

SỞ Y TẾ BẠC LIÊU
TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ BẠC LIÊU

----- □ □ □ -----



**QUY TRÌNH TIẾP NHẬN, KIỂM TRA
VÀ LƯU TRỮ HỒ SƠ BỆNH ÁN RA VIỆN**
Mã số: QTKHNV - 01

Trách nhiệm	Soạn thảo	Kiểm tra	Phê duyệt
Chức vụ	NV KHN	TP KHN	Phó Giám đốc
Chữ ký			
Họ và tên	Ds CKII. Trịnh Thị Hồng Ngọc	Bs CKII. Châu Hồng Hiếu	Bs CKI. Ngô Thị Kim Phượng

1. Những người có liên quan phải đọc, hiểu và thực hiện theo đúng nội dung của tài liệu này
2. Nội dung trong tài liệu này có hiệu lực như sự chỉ đạo của Giám đốc.
3. Tài liệu được sử dụng phải được phê duyệt, các bản sao phải có dấu hiệu kiểm soát.

TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ BẠC LIÊU	QUY TRÌNH	Mã số: QT KHNV-01
	TIẾP NHẬN, KIỂM TRA VÀ LƯU TRỮ HỒ SƠ BỆNH ÁN RA VIỆN	Phiên bản: 01
		Ngày ban hành: 01/03/2024

PHÂN PHỐI

NOI NHẬN	SỐ BẢN	NOI NHẬN	SỐ BẢN
Giám đốc	1	Khoa YHCT-Phục hồi chức năng	1
Các Phó Giám đốc	1	Khoa Khám bệnh	1
Phòng Tổ chức - Hành chính	1	Khoa Dược	1
Phòng Kế hoạch – Nghiệp vụ	1	Khoa Nội	1
Phòng Tài chính - Kế toán	1	Khoa cấp cứu	1
Phòng Điều dưỡng	2	Khoa Nhi	1

SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

Lần sửa đổi	Trang sửa đổi	Nội dung sửa đổi	Ngày sửa đổi	Ngày hiệu lực	Phê duyệt

1. MỤC ĐÍCH

Quy định thống nhất quá trình tiếp nhận, kiểm tra, lưu trữ hồ sơ bệnh án đã điều trị nội trú, ngoại trú nhằm đảm bảo việc lưu trữ, giữ gìn, bảo quản HSBA đúng quy định.

2. PHẠM VI ÁP DỤNG

Quy trình này áp dụng đối với tất cả HSBA của bệnh nhân đã được điều trị tại Trung tâm Y tế thành phố Bạc Liêu.

Đối tượng áp dụng: Các khoa, phòng tại Trung tâm Y tế thành phố Bạc Liêu.

3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

Quy chế bệnh viện, Bộ Y tế ban hành năm 1997: Quy chế lưu trữ hồ sơ bệnh án.

Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09/1/2023: Điều 69.

Thông tư số 53/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế Quy định thời hạn bảo quản hồ sơ, tài liệu chuyên môn nghiệp vụ ngành y tế.

4. ĐỊNH NGHĨA VÀ CHỮ VIẾT TẮT

BV: Bệnh viện	KHNV: Kế hoạch tổng hợp
BGD: Ban Giám đốc	TCHC: Tổ chức hành chính
GĐ: Giám đốc	TCKT: Tài chính - Kế toán
BS: Bác sĩ	PHCN: Phục hồi chức năng
ĐD: Điều dưỡng	CC-DS: Chăm cứu- Dưỡng sinh
ĐDT: Điều dưỡng trưởng	HSBA: Hồ sơ bệnh án
ĐDHC: Điều dưỡng hành chính	BA: Bệnh án
ĐDCS: Điều dưỡng chăm sóc	LS: Lâm sàng.
NB: Người bệnh	CLS: cận lâm sàng
NNNB: Người nhà người bệnh	XN: xét nghiệm
NVLT: nhân viên lưu trữ.	CDHA: Chẩn đoán hình ảnh
	TDCN: Thẩm dò chức năng

