

## **QUY TRÌNH THIẾT LẬP, LƯU TRỮ, KIỂM SOÁT HỒ SƠ BỆNH ÁN**

### **1. Quy trình thiết lập và ghi chép hồ sơ bệnh án:**

- Hồ sơ, bệnh án phải được thiết lập ngay khi bệnh nhân vào viện với đầy đủ các thông tin về hành chánh, các phần mục về bệnh lý, chẩn đoán nơi chuyển (nếu có), chẩn đoán ban đầu và các đề mục khác theo quy định.
- Việc khai thác để làm bệnh án vào viện phải tương đối chi tiết, đầy đủ và mang tính chính xác cao.
- Bệnh án cấp cứu phải hoàn chỉnh chẩn đoán với đầy đủ các cận lâm sàng cần thiết trong vòng 24 giờ sau khi bệnh nhân nhập viện, các trường hợp không cấp cứu phải hoàn chỉnh trong 36 giờ. Chẩn đoán bệnh phải được mã hóa theo ICD.
- Ghi chép diễn biến bệnh và ghi chép điều dưỡng phải thực hiện ngay và đầy đủ sau khi thăm khám, chăm sóc. Việc ghi chép phải thực hiện ít nhất ngày 1 lần (trừ thứ bảy, chủ nhật và ngày lễ). Riêng bệnh nặng, bệnh cấp cứu phải thực hiện, cập nhật hằng ngày theo diễn biến bệnh.
- Phân y lệnh phải đầy đủ về thuốc, xét nghiệm (nếu có), chế độ dinh dưỡng và chăm sóc.
- Thuốc phải ghi rõ ràng và đúng thứ tự theo quy định dược chính. Trong đó, bắt buộc đánh số thứ tự ngày dùng theo đúng ký hiệu đối với các nhóm thuốc có quy định đánh số.
- Kết quả xét nghiệm phải được cập nhật đầy đủ.
- Các chế độ hội chẩn phải được thể hiện rõ ràng.
- Chữ viết trong bệnh án phải tương đối rõ ràng, dễ đọc, không tẩy xóa.
- Bệnh án nằm viện phải được bảo mật các thông tin, người không có phận sự không được tự ý xem hồ sơ bệnh án.
- Bác sĩ trưởng khoa và Điều dưỡng trưởng khoa, Điều dưỡng hành chánh chịu trách nhiệm xem xét tính đầy đủ, rõ ràng và chính xác của hồ sơ bệnh án tại khoa.

### **2. Quy trình lưu trữ hồ sơ bệnh án:**

- Bệnh án ra viện, bộ phận điều trị phải hoàn thành tổng kết và trả về phòng Điều dưỡng trong vòng tối đa 03 ngày làm việc sau khi bệnh nhân ra viện. Riêng bệnh tử vong, bệnh án phải hoàn chỉnh và trả trong vòng 24 giờ. Khi trả phải có sổ ký giao, nhận. Phòng Điều dưỡng kiểm tra tính đầy đủ của bệnh án trong vòng 03 ngày, trình lãnh đạo bệnh viện ký duyệt sau đó chuyển sang phòng KHTH kiểm tra lần hai, nhập vào phần mềm lưu trữ

(nếu có). Bệnh án sau khi nhập vào phần mềm sẽ chuyển sang bộ phận đóng dấu để thực hiện đóng dấu và chuyển vào kho lưu trữ.

- Khi bàn giao tại kho lưu trữ, phải thực hiện việc ký giao, ký nhận và viên chức phụ trách lưu trữ phải ghi đầy đủ thông tin quy định vào sổ lưu trữ.
- Bệnh án phải được lưu trữ ngăn nắp theo số lưu trữ, theo từng tháng, năm, từng khoa. Riêng bệnh tử vong, bệnh án phải lưu trữ riêng. Nơi lưu trữ phải cao ráo, ngăn nắp, tránh bị hư hỏng, rách. Tủ lưu trữ phải có khóa.
- Việc sử dụng hồ sơ lưu trữ phải theo đúng quy định của quy chế hồ sơ bệnh án do Bộ Y tế ban hành.

### **3. Kiểm soát hồ sơ bệnh án:**

- Bệnh án tại khoa phòng, Trưởng khoa, Điều dưỡng trưởng khoa đó chịu trách nhiệm kiểm soát việc thực hiện các quy trình thành lập bệnh án theo đúng quy định và chịu trách nhiệm trước Trưởng phòng KHTH, Trưởng phòng Điều dưỡng về tính hoàn chỉnh của hình thức và nội dung trong bệnh án.
- Trưởng phòng KHTH có trách nhiệm kiểm tra, nhắc nhở định kỳ và đột xuất quy trình thiết lập hồ sơ bệnh án tại các khoa, phòng, quy trình trả, lưu trữ hồ sơ bệnh án và chịu trách nhiệm trước Giám đốc bệnh viện về chất lượng hồ sơ bệnh án trong toàn bệnh viện.
- Bộ phận lưu trữ chịu trách nhiệm về việc bảo quản hồ sơ bệnh án theo đúng quy định.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y tế (1997), Quyết định số 1895/1997/QĐ - BYT ngày 19/09/1997.

**GIÁM ĐỐC**

Nguyễn Tấn Lộc