|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  SỞ Y TẾ QUẢNG NINH**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH**Số: 728 /QĐ- BVT | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập- Tự do- Hạnh phúc***Quảng Ninh, ngày 18 tháng 6 năm 2020* |

**QUYẾT ĐỊNH****Ban hành quy định, quy trình chăm sóc người bệnh điều chỉnh, bổ sung** **GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH***Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23/01/2009;**Căn cứ vào Thông tư 07/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011 của Bộ Y tế về “Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện”;**Căn cứ Quyết định 3671/QĐ – BVT ngày 27/9/2012 về việc phê duyết Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn và tiêm an toàn**Căn cứ Quyết định số 1688/QĐ-SYT ngày 04/10/2019 của Sở Y tế tỉnh Quảng Ninh về việc ban hành Quy định chức năng, nhiệm vụ và tổ chức bộ máy của Bệnh viện Đa khoa tỉnh trực thuộc Sở Y tế tỉnh Quảng Ninh;* *Căn cứ biên bản cuộc họp của Hội đồng Điều dưỡng mở rộng ngày 15/6/2020 về việc duyệt danh mục các bệnh theo mô hình bệnh chuyên khoa áp dụng trong chăm sóc người bệnh tại bệnh viện;***QUYẾT ĐỊNH:****Điều 1.** Nay ban hành theo Quyết định này gồm 22 quy định, quy trình trong chăm sóc người bệnh đã được điều chỉnh, bổ sung áp dụng tại bệnh viện (*phụ lục chi tiết đính kèm*).**Điều 2.** Quyết định có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành. Bãi bỏ các quy định, quy trình trước đây trái với Quyết định này. Quy định, quy trình này có thể được điều chỉnh, bổ sung phù hợp khi cần thiết.**Điều 3.** Hội đồng Điều dưỡng và các khoa, phòng trong bệnh viện chịu trách nhiệm thực hiện Quyết định này./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Noi nhận:***- Như Điều 3 (t/h)- Lưu VT, ĐD | P. GIÁM ĐỐC*(Đã ký)* **Đặng Thị Thúy**  |

 |  |

|  |
| --- |
| BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH**PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG**logobv**QUY ĐỊNH, QUY TRÌNH** **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐIỀU CHỈNH, BỔ SUNG****(***Kèm theo QĐ số 728 /QĐ-BVT ngày 18 tháng 6 năm 2020 )***QUẢNG NINH, NĂM 2020** |

**DANH MỤC ĐIỀU CHỈNH, BỐ SUNG CÁC QUY ĐỊNH, QUY TRÌNH**

**(***Kèm theo QĐ số 728 /QĐ-BVT ngày 18 tháng 6 năm 2020 )*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Tổ chức, nhiệm vụ, mối quan hệ công tác của phòng Điều dưỡng | 1 |
| 2 | Tổ chức phân công mô hình chăm sóc……………………………. | 3 |
| 3 | Tổ chức làm việc theo ca, trực…………………………………………. | 5 |
| 4 | Ghi chép hồ sơ điều dưỡng……………………………………………... | 6 |
| 5 | Chỉ định và thực hiện y lệnh miệng……………………………………. | 9 |
| 6 | Chế độ theo dõi người bệnh tại buồng cấp cứu, điều trị tích cực………. | 10 |
| 7 | Dùng thuốc và theo dõi dùng thuốc cho người bệnh…………………… | 12 |
| 8910  | Thực hành tiêm, truyền an toàn cho người bệnh…………………Quy định chuẩn bị người bệnh trước khi chụp X-quang có thuốc……... Quy trình chuẩn bị người bệnh chụp X-quang có sử dụng thuốc cản quang…………………………………………………………………… | 141617 |
| 11 | An toàn, phòng ngừa trượt ngã cho người bệnh………………………... |  16 |
| 12 | Bàn giao, xác nhận các dịch vụ y tế cung cấp cho người bệnh………… | 20 |
| 13 | Bàn giao xác nhận người bệnh giữa các nhân viên y tế………………... | 23 |
| 14 | An toàn người bệnh có chỉ định phẫu thuật, thủ thuật…………………. | 25 |
| 15 | Bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật………………………….. | 27 |
| 16 | Xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ…………….  | 29 |
| 17 | Đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh ………. | 31 |
| 18 | Chăm sóc người bệnh giai đoạn hấp hối và người bệnh tử vong…. | 33 |
| 19 | Hướng dẫn chăm sóc thể chất và vệ sinh cho người bệnh ……….. | 34 |
| 20 | Tư vấn, hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh………….. | 37 |
| 21 | Chế độ cung cấp thông tin cho người bệnh………………………. | 39 |
| 22 | Tổ chức phân cấp chăm sóc và vệ sinh cá nhân cho người bệnh… | 40 |

**QUY ĐỊNH**

**Tổ chức, nhiệm vụ, và mối quan hệ công tác của phòng Điều dưỡng**

**với các khoa, phòng liên quan**

**I. Tổ chức:**

1. Các bộ phận:

a) Chuyên môn

- Bộ phận giám sát khối ngoại;

- Bộ phận giám sát khối nội.