5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

5.1. Quy trình tiếp nhận, kiểm tra và lưu trữ HSBA

Trách nhiệm thực hiện	Bước thực hiện	Mô tả/ Nội dung thực hiện
Khoa điều trị	<u>Bước 1:</u> Tự kiểm tra, hoàn thiện HSBA	- Người bệnh ra viện trong vòng 24 giờ, Khoa điều trị phải hoàn chỉnh HSBA. - Tự kiểm tra HSBA, điền đầy đủ thông tin, hoàn chỉnh các nội dung theo quy định. - Chuyển HSBA hoàn chỉnh về phòng KHNV.
NVLT phòng KHNV	<u>Bước 2:</u> Giao nhận HSBA ra viện	- Nhận HSBA do các khoa điều trị trả. - Đối chiếu thông tin HSBA trả. - Ký giao, nhận vào Sổ trả bệnh án.

Tổ kiểm tra HSBA	Bước 3: Kiểm tra HSBA.	<ul style="list-style-type: none"> - Kiểm tra, rà soát nội dung HSBA theo bảng kiểm HSBA. - HSBA đạt yêu cầu: chuyển sang bước tiếp theo. - HSBA chưa đạt yêu cầu: <ul style="list-style-type: none"> + Ghi nhận những sai sót vào sổ hoặc báo Trưởng phòng KHNV xác nhận. + Thông báo cho khoa điều trị nhận lại để khắc phục, hai bên cùng ký xác nhận.
NVLT phòng KHNV	Bước 4: Đóng dấu giáp lai, trình ký duyệt	<ul style="list-style-type: none"> - Nhân viên lưu trữ tiếp nhận HSBA đã kiểm tra từ nhân viên kiểm tra. - Đóng dấu giáp lai. - Trình Ban Giám đốc ký duyệt HSBA.
NVLT phòng KHNV	Bước 5: Lưu trữ và bảo quản HSBA	<ul style="list-style-type: none"> - Cập nhật số lưu trữ, thông tin NB ra viện vào sổ lưu trữ hoặc máy tính hoặc phần mềm quản lý của bệnh viện (nếu có). - HSBA được xếp vào hộp/ bì có dán tem lưu trữ. - Xếp lên giá theo thứ tự từ số nhỏ đến số lớn tại khu vực riêng trên giá đựng. - HSBA tử vong được lưu vào tủ riêng, có khóa. - Đảm bảo các điều kiện bảo quản: nhiệt độ, độ ẩm, vệ sinh, chống chuột, dán, côn trùng, phòng chống cháy. - Kiểm tra định kỳ, đột xuất.

5.2. Diễn giải cụ thể quy trình

5.2.1. Tự kiểm tra việc hoàn thiện HSBA

-Người bệnh ra viện trong vòng 24 giờ, Khoa điều trị có trách nhiệm hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án theo quy chế. Điền đầy đủ thông tin, hoàn chỉnh các nội dung theo quy định: Các tiêu đề trong các tờ điều trị, chăm sóc và phiếu cận lâm sàng; chữ ký của BS lãnh đạo khoa, BS điều trị, KTV, ĐD, người bệnh; Mã ICD, sơ kết 15 ngày điều trị, biên bản hội chẩn...

-Điều dưỡng hành chính: chuyển HSBA hoàn chỉnh về phòng KHNV trong vòng 3 ngày kể từ ngày người bệnh ra viện. Riêng 2 ngày cuối tháng HSBA phải hoàn chỉnh và chuyển về phòng KHNV vào ngày cuối cùng của tháng đó.

5.2.2. Giao nhận hồ sơ bệnh án ra viện

-Nhân viên lưu trữ phòng KHNV tiếp nhận HSBA từ các khoa lâm sàng.

