưởng khoa chỉ định.

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

b. Hội chẩn liên khoa:

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

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

- Thành phần dự :

+ Các bác sĩ điều trị và Điều dưỡng trưởng khoa.

+ Bác sĩ trưởng khoa có liên quan và mời chuyên gia.

- Thư ký: Do trưởng khoa có người bệnh chỉ định.

- Tiến hành trong trường hợp: Người bệnh mắc thêm một bệnh thuộc chuyên khoa khác.

c. Hội chẩn toàn bệnh viện :

- Người đề xuất: Bác sĩ trưởng khoa có người bệnh.

- Người chủ trì: Giám đốc bệnh viện.

- Thành phần dự: Các bác sĩ trưởng khoa, phó trưởng khoa, trưởng phòng điều dưỡng, điều dưỡng trưởng khoa có liên quan và các chuyên gia.

- Thư ký: Trưởng phòng kế hoạch tổng hợp.

- 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.

d. Hội chẩn liên bệnh viện: (*Hội chẩn trực tuyến*)

- Người đề xuất: Bác sĩ trưởng khoa có người bệnh đề nghị, giám đốc bệnh viện đồng ý.

- Người chủ trì : Giám đốc bệnh viện.

- Thành phần dự.

+ Các Bác sĩ, trưởng khoa, phó trưởng khoa, bác sĩ có người bệnh và trưởng phòng điều dưỡng, điều dưỡng trưởng khoa có người bệnh.

+ Các chuyên gia, giáo sư được mời.

- Thư ký: Trưởng phòng kế hoạch tổng hợp

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

3. Trình tự và nội dung hội chẩn:

a. Bác sĩ điều trị có trách nhiệm;

- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, các kết quả cận lâm sàng, các phương tiện thăm khám người bệnh.

- Chuẩn bị người bệnh, thông báo thời gian và nội dung hội chẩn. Tùy tình trạng người bệnh mà tổ chức hội chẩn tại giường hoặc tại buồng riêng cho phù hợp.

b. Người được mời tham gia hội chẩn phải có trình độ chuyên môn tốt, có tinh thần trách nhiệm, trường hợp mà đích danh mà không tham gia được phải cử người có trình độ tương đương đi thay phải được nghiên cứu hồ sơ bệnh án và thăm khám người bệnh trước.

c. Người chủ trì hội chẩn có trách nhiệm:

- Giới thiệu thành phần người tham dự, báo cáo tóm tắt quá trình điều trị, chăm sóc và yêu cầu hội chẩn.

- Kết luận rõ ràng từng vấn đề để ghi vào biên bản. Khi kết thúc phải đọc lại thông qua biên bản hội chẩn và từng thành viên kí, ghi rõ họ tên và chức danh.

d. Thư ký có trách nhiệm :

- Ghi chép đầy đủ các ý kiến của từng người vào sổ biên bản

- Căn cứ vào kết luận ghi trong sổ biên bản hội chẩn, trích lập phiếu "biên bản hội chẩn" đính vào hồ sơ bệnh án; phiếu biên bản hội chẩn này do thư ký và người chủ tịch ký, ghi rõ họ tên và chức danh.

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

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

h. Khi người bệnh có chỉ định phẫu thuật phải được hội chẩn để xác định. Hội chẩn phải có đầy đủ các phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê hồi sức, bác

sĩ điều trị khoa ngoại và điều dưỡng trưởng khoa ngoại và điều dưỡng trưởng khoa phẫu thuật - gây mê hồi sức.

i. Nghiệm các trường hợp: Tiến hành phẫu thuật mà không hội chẩn.

C. QUY ĐỊNH BÌNH BỆNH ÁN

I. Quy định bình bệnh án tại khoa điều trị:

1. Bác sĩ điều trị chọn 03 bệnh án để bình trong tháng, trình Trưởng Khoa, Trưởng Khoa quyết định chọn lấy 01 bệnh án để bình.

2. Khi giao ban khoa, Trưởng khoa thông báo bệnh án sẽ bình và thông báo cho Phòng KH – TH, HĐ Thuốc và Điều trị, các BS điều trị tham gia.

3. HĐ Thuốc và Điều trị cử 1 Eác sĩ đại diện đến khoa điều trị đó xem qua HSBA, tiếp xúc với bệnh nhân, tiếp xúc với nhóm điều dưỡng chăm sóc đồng thời thăm khám lại cho bệnh nhân.

4. BS đại diện cho Hội đồng thuốc và điều trị ghi chép nhận xét của mình vào tờ mẫu “*Bình bệnh án*”.

Khoa điều trị xếp lịch, chọn ngày bình bệnh án.

6. Khi bình bệnh án: BS điều trị của bệnh nhân đó trình bày tóm tắt bệnh án của mình thực hiện.

7. HĐ Thuốc và Điều trị và các Bác sĩ tham gia xem kỹ HSBA.

8. Bác sĩ đại diện cho Hội đồng thuốc sẽ nêu ra các vấn đề chất vấn, các góp ý, các vấn đề cần thảo luận trong quá trình làm BA.

9. Phần thảo luận chung của HĐ Thuốc Điều trị và các thành viên tham gia.

10. Kết luận của Trưởng Khoa điều trị về các vấn đề cần chấn chỉnh và thông báo đến các các Bác sĩ khác trong khoa phòng.

II. Quy định bình bệnh án cấp bệnh viện:

1. Mỗi tháng Khoa điều trị được phân công chọn 1 bệnh án để bình cấp bệnh viện.

2. Khoa đề xuất bệnh án bình, trình Phòng KHTH quyết định chọn.

3. Phòng KHTH thông báo lịch bình cho toàn bộ các bác sĩ trong bệnh viện qua giao ban và thông báo cho HĐ Thuốc và Điều trị biết để ghi chép theo dõi.

