

Bài 9

HỒ SƠ NGƯỜI BỆNH VÀ CÁCH GHI CHÉP

MỤC TIÊU

1. *Nêu được tầm quan trọng của hồ sơ người bệnh.*
2. *Liệt kê được 8 quy định khi ghi chép hồ sơ người bệnh.*
3. *Nêu được quy định bảo quản và lưu trữ hồ sơ người bệnh.*
4. *Nêu được các quy chế bệnh viện về hồ sơ người bệnh trong công tác điều dưỡng.*

1. TẦM QUAN TRỌNG CỦA HỒ SƠ NGƯỜI BỆNH VÀ SỰ GHI CHÉP

- 1.1. *Hồ sơ BN là các loại giấy tờ liên quan đến bệnh tật của người bệnh*
- 1.2. *Hồ sơ tài liệu về chuyên môn kỹ thuật*
- 1.3. *Chứng từ tài chính*
- 1.4. *Tài liệu pháp y*
- 1.5. *Quá trình điều trị chăm sóc người bệnh trong một thời gian tại một cơ sở y tế*
- 1.6. *Hồ sơ người bệnh được ghi chép đầy đủ, chính xác, khoa học, khách quan, thận trọng, có hệ thống*
- 1.7. *Hồ sơ người bệnh giúp cho việc đánh giá chất lượng điều trị, chăm sóc người bệnh và tinh thần trách nhiệm, khả năng chuyên môn của mỗi người nhân viên y tế*

Điều dưỡng ở khoa khám bệnh và khoa điều trị có trách nhiệm giúp bác sĩ suốt quá trình khám bệnh, cung cấp các chỉ số sinh tồn và tình hình người bệnh trong quá trình tiếp xúc, theo dõi, có trách nhiệm ghi phiếu theo dõi và phiếu chăm sóc.

2. QUY ĐỊNH CHUNG

Mỗi đơn vị y tế có thể thêm những quy định riêng về hồ sơ bệnh nhân nhưng vẫn phải tuân theo những nguyên tắc chung của hồ sơ bệnh nhân.

Nguyên tắc ghi chép hồ sơ.

- 2.1. *Hồ sơ bệnh nhân phải ghi chép rõ ràng, dễ đọc, dễ xem*

- 2.2. Các tiêu đề trong hồ sơ phải ghi chính xác, đầy đủ
- 2.3. Không dùng các ký hiệu, chữ viết tắt do tự ý đặt ra
- 2.4. Ghi chép những việc về điều trị, chăm sóc do mình thực hiện, sao chép những chỉ định được ghi trong hồ sơ người bệnh
- 2.5. Tất cả các thông số theo dõi. Kết quả ghi đúng vào những mẫu giấy tờ cần thiết
- 2.6. Ghi chép hồ sơ người bệnh những nhận định tình trạng bệnh, diễn tiến của bệnh, cách xử lý, điều trị, chăm sóc phải cụ thể, rõ ràng từng thời gian
- 2.7. Ghi chép, bàn giao các trường hợp người bệnh nặng, người bệnh phẫu thuật cần theo dõi 24/24
- 2.8. Ghi chép hồ sơ người bệnh những lý do, chữ ký, địa chỉ của người bệnh khi họ từ chối sự điều trị, chăm sóc
- 2.9. Bệnh án phải hoàn chỉnh trước 24 giờ và có đủ các xét nghiệm cần thiết ở người bệnh cấp cứu

3. CÁC THÀNH PHẦN CỦA HỒ SƠ NGƯỜI BỆNH

Hồ sơ gồm hai phần chính, bao gồm: phần hành chính và phần chuyên môn.