-Đối chiếu danh sách bệnh án giữa “Sổ trả bệnh án” và số bệnh án thực mang trả, theo các thông tin: họ và tên, tuổi, ngày vào viện, ngày ra viện và số phim (nếu có).

-Ghi chép đầy đủ vào sổ bàn giao HSBA, ký giao, nhận và ghi rõ ngày, giờ, họ tên người giao, người nhận.

5.2.3. Kiểm tra HSBA

- Nhân viên kiểm tra HSBA tiến hành kiểm tra, rà soát HSBA một cách toàn diện theo bảng kiểm tra HSBA.

- HSBA đạt yêu cầu: thực hiện các bước tiếp theo.

- HSBA chưa đạt yêu cầu:

+ Ghi những điểm không phù hợp, thiếu sót cần khắc phục vào sổ theo dõi sai sót HSBA hoặc gián giấy note và ghi chú phần thiếu sót. Nếu có lỗi nghiêm trọng thì báo lãnh đạo phòng KHNV để xác nhận.

+ Thông báo cho khoa điều trị (Điều dưỡng trưởng khoa hoặc Điều dưỡng hành chính) nhận lại để khắc phục, hai bên cùng ký xác nhận.

* Khắc phục HSBA chưa đạt yêu cầu (bệnh án trả về)

- 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 KHNV, 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, Khoa điều trị cuối có trách nhiệm:

+ Bổ sung, hoàn chỉnh những điểm không phù hợp nếu nội dung đó thuộc phạm vi của Khoa điều trị cuối.

+ Thông báo cho các Khoa điều trị cũ bổ sung, hoàn chỉnh những điểm không phù hợp nếu nội dung đó thuộc phạm vi của Khoa điều trị trước.

- Khi hết thời gian yêu cầu khắc phục HSBA chưa đạt, HSBA sẽ được Khoa cuối trả về phòng KHNV, các điểm không phù hợp thuộc khoa nào thì khoa đó sẽ chịu trách nhiệm.

- Hàng tháng, phòng KHNV 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.

5.2.5. Đóng dấu giáp lai, trình ký duyệt HSBA

- Sau khi kiểm tra xong HSBA, nhân viên kiểm tra bàn giao HSBA cho bộ phận lưu trữ đầy đủ.

- Thực hiện đóng dấu giáp lai cho tất cả hồ sơ bệnh án lưu trữ. - Trình Giám đốc/ Phó giám đốc phụ trách ký duyệt HSBA.

5.3. Quy định cụ thể lưu trữ, quản lý HSBA

5.3.1. Tại khoa điều trị:

- Điều dưỡng trưởng khoa có trách nhiệm quản lý HSBA trước khi nộp về phòng KHNV. Điều dưỡng trực có trách nhiệm quản lý HSBA trong thời gian trực.

- Hồ sơ bệnh án tại các khoa lâm sàng được sắp xếp gọn gàng, ngăn nắp, không cho người không có thẩm quyền tiếp cận.

- Các nhân viên khoa phòng khác muốn xem HSBA phải được sự đồng ý của trưởng khoa và chỉ được đọc tại chỗ, không sao, chụp.

- Nhân viên y tế tuyệt đối không được để lộ thông tin về quá trình điều trị của người bệnh (như chụp ảnh đăng facebook, gửi viber, zalo...)

- Trường hợp người nhà người bệnh, cơ sở y tế khác, cơ quan bảo hiểm, cơ quan công an... yêu cầu cung cấp thông tin về chuyên môn, đề nghị hướng dẫn liên hệ phòng KHNHV để được giải quyết.

5.3.2. Tại Phòng Kế hoạch Nghiệp vụ:

a. Thời gian lưu trữ HSBA

- + 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.

b. Giữ gìn bảo quản HSBA:

+ Trưởng phòng KHNHV phân công cụ thể nhân viên chuyên trách giữ gìn bảo quản hồ sơ bệnh án.

