|  |  |
| --- | --- |
| **BỆNH VIỆN ĐKKV BẮC QUẢNG TRỊ****KHOA: ...........................................................** | Mã số vào viện:………..…..................... |

BẢNG KIỂM TRA CHẤT LƯỢNG HỒ SƠ BỆNH ÁN

Họ tên người bệnh:………...……………....….Ngày vào……..............Ngày ra……..………

Bác sỹ điều trị:…………………................Điều dưỡng chăm sóc:…………...…...…………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung kiểm tra** | **Tự kiểm tra** |
| **Đạt** | **Không đạt** |
| **I.** | **Làm hồ sơ bệnh án** |  |  |
| 1. | Làm hoàn chỉnh HSBA trong vòng 24h |  |  |
| 2. | Đầy đủ thông tin cơ bản cần thiết, chữ viết đúng quy định và rõ ràng dễ đọc |  |  |
| 3. | Điền đúng đủ vào các cột mục, không có thông tin mâu thuẫn, bất hợp lý |  |  |
| 4. | Các loại giấy tờ, kết quả XN sắp xếp đúng nhóm, lệch nhau từng lớp và đúngtrình tự trước dưới - sau trên |  |  |
| 5. | Ghi mã ICD phải phù hợp với chẩn đoán tên bệnh |  |  |
| 6. | Đầy đủ chữ ký, ghi rõ họ tên của bác sĩ, điều dưỡng (không gạch và viết đèlên do không sử dụng đúng tài khoản) |  |  |
| 7. | Sửa thông tin bằng cách gạch bỏ và ký tên (không tẩy xóa hoặc bôi đen) |  |  |
| 8 | Phiếu cam kết các loại ghi đầy đủ thông tin và đúng theo quy định, có chữ kíđầy đủ |  |  |
| **II.** | **Khám bệnh, chẩn đoán** |  |  |
| 1. | Hỏi bệnh sử, tiền sử chi tiết ghi đầy đủ các triệu chứng và diễn biến vào hồsơ bệnh án |  |  |
| 2 | Khám bệnh tỉ mỉ toàn diện, ghi bệnh án đầy đủ hàng ngày (không sao chépnhận xét) |  |  |
| 3 | Lập luận đưa ra chẩn đoán phù hợp sau khi vào khoa trong 24h đầu |  |  |
| 4 | Chỉ định làm các xét nghiệm, cận lâm sàng cần thiết, phù hợp |  |  |
| 5 | Khám, ghi diễn biến bệnh, nhận xét kết quả XN, CLS: xử trí bổ sung thuốc,cận lâm sàng…phù hợp (ghi đầy đủ sau mỗi lần khám, kí ghi họ tên) |  |  |
| 6 | Chỉ định các dịch vụ kỹ thuật cao (CT,CHT…) thuộc danh mục phải duyệt,hội chẩn… theo quy định |  |  |
| 7 | Có chẩn đoán xác định trong 72h đầu |  |  |
| 8 | Ghi lập luận khi thay đổi hoặc bổ sung chẩn đoán, cập nhật chẩn đoán. |  |  |
| 9 | Lãnh đạo khoa khám lại người bệnh cứ sau 3-4 ngày/lần: ghi chép đầy đủ, kývà ghi rõ họ tên |  |  |
| 10 | Thực hiện hội chẩn theo quy chế; ghi chép đầy đủ trong bệnh án; Trích biênbản hội chẩn: đúng đủ thành phần, lập luận chẩn đoán phù hợp. |  |  |
| 11 | Khi ra viện, có chẩn đoán ra viện, phân biệt bệnh chính và bệnh kèm theo |  |  |
| 12 | Lãnh đạo khoa khám, nhận xét kết quả điều trị và quyết định cho người bệnhra viện. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **III.** | **Điều trị** |  |  |
| 1 | Có đủ chỉ định điều trị, chế độ dinh dưỡng, chế độ chăm sóc |  |  |
| 2 | Chỉ định thuốc gồm: tên thuốc, nồng độ, hàm lượng, liều dùng, đường dùngvà thời gian dùng |  |  |
| 3 | Chỉ định tên thuốc ghi đúng danh pháp quy định, rõ ràng, khi tẩy xóa phải kíxác nhận |  |  |
| 4 | Thuốc được chỉ định phù hợp chẩn đoán, với diễn biến và cận lâm sàng |  |  |
| 5 | Thuốc chỉ định phù hợp tuổi, cân nặng, tình trạng và cơ địa NB |  |  |
| 6 | Liệu trình sử dụng thuốc đúng hướng dẫn điều trị |  |  |
| 7 | Chỉ định thuốc cần thiết, an toàn, hiệu quả và tiết kiệm. |  |  |
| 8 | Chỉ định dùng các thuốc không thuộc danh mục tương tác chống chỉ địnhtrong thực hành lâm sàng |  |  |
| 9 | Đánh số thuốc theo quy định |  |  |
| 10 | Duyệt, hội chẩn các thuốc theo quy định |  |  |
| 11 | Chỉ dùng đường tiêm khi thật sự cần thiết |  |  |
| 12 | Sơ kết cứ sau 15 ngày điều trị, nội dung sơ kết đầy đủ |  |  |
| 13 | Tổng kết quá trình điều trị nộp bệnh án trong 24h sau khi ra viện |  |  |
| 14 | Bệnh án tử vong phải có Bản trích biên bản kiểm điểm tử vong |  |  |
| 15 | Nếu làm thủ thuật, phẫu thuật phải cần phải lập phiếu PTTT thì phải: lập đúng mẫu, ghi đúng đủ cột mục, thông tin phù hợp, ghi quy trình thực hiệncác bước theo đúng quy trình kỹ thuật đã ban hành. |  |  |
| 16 | Toàn bộ biểu mẫu, giấy tờ khác được rán trong hồ sơ bệnh án phải ghi, kíđầy đủ cột mục theo quy định |  |  |
| **IV.** | **Chất lượng chăm sóc, điều dưỡng** |  |  |
| 1. | Phiếu chăm sóc: ghi đầu đủ các cột mục diễn biến, thực hiện y lệnh chăm sóc toàn diện về: dinh dưỡng, vệ sinh, tinh thần, tập vận động, PHCN và GDSK tối thiểu 2 lần trên một đợt điều trị.Ghi đầy đủ can thiệp của ĐD khi NB có diễn biến đúng y lệnh bổ sung Chữ viết rõ ràng, không tẩy xóa, kí rõ tên đầy đủ |  |  |
| 2. | Phiếu theo dõi ghi đầy đủ, không ngắt quãng các mục: mạch (đỏ), nhiệt độ (xanh), HA, Cân nặng, nhịp thở, …Kí và ghi tên |  |  |
| 3. | Phiếu theo dõi truyền dịch ghi đủ cột mục: giờ bắt đầu - kết thúc từng loại dịch, tốc độ, thời gian kết thúc truyền đúng, liều lượng, số lô; Bs chỉ định,ĐD thực hiện… kẻ ngang hết ngày |  |  |
| 4 | Phiếu công khai dịch vụ khám, chữa bệnh nội trú điền đầy đủ dịch vụ đã thựchiện: xét nghiêm, cđha, tdcn; dịch vụ kỹ thuật, máu, thuốc, vật tư…..Ký NB hàng ngày. |  |  |
| 5 | Phiếu truyền máu ghi đầy đủ các mục theo quy định AT truyền máu |  |  |

*………… giờ….. phút, ngày…… tháng…… năm…….....*

**ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG TRƯỞNG KHOA**