3.1. Phần hành chính

- 3.1.1. Những thông tin về người bệnh như: tên họ người bệnh, địa chỉ, nghề nghiệp, địa chỉ và người cần liên hệ
- 3.1.2. Những thông tin liên quan đến việc thống kê lưu trữ hồ sơ: số nhập viện, mã số, ngày nhập viện, ra viện
- 3.1.3. Những thông tin liên quan viện phí
- 3.1.4. Những thông tin của tuyến dưới

3.2. Phần chuyên môn

- 3.2.1. Các kết quả xét nghiệm: Huyết học, Hoá sinh, Vi sinh, Chẩn đoán hình ảnh, Giải phẫu bệnh
- 3.2.2. Phiếu theo dõi
- 3.2.3. Phiếu chăm sóc
- 3.2.4. Biên bản hội chẩn, sơ kết đợt điều trị, giấy cam đoan, (nếu có)
- 3.2.5. Các tờ điều trị

4. QUY ĐỊNH VỀ SỰ GHI CHÉP PHIẾU CHĂM SÓC

4.1. Phiếu chăm sóc

4.1.1. Là phiếu dùng để ghi diễn biến của người bệnh về chăm sóc, xử trí và thực hiện các y lệnh về điều trị của điều dưỡng

4.1.2. Là phiếu để thực hiện thông tin giữa các điều dưỡng và giữa điều dưỡng với bác sĩ điều trị.

4.1.3. Là tài liệu pháp lý để xem xét đánh giá trách nhiệm trong phạm vi chức năng và nhiệm vụ của điều dưỡng

4.2. Nguyên tắc chung

4.2.1. Ghi kịp thời: ngay sau khi theo dõi, chăm sóc hoặc xử trí cho người bệnh

4.2.2. Thông tin ngắn gọn, chính xác: chỉ ghi những thông tin trong phạm vi trách nhiệm của điều dưỡng

4.2.3. Không ghi trùng lập thông tin: các thông tin đã ghi trên các phiếu (phiếu theo dõi chức năng sống) sẽ không ghi lại trên phiếu này

4.2.4. Kiểm tra lại ngay hoặc trao đổi ngay với bác sĩ điều trị, nếu điều dưỡng phát hiện có những thông tin khác biệt với nhận xét của bác sĩ

4.3. Hướng dẫn ghi phiếu chăm sóc

4.3.1. Mỗi lần ghi vào phiếu chăm sóc phải ghi ngày, giờ và phút tại thời điểm mà người điều dưỡng theo dõi hoặc chăm sóc người bệnh

4.3.2. Cột diễn biến ghi ngắn gọn những diễn biến hoặc tình trạng bất thường của người bệnh mà người điều dưỡng theo dõi được kể cả những than phiền, kiến nghị của người bệnh

4.3.3. Cột thực hiện y lệnh /chăm sóc: việc người điều dưỡng đã thực hiện chăm sóc chính

Về chăm sóc: ghi những việc chăm sóc chính (tắm, vệ sinh, thay đổi tư thế, chăm sóc vết loét, giáo dục sức khỏe, hướng dẫn người bệnh).

Về xử trí: chỉ ghi những xử trí khi có tình huống cần giải quyết trong phạm vi quyền hạn, trách nhiệm của điều dưỡng sơ cứu ban đầu cùng với việc báo bác sĩ hoặc các xử trí thông thường (thay băng, đắp khăn chườm lạnh khi người bệnh sốt cao).

Về đánh giá kết quả: những kết quả mang lại ngay sau xử trí chăm sóc dựa trên chẩn đoán chăm sóc để đánh giá kết quả bệnh nhân ghi.

Về thực hiện y lệnh: ghi việc thực hiện y lệnh đặc biệt, bổ sung đột xuất theo hồ sơ bệnh án. Các y lệnh thường quy được ghi đánh dấu trong sổ thực hiện y lệnh nên chỉ cần ghi thực hiện y lệnh có phiếu truyền dịch.

Cột ký tên: điều dưỡng ghi rõ tên của mình đủ để mọi người nhận dạng được chữ ký.

Đối với người bệnh chăm sóc cấp I, cấp II cần ghi thường xuyên về những diễn tiến bệnh của người bệnh. Với người bệnh chăm sóc cấp III, ghi tối

thiếu 1 lần trong ngày và khi cần. Ngày nghỉ cuối tuần, ngày lễ cần ghi những diễn tiến của người bệnh nặng hoặc có diễn tiến bất thường.