+ Nhân viên lưu trữ cập nhật số lưu trữ, thông tin NB ra viện vào máy tính hoặc phần mềm quản lý của bệnh viện (nếu có).

+ HSBA được xếp vào hộp/ bìa 3 lá có dán tem lưu trữ. Xếp lên tủ hoặc trên giá theo số thứ tự từ nhỏ đến lớn tại khu vực riêng để khi cần lấy HSBA được dễ dàng. Áp dụng 5S trong lưu trữ nhằm bảo quản và cung cấp tài liệu nhanh chóng thuận tiện.

+ HSBA để vào tủ hoặc trên giá phải có biện pháp chống ẩm, chống cháy, chống dãn, chống chuột, chống mối và các côn trùng khác. Kiểm tra thường xuyên các điều kiện, quy định đảm bảo việc lưu trữ hồ sơ bệnh án tốt, đặc biệt là các phương tiện phòng chống cháy nổ.

c. 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 người bệnh tử vong phải luôn luôn khóa. Giám đốc Trung tâm có quyết định phân công và giao trách nhiệm cho người giữ hồ sơ bệnh án.

d. Sử dụng hồ sơ bệnh án đã lưu trữ

+ Đại diện cơ quan quản lý nhà nước về y tế, cơ quan điều tra, viện kiểm sát, tòa án, thanh tra chuyên ngành y tế, tổ chức giám định pháp y, pháp y tâm thần, luật sư của người bệnh được tiếp cận, cung cấp hồ sơ bệnh án để thực hiện nhiệm vụ theo quy định của pháp luật có liên quan;

+ Học sinh, sinh viên, học viên, nghiên cứu viên của các cơ sở nghiên cứu, cơ sở đào tạo, người hành nghề trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc hoặc sao chép phục vụ cho việc nghiên cứu hoặc công tác chuyên môn kỹ thuật khi có sự đồng ý của Ban Giám đốc Trung tâm;

+ Đại diện cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ quan giải quyết bồi thường nhà nước được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc, ghi chép hoặc đề nghị cấp bản sao phục vụ nhiệm vụ được giao khi có sự đồng ý của Ban Giám đốc Trung tâm;

+ Người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh được đọc, xem, sao chụp, ghi chép hồ sơ bệnh án và được cung cấp bản tóm tắt hồ sơ bệnh án khi có yêu cầu bằng văn bản.

* Đối với HSBA người bệnh tử vong, ngoài các thủ tục trên phải được Giám đốc Trung Tâm ký duyệt.

+ Phòng KHNV phải có sổ theo dõi người đến mượn HSBA và lưu trữ các giấy đề nghị.

5.4. Xem xét, quyết định hủy HSBA:

- Hằng năm vào cuối quý 4, bộ phận lưu trữ rà soát các bệnh án lưu từ những năm trước, lập tờ trình, kèm kế hoạch hủy HSBA trình lãnh đạo phòng duyệt ký kế hoạch hủy những HSBA quá thời gian lưu trữ theo quy định (lưu ít nhất 10 năm đối với bệnh án nội trú, ngoại trú; lưu ít nhất 15 năm đối với bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt; lưu ít nhất 20 năm đối với bệnh án tử vong).

- Trình Ban giám đốc Trung tâm ký duyệt.

- Ban Giám đốc Trung tâm ký quyết định thành lập Hội đồng hủy HSBA.