- Bộ phận giám sát khối cận lâm sàng; khối khám

 b) Đào tạo nghiên cứu khoa học

2. Cơ cấu nhân lực: 03

 - 01 trưởng phòng

 - 01 phó phòng

 - 01 nhân viên

**2. Nhiệm vụ:**

2.1 Lập kế hoạch công tác chăm sóc điều dưỡng trong bệnh viện để trình Giám đốc bệnh viện phê duyệt;

2.2 Tổ chức thực hiện công tác chăm sóc người bệnh toàn diện theo quy định;

2.3 Đầu mối xây dựng các quy định, quy trình kỹ thuật chuyên môn chăm sóc người bệnh phù hợp với đặc điểm của bệnh viện, chuyên khoa để trình Hội đồng Điều dưỡng xem xét và giám đốc bệnh viện phê duyệt;

2.4 Đôn đốc, kiểm tra điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, hộ lý và y công thực hiện đúng các quy định, kỹ thuật chuyên môn;

2.5. Phối hợp với các khoa, bộ phận liên quan lập dự trù mua sắm dụng cụ, vật tư tiêu hao cho công tác chăm sóc điều dưỡng và phục vụ người bệnh. Giám sát chất lượng dụng cụ, vật tư tiêu hao y tế và giám sát việc sử dụng, bảo quản theo quy định;

2.6. Phối hợp với phòng Tổ chức cán bộ trong việc xây dựng kế hoạch tuyển dụng, bố trí và điều động điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, hộ lý và y công;

2.7. Phối hợp với khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn thực hiện kiểm tra công tác vệ sinh, kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện;

2.8. Phối hợp với phòng /trung tâm đào tạo thực hiện đào tạo nâng cao trình độ cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viêntrợ giúp chăm sóc và y công. Tham gia tổ chức, chỉ đạo hướng dẫn thực hành cho học viên và tham gia kiểm tra tay nghề cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, hộ lý và y công trước khi tuyển dụng;

2.9. Tham gia công tác nghiên cứu khoa học và chỉ đạo tuyến;

2.10. Định kỳ sơ kết, tổng kết và báo cáo công tác chăm sóc người bệnh trong bệnh viện;

2.11. Thực hiện các nhiệm vụ khác khi được Giám đốc bệnh viện phân công.

**3. Mối quan hệ với các khoa, phòng liên quan**

- Phối hợp phòng Tổ chức cán bộ trong việc xây dựng kế hoạch tuyển dụng, phân công, điều động tạm thời, Kiểm tra, đánh giá điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên thực hiện công tác chuyên môn trong chăm sóc người bệnh.

- Phối hợp phòng Chỉ đạo tuyến Hợp tác Quốc tế xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, trợ giúp chăm sóc… Tham gia tổ chức chỉ đạo hướng dẫn thực hành cho học viên và tham gia kiểm tra tay nghề cho điều dưỡng viên, kỹ thuật viên, hộ sinh và trợ giúp chăm sóc khi tuyển dụng.

- Phối hợp phòng Vật tư kỹ thuật bảo đảm cung cấp và sửa chữa kịp thời phương tiện, thiết bị phục vụ công tác chăm sóc người bệnh.

- Phối hợp với phòng Truyền thông - Hành chính quản trị và các khoa, phòng thực hiện truyền thông Giáo dục sức khỏe cho người bệnh

- Phối hợp khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn thực hiện kiểm tra công tác vệ sinh, kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện, công tác phòng chống dịch, cung cấp vật tư y tế tiêu hao, đồ vải…cho các khoa trong bệnh viện.

- Phối hợp khoa Dược, khoa Dinh dưỡng đảm bảo cung cấp đầy đủ thuốc và suất ăn đủ dinh dưỡng cho người bệnh tại các khoa điều trị.

- Phối hợp với lãnh đạo các khoa tổ chức triển khai thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ chăm sóc người bệnh được quy định tại Thông tư 07/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011 của Bộ trưởng bộ Y tế.

- Phối hợp với các khoa trong việc sắp xếp tổ chức mô hình chăm sóc phù hợp và thường xuyên kiểm tra, đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh.

Trên đây là nội dung quy định nhiệm vụ, quyền hạn và mối quan hệ công tác của phòng Điều dưỡng với các khoa, phòng liên quan trong bệnh viện./.

**QUY ĐỊNH**

**Tổ chức phân công mô hình chăm sóc**

**I. NGUYÊN TẮC:**

- Đảm bảo công tác chăm sóc người bệnh được toàn diện, liên tục, an toàn, chất lượng và hài lòng.