5. BẢO QUẢN HỒ SƠ NGƯỜI BỆNH

Trong quá trình sử dụng hồ sơ người bệnh tại khoa, phòng cần lưu ý những vấn đề sau:

5.1. Sắp xếp và dán hồ sơ bệnh án, viết theo thứ tự quy chế

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: cần viết theo theo tự của bộ hồ sơ do vụ điều trị của BHYT đã quy định.

1. Các giấy tờ hành chính.
2. Các tài liệu của tuyến dưới (nếu có).
3. 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.
4. Phiếu theo dõi (mạch - nhiệt huyết áp) nếu bệnh nhân nặng - chuyển theo dõi thường quy thành theo dõi giờ.
5. Phiếu chăm sóc.
6. Biên bản hội chẩn, sơ kết đợt điều trị, giấy cam đoan, (nếu có)
7. 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.

Bộ Y tế BV: Khoa:	PHIẾU CHĂM SÓC Điều dưỡng ghi Phiếu số	MS: 09/BV-01 Số vào viện
-------------------------	---	-----------------------------------

Họ tên người bệnh: _____ Tuổi _____ Nam/Nữ
Số giường: _____ Buồng _____ Chẩn đoán: _____

Ngày	Giờ, phút	Theo dõi diễn biến	Thực hiện y lệnh chăm sóc	Ký tên
	8 ^h 5'			
	9 ^h			
	12 ^h			
	14 ^h			

5.2. 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 qui 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 điều dưỡng hành chính.

6. QUY CHẾ LƯU TRỮ HỒ SƠ BỆNH ÁN

6.1. Quy định chung

6.1.1. Hồ sơ bệnh án là tài liệu quan trọng phải được giữ gìn, bảo quản tốt theo đúng qui định của pháp luật về lưu trữ.

6.1.2. Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú, chuyển viện và tử vong phải được hoàn chỉnh các thủ tục hành chính theo qui chế vào viện chuyển khoa chuyển viện ra viện sau đó chuyển đến phòng kế hoạch tổng hợp lưu trữ theo qui định.

6.1.3. Việc khai thác sử dụng hồ sơ bệnh án phải theo đúng quy định.

6.2. Quy định cụ thể

6.2.1. Lưu trữ hồ sơ bệnh án

6.2.2. Đăng ký lưu trữ

- Người bệnh ra viện trong 24 giờ, khoa phải hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án theo quy chế, chuyển đến phòng kế hoạch tổng hợp.
- Phòng kế hoạch tổng hợp kiểm tra việc thực hiện quy chế hồ sơ bệnh án của khoa trình giám đốc ký duyệt và chuyển lưu trữ.
- Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú lưu trữ ít nhất 10 năm.
- Hồ sơ bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt lưu trữ ít nhất 15 năm.
- Hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong lưu trữ ít nhất 20 năm.

6.2.3. Giữ gìn bảo quản hồ sơ bệnh án

- Trưởng phòng kế hoạch tổng hợp phân công cụ thể viên chức chuyên trách giữ gìn bảo quản hồ sơ bệnh án.
- Ghi đầy đủ các thông tin quy định vào sổ lưu trữ.
- Hồ sơ bệnh án được để vào tủ hoặc trên giá, có biện pháp: chống ẩm, phòng cháy, chống gián, chống chuột, chống mối và các côn trùng khác.

- Các hồ sơ bệnh án được đánh thứ tự theo chuyên khoa, hoặc theo danh mục bệnh tật quốc tế nhằm bảo quản lưu trữ và cung cấp tài liệu nhanh chóng thuận tiện.

6.2.4. Hồ sơ người bệnh tử vong

- Hồ sơ người bệnh tử vong phải được bảo quản chặt chẽ, lưu trữ tủ riêng, theo thứ tự từng năm.
- Tủ lưu trữ hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong phải luôn luôn khóa. Giám đốc bệnh viện có quyết định phân công và giao trách nhiệm cho người giữ hồ sơ bệnh án.