6. BIỂU MẪU/PHỤ LỤC

T	Mã hiệu	Tên Biểu mẫu
1.	BM 01. KHNV-01	Bảng kiểm tra đánh giá HSBA
2.	BM 02. KHNV-01	Sổ bàn giao HSBA
3.	BM 03. KHNV-01	Sổ trả HSBA lỗi
4.	BM 04. KHNV-01	Tờ trình đề nghị hủy HSBA
5.	BM 05. KHNV-01	Giấy đề nghị mượn HSBA

7. HỒ SƠ LƯU TRỮ

TT	Tên hồ sơ	Thời gian lưu	Nơi lưu
1.	HSBA ra viện thường	10 năm	Phòng KHNV
2.	HSBA tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt	15 năm	Phòng KHNV
3.	HSBA tử vong	20 năm	Phòng KHNV
4.	Bảng kiểm tra HSBA	Theo HSBA	Phòng KHNV
5.	Sổ bàn giao HSBA	10 năm	Phòng KHNV
6.	Sổ trả HSBA lỗi	03 năm	Phòng KHNV
7.	Tờ trình đề nghị hủy HSBA	Vĩnh viễn	Phòng KHNV

SỞ Y TẾ TỈNH BẠC LIÊU
TRUNG TÂM Y TẾ TPBL

BM 01. KHNV- 01
CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

BẢNG KIỂM HỒ SƠ BỆNH ÁN

Họ và tên NB:..... Tuổi..... Nam/Nữ.....

Khoa:..... Số buồng:..... Số giường: Số lưu trữ:

BS điều trị: ĐD chăm sóc:.....

Điểm chấm đạt điểm chuẩn khi đảm bảo đầy đủ yêu cầu nội dung kiểm tra. Không chấm điểm trung gian

TT	Nội dung kiểm tra	Điểm chuẩn	Điểm chấm	Ghi chú
I	Thủ tục hành chính	10		
1	Họ tên NB viết in hoa có dấu; Ghi chính xác, đầy đủ các mã số, các cột mục thông tin, thủ tục hành chính theo quy định.	2		
2	Hoàn chỉnh BA trước 24 giờ (cấp cứu), 36 giờ (không cấp cứu), khi ra viện và trả về P. KHNV đúng thời gian quy định.	2		
3	Đầy đủ chữ ký, ghi rõ họ tên của bác sĩ, KTV, điều dưỡng.	2		
4	HSBA ghi chép sạch sẽ, rõ ràng, không tẩy xóa, không viết tắt.	2		
4	Các loại giấy tờ, kết quả CLS sắp xếp đúng nhóm, đúng trình tự thời gian trước dưới – sau trên.	1		
6	Hồ sơ giữ sạch, không rách nát, đóng dấu giáp lai đầy đủ	1		
II	Chất lượng chẩn đoán	30		
1	Ghi rõ lý do vào viện phù hợp với bệnh lý	1		
2	Hỏi bệnh sử và tiền sử chi tiết: khởi phát, diễn biến, chẩn đoán và điều trị của tuyến dưới; tiền sử bản thân và gia đình về các bệnh có liên quan, tiền sử dị ứng ...	4		
3	Khám toàn diện, mô tả đầy đủ các triệu chứng của YHHĐ và YHCT giúp hướng tới chẩn đoán.	5		
4	Tóm tắt bệnh án, tóm tắt tứ chẩn, biện chứng luận trị phù hợp.	5		
5	Làm đủ các xét nghiệm, cận lâm sàng cơ bản và cần thiết phục vụ chẩn đoán, điều trị.	3		
6	Có chẩn đoán YHHĐ, YHCT xác định bệnh chính và bệnh kèm theo, phương pháp điều trị phù hợp.	4		
7	Hội chẩn khi bệnh nặng, chưa có chẩn đoán xác định...; Khi thay đổi hoặc bổ sung chẩn đoán có lập luận, cập nhật vào tờ điều trị.	3		
8	Tổng kết ra viện ghi đúng và đầy đủ thông tin; Có chẩn đoán YHHĐ, YHCT xác định bệnh chính và bệnh kèm theo; Có chữ ký đồng ý của Trưởng/ phó khoa.	3		

9	Điền mã ICD 10, mã bệnh theo YHCT đầy đủ và phù hợp với chẩn đoán	2		
---	---	---	--	--