4. HĐ Thuốc và Điều trị cử BS đến khoa điều trị đó xem HSBA, tiếp xúc với bệnh nhân, tiếp xúc với nhóm điều dưỡng chăm sóc đồng thời thăm khám lại cho bệnh nhân và ghi chép nhận xét của cá nhân vào mẫu “*Bình bệnh án Hội đồng thuốc và điều trị*” để trình bày khi tham gia bình bệnh án.

5. BS được Khoa giao chuẩn bị bệnh án bình ghi chép đầy đủ các phần bình vào sổ ***Bình bệnh án của Khoa***.

6. Phòng KHTH xếp lịch, chọn ngày bình bệnh án.

7. Khi bình bệnh án: BS được Khoa giao chuẩn bị bệnh án sẽ trình bày tóm tắt bệnh án của mình thực hiện.

8. HĐ Thuốc Điều trị và toàn bộ các bác sĩ tham gia bình bệnh án.

9. Bác sĩ được Hội đồng thuốc Điều trị cử đến khoa xem HSBA sẽ nêu ra các vấn đề tồn tại, các góp ý, các vấn đề cần thảo luận trong quá trình làm BA.

10. Phần thảo luận chung của HĐ Thuốc Điều trị và các thành viên tham gia.

11. Phó Giám đốc phụ trách công tác chuyên môn chịu trách nhiệm chủ trì bình bệnh án, nếu bận công tác phải ủy quyền cho người khác.

12. Kết luận của Hội đồng thuốc và điều trị về các vấn đề cần chấn chỉnh và thông báo đến các các khoa phòng bằng văn bản.

D. QUY ĐỊNH BÌNH ĐƠN THUỐC:

I. Quy định bình đơn thuốc tại khoa Khám bệnh:

1. Khoa khám bệnh phối hợp khoa dược thực hiện bình đơn thuốc điều trị ngoại trú,

2. Bác sĩ được phân công bình đơn thuốc, chọn 03 đơn thuốc lưu để bình 1 lần trong tháng, trình Trưởng Khoa.

3. Khi giao ban khoa, Trưởng khoa thông báo đơn thuốc sẽ bình và thông báo cho các BS điều trị tham gia, HĐ Thuốc và Điều trị.

4. HĐ Thuốc và Điều trị cử người xem và giám sát đơn thuốc lưu đó.

5. Khoa Khám tự xếp lịch, chọn ngày bình đơn thuốc.

6. Khoa Khám bệnh phân công Bác sĩ trình bày phần bình đơn thuốc trước HĐ Thuốc và Điều trị và tập thể. BS tham gia bình đơn thuốc.

7. Phần thảo luận chung của HĐ Thuốc Điều trị và các thành viên tham gia.

8. Kết luận của Trưởng Khoa điều trị về các vấn đề cần chấn chỉnh và thông báo đến các các Bác sĩ khác trong khoa phòng

II. Quy định bình đơn thuốc cấp bệnh viện:

1. HĐ thuốc và điều trị thực hiện bình đơn thuốc 01 tháng/ lần.

2. Hàng tháng Khoa Khám bệnh thực hiện bốc ngẫu nhiên 10 đơn thuốc lưu vào ngày bất kỳ trong tháng. Nộp đơn thuốc lưu cho, Phòng KHTH, HĐ Thuốc và Điều trị.

3. HĐ Thuốc và Điều trị phối hợp dược lâm sàng và giám sát đơn thuốc lưu: chọn ra các đơn thuốc có vấn đề: Sai về chuyên môn, không đúng với quy chế khám bệnh và quy định kê đơn thuốc.

4. Những đơn nghi ngờ có dấu hiệu sai sót trên sẽ được chuyển cho phòng KHTH để giám sát và cho ý kiến về chuyên môn (giám sát kỹ).

5. Phòng KHTH xếp lịch, bình đơn thuốc lồng ghép với các buổi bình bệnh án của bệnh viện.

6. Khoa Khám bệnh phân công Bác sĩ trình bày các đơn thuốc.
7. Phần thảo luận chung của HĐ Thuốc Điều trị và các thành viên tham gia.
8. Kết luận của HĐ Thuốc và Điều trị về các vấn đề cần chấn chỉnh và thông báo đến các khoa điều trị bằng văn bản.

E. QUY TRÌNH KIỂM THẢO TỬ VONG

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Người bệnh đã 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 hai bác sĩ khám và kết luận.
2. Các thủ tục giải quyết người bệnh tử vong phải thực hiện khẩn trương, nghiêm túc, trân trọng và đúng theo quy định của pháp luật.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. Hồ sơ tử vong:

Bác sĩ điều trị hoặc 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 lý: ngày, giờ, phút tử vong, chẩn đoán bệnh và nguyên nhân tử vong, ký có ghi rõ họ tên. Hồ sơ tử vong được lưu trữ theo quy chế lưu trữ hồ sơ bệnh án.

2. 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. Chậm nhất không trễ quá 07 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 ký.
 - Mời toàn khoa tham dự. Nếu người bệnh tử vong trong giờ thường trực, mời toàn bộ kíp trực tham dự 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 ký có nhiệm vụ:
 - Ghi chép vào sổ kiểm thảo tử vong rõ ràng, đầy đủ các phần mục quy định.
 - Lấy đủ chữ ký và ghi rõ họ tên của 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 ký của người chủ trì và thư ký, 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 lý 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 ký khi kiểm thảo tử vong liên khoa, toàn bệnh viện hoặc liên bệnh viện.



GIÁM ĐỐC

Hoàng Hoa Mân