6.3. Sử dụng hồ sơ bệnh án đã lưu trữ

- Bác sĩ trong bệnh viện cần mượn hồ sơ bệnh án để giảng dạy, học tập, nghiên cứu khoa học phải có giấy đề nghị ghi rõ mục đích, thông qua trưởng phòng kế hoạch tổng hợp và chỉ được đọc tại chỗ. Với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong, ngoài các thủ tục trên phải được giám đốc bệnh viện ký duyệt.
- Phòng kế hoạch tổng hợp phải có sổ theo dõi người đến mượn hồ sơ bệnh án và lưu trữ các giấy đề nghị.
- Người mượn hồ sơ bệnh án không được tiết lộ nghề nghiệp chuyên môn.

6.4. Cơ quan bảo vệ pháp luật và thanh tra cần sử dụng hồ sơ bệnh án

- Phải có giấy giới thiệu hoặc công văn đề nghị ghi rõ mục đích sử dụng hồ sơ bệnh án.
- Căn cứ giấy giới thiệu hoặc công văn yêu cầu, trưởng phòng kế hoạch tổng hợp báo cáo giám đốc ký duyệt mới được phép đưa hồ sơ bệnh án cho mượn đọc hay sao chụp tại chỗ.
- Với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong, giám đốc bệnh viện phải báo cáo lên cấp trên quản lý trực tiếp, sau khi được sự đồng ý của cấp trên, giám đốc bệnh viện mới được phép cho mượn đọc hoặc sao chụp, chép tại chỗ.
- Với hồ sơ bệnh án của cán bộ diện quản lý bảo vệ sức khỏe trung ương phải được phép của chủ tịch hội đồng quản lý sức khỏe cán bộ cao cấp của ng và Nhà nước mới được phép cho mượn đọc hoặc sao chụp, chép tại chỗ.

7. KẾT LUẬN

Hồ sơ người bệnh là một chứng từ rất quan trọng được lưu trữ tại phòng thống kê tổng hợp, nó vừa có tính chuyên môn vừa có tính pháp lý. Khi cần theo dõi một quá trình bệnh tật của người bệnh để điều trị, để nắm vững những vấn đề về bệnh tật của người bệnh về mặt pháp lý và cũng góp phần rất lớn trong công tác nghiên cứu khoa học trong điều trị và chăm sóc.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời các câu hỏi đúng sai

1. Khi cần giải đáp thắc mắc, bệnh nhân và thân nhân có thể mượn hồ sơ để xem.
2. Phiếu điều trị chỉ dành riêng cho bác sĩ dùng ghi chép việc theo dõi người bệnh hàng ngày.
3. Trước khi bệnh nhân mổ, bệnh nhân cần phải có bảng tóm lược bệnh và phiếu hội chẩn.
4. Khi bệnh nhân xuất viện, sau 1 tuần hồ sơ bệnh nhân được đưa về phòng lưu trữ.
5. Hồ sơ bắt buộc phải được đóng dấu giáp lai.
6. Trước khi bác sĩ thăm bệnh, hồ sơ cần được phát trước tại giường bệnh nhân.
7. Khi cơ quan điều tra cần tham khảo hồ sơ bệnh án cần phải có ý kiến của bác sĩ trưởng khoa.

Chọn câu trả lời đúng nhất:

8. Phải hoàn chỉnh hồ sơ bệnh nhân ra viện:
 - A. Sau 1 tuần.
 - B. Sau 24 giờ.
 - C. Sau 48 giờ.
 - D. Sau 72 giờ.
 - E. Ngay sau khi bệnh nhân vừa ra viện.
9. Khi bệnh nhân ra viện hồ sơ được:
 - A. Cho bệnh nhân mang theo về.
 - B. Chuyển ngay về phòng điều dưỡng trưởng bệnh viện.
 - C. Phòng kế hoạch tổng hợp.
 - D. Thu viện phí bệnh viện.
 - E. Tất cả đều sai.
10. Khi bác sĩ bận việc:
 - A. Có thể kê thuốc qua điện thoại.
 - B. Thực hiện y lệnh cấp cứu, sau đó bác sĩ ghi bổ sung.
 - C. Tự ý ghi vào hồ sơ.
 - D. Câu A, B, C đều đúng.
 - E. Câu A, B, C đều sai.

ĐÁP ÁN: 1. S, 2. Đ, 3. S, 4. S, 5. Đ, 6. S, 7 S, 8.B, 9.C, 10.E