III	Chất lượng điều trị	40		
1	Bác sĩ thăm khám, ghi đầy đủ các triệu chứng và diễn tiến bệnh hàng ngày (trừ ngày nghỉ); Bệnh nặng, bệnh có diễn biến cần theo dõi thì ghi rõ giờ, ngày theo dõi, bàn giao tua trực đầy đủ theo tình trạng bệnh; Ký và ghi rõ họ tên sau mỗi lần khám.	5		
2	Y lệnh điều trị: thuốc, thủ thuật, xét nghiệm, cận lâm sàng, chế độ chăm sóc, dinh dưỡng.... phù hợp với chẩn đoán và diễn biến bệnh. Khi thay đổi phải có lý do hợp lý.	5		
3	Kết quả XN, CLS được bác sĩ điều trị xem, ký xác nhận và ghi lại các kết quả bất thường vào cột diễn biến của tờ điều trị.	3		
4	Trong 3 ngày đầu điều trị, người bệnh nội trú được Trưởng/ phó khoa thăm khám lại, ghi ý kiến nhận xét vào phần diễn biến điều trị, ký và ghi rõ họ tên.	3		
5	Cho thuốc hàng ngày (hoặc theo diễn biến bệnh) đối với thuốc Tân dược và tối thiểu 2 lần trong 10 ngày đối với thuốc YHCT.	2		
6	Chỉ định thuốc hợp lý, an toàn, tiết kiệm, hiệu quả; Phù hợp với hướng dẫn/ phác đồ điều trị, các văn bản hướng dẫn của BHYT	5		
7	Y lệnh dùng thuốc đầy đủ rõ ràng: tên thuốc, hàm lượng, liều dùng một lần và số lần trong 24 giờ, cách dùng.	3		
8	Kê thuốc theo đúng thứ tự: thuốc tân dược, thuốc thang, thuốc viên, thuốc nước, thuốc chè, thuốc bột, thuốc cao, các dạng khác.	3		
9	Chỉ định đường dùng theo đúng thứ tự: đường tiêm, uống, đặt, dùng ngoài, các đường khác.	2		
10	Đánh số theo dõi ngày dùng những thuốc: gây nghiện, hướng tâm thần, kháng sinh, corticoid, điều trị lao	2		
11	Chỉ định thủ thuật phù hợp với bệnh lý, đúng theo tên đã được phê duyệt, đầy đủ theo phiếu chỉ định DVKT, ghi rõ vị trí và thời gian thực hiện đúng theo quy trình.	5		
12	Biên bản hội chẩn (nếu có), phiếu sơ kết 15 ngày điều trị ghi chép đầy đủ đúng theo mẫu quy định.	2		
13	Thay đổi phương pháp điều trị, thay thuốc hoặc bổ sung thuốc nhưng không nhận xét, đánh giá ghi rõ lý do.	- 2		
14	Người bệnh nặng không có bàn giao theo dõi giữa khoa điều trị và kíp trực	-1		
15	Chỉ định tên các DVKT không đúng, viết thiếu so với bảng kê thanh toán	-2		
16	Chỉ định thuốc không đúng (liều lượng, cách dùng, chống chỉ định...)	-2		
IV	Chất lượng chăm sóc, điều dưỡng	20		
A	Phiếu theo dõi chức năng sống	3		
1	Ghi đầy đủ thông tin hành chính; Có chữ ký của ĐD theo dõi	1		

2	Ghi đầy đủ các mục: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, chiều cao, cân nặng, BMI, nước tiểu...	1		
3	Theo dõi đầy đủ đúng theo y lệnh	1		
B	Phiếu chăm sóc	5		
1	Ghi đầy đủ thông tin hành chính; Có chữ ký của ĐD theo dõi	1		
2	Nhận định tổng trạng người bệnh lúc nhập viện, hỏi tiền sử bệnh, ghi nhận những triệu chứng chính và dấu hiệu bất thường liên quan bệnh lý và diễn biến bệnh	1		
3	Thực hiện đúng và đầy đủ y lệnh điều trị, chăm sóc của bác sĩ	1		
4	GDSK, hướng dẫn NB phù hợp trong quá trình nằm viện và lúc ra viện (chế độ ăn, vận động, vệ sinh, kiêng cử ...)	1		
5	Có bàn giao BN nặng, BN cần theo dõi đầy đủ	1		
C	Phiếu công khai	5		
1	Ghi đầy đủ thông tin hành chính; Có chữ ký của ĐD	1		
2	Đúng và đủ số lượng sử dụng hàng ngày theo y lệnh (XN, CDHA, TDCN, dịch vụ kỹ thuật, thuốc, dịch truyền, vật tư y tế)	1		
3	Có cộng tổng số khoản hàng ngày	1		
4	Có cộng tổng số thuốc, DVKT, vật tư y tế sử dụng cho NB trước khi ra viện	1		
5	Có đầy đủ chữ ký xác nhận của người bệnh.	1		
D	Phiếu truyền dịch: Ghi giờ bắt đầu – kết thúc, tên dịch truyền, số lô, dung tích và hàm lượng, tốc độ truyền, BS chỉ định, ĐD thực hiện.	2		
E	Bảng kê chi phí KCB: Đầy đủ thông tin, đúng chi phí và số lượng NB sử dụng; Có đủ chữ ký (đặc biệt chữ ký người bệnh)	5		
V	Tổng cộng	100		

Nhận xét

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ngày tháng năm 202...

Người chăm HSBA
(ký và ghi họ tên)

SỞ Y TẾ BẠC LIÊU
TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ BẠC LIÊU

----- □□□ -----



**SỔ BÀN GIAO
HỒ SƠ BỆNH ÁN**

KHOA:

Bắt đầu sử dụng ngày : / / 202
Hết số, nộp lưu trữ ngày: / / 202

SỞ Y TẾ BẠC LIÊU
TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ BẠC LIÊU

----- □□□ -----



**SỔ TRẢ HỒ SƠ
BỆNH ÁN LỖI**

KHOA:

Bắt đầu sử dụng ngày :/...../ 202
Hết số, nộp lưu trữ ngày:/...../ 202

SỞ Y TẾ BẠC LIÊU
TRUNG TÂM Y TẾ TPBL
Số: /TTr-KHNH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc
Bạc Liêu, ngày tháng năm 202

TỜ TRÌNH
Về việc đề nghị hủy Hồ sơ bệnh án

Kính gửi: Ban giám đốc Trung tâm Y tế thành phố Bạc Liêu

Căn cứ luật lưu trữ số 01/2011/QH13 ngày 11 tháng 11 năm 2011;
Căn cứ Quy chế bệnh viện, Bộ Y tế ban hành năm 1997 về Quy chế lưu trữ hồ sơ bệnh án;
Căn cứ Thông tư số 53/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế Quy định thời hạn bảo quản hồ sơ, tài liệu chuyên môn nghiệp vụ ngành y tế.

Căn cứ Quy trình QTKHNH-01 ngày 01/03/2024 về tiếp nhận, kiểm tra và lưu trữ hồ sơ bệnh án ra viện.

Trung tâm hiện có một số lượng hồ sơ bệnh án ra viện nội trú, ngoại trú đã hết hạn lưu trữ. Phòng Kế hoạch Nghiệp vụ kính trình Giám đốc Trung tâm xem xét, cho phép hủy các loại hồ sơ bệnh án như sau:

TT	Loại bệnh án	Số lượng	Ngày tháng năm lưu trữ	Số năm quy định	Ghi chú
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Tổng cộng: khoản

Kính đề nghị Giám đốc Trung tâm xem xét phê duyệt./.

GIÁM ĐỐC

PHÒNG KHNH