**-** Mô hình phân công nhóm chăm sóc phải phù hợp với điều kiện tại khoa, và tại bệnh viện.

 **II. NỘI DUNG:**

1.Mô hình phân công chăm sóc theo nhóm

Đảm bảo nhóm có từ 2 – 3 điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên chịu trách nhiệm chăm sóc một số người bệnh ở 1 đơn nguyên hay một số buồng bệnh.

Trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa phân công số lượng nhóm cho phù hợp với số giường bệnh và nhân lực của khoa.

Mỗi nhóm chăm sóc bao gồm bác sỹ, điều dưỡng, trợ giúp chăm sóc**,** học sinh. người nhà cùng phối hợp chăm sóc. Bác sỹ là người quyết định phương pháp điều trị.

**-** Điều dưỡng, hộ sinh là người thực hiện các y lệnh điều trị, trực tiếp chăm sóc người bệnh, hướng dẫn trợ giúp chăm sóc, người nhà người bệnh, sinh viên/ học sinh phối hợp cùng chăm sóc người bệnh.

- Trợ giúp chăm sóc: Phụ giúp điều dưỡng, hộ sinh cùng chăm sóc người bệnh.

**-** Bác sỹ trưởng khoa phân công bác sỹ điều trị theo buồng hay giường bệnh.

**-** Điều dưỡng trưởng khoa phân công điều dưỡng trưởng nhóm. Điều dưỡng chăm sóc, trợ giúp chăm sóc, học sinh (nếu có) theo buồng hay giường bệnh phù hợp với điều kiện thực tế tại khoa.

Trong mỗi nhóm chăm sóc. Lựa chọn trưởng nhóm có trình độ chuyên môn cao, vững trong quản lý, chịu trách nhiệm lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh trong nhóm, hướng dẫn điều dưỡng trong nhóm thực hiện các hoạt động chăm sóc.

Điều dưỡng chăm sóc thực hiện đầy đủ y lệnh và đáp ứng những nhu cầu cơ bản của người bệnh cả về thể chất, tinh thần và xã hội theo phân cấp chăm sóc. Hướng dẫn người nhà cùng chăm sóc.

 2. Mô hình phân công chăm sóc theo công việc.

 Áp dụng trong trường hợp Bệnh viện có cấp cứu thảm họa hoặc ở chuyên khoa sâu đòi hỏi điều dưỡng thực hiện kỹ thuật chăm sóc đặc biệt trên người bệnh.

3. Mô hình phân công làm việc theo ca.

- Mô hình chia ca: gồm 3 ca 4 kíp:

+ Ca 1: Từ 6h30 – 14h30

+ Ca 2 Từ 7h30 – 16h30; + Ca 3 Từ 16h30 – 7h30

 **QUY ĐỊNH**

 **Tổ chức làm việc theo ca, trực**

**I. QUY ĐỊNH CHUNG**

***1. Mô hình làm việc theo giờ hành chính và phân trực:***

- Hình thức chia ca: Gồm ca ngày và ca đêm

- Khi đổi ca, giữa các ca phải bàn giao cụ thể về tình hình người bệnh, trang thiết bị, dụng cụ, thuốc, vật tư y tế trong khoa theo đúng quy định. Riêng người bệnh chăm sóc cấp I, cần theo dõi phải bàn giao người bệnh tại đầu giường.

- Mỗi khoa phải xây dựng quy định, phân công phụ trách công việc cụ thể cho từng vị trí Điều dưỡng/Hộ sinh trong từng ca.

- Nhân lực làm việc tại các ca phải đảm bảo đi kèm giữa điều dưỡng có kinh nghiệm với điều dưỡng mới. Mỗi ca phải có một trưởng ca, là điều dưỡng có trình độ và kinh nghiệm chuyên môn cao nhất.

***2. Mô hình làm việc theo ca :***

- Áp dụng cho khoa Hồi sức tich cực - thận nhân tạo.

- Mô hình chia ca: gồm 3 ca 4 kíp: Để đảm bảo người bệnh chăm sóc cấp 1 tại khoa được thực hiện chăm sóc toàn diên các kíp được phân gối nhau cụ thể:

+ Ca 1: Từ 6h30 – 14h30

+ Ca 2 Từ 7h30 – 16h30

+ Ca 3 Từ 16h30 – 7h30

- Khi giao ca phải bàn giao cụ thể về tình hình người bệnh, trang thiết bị, dụng cụ, thuốc, vật tư y tế trong khoa theo đúng quy định, theo dõi người bệnh phải được bàn giao tại đầu giường.

- Khoa Hồi sức tích cực – thận nhân tạo xây dựng quy định cho từng ca, phân công phụ trách công việc cụ thể cho từng vị trí Điều dưỡng/Hộ sinh trong từng ca.

- Nhân lực làm việc tại các ca phải đảm bảo đi kèm giữa điều dưỡng có kinh nghiệm với điều dưỡng mới. Mỗi ca phải có một trưởng ca, là điều dưỡng có trình độ và kinh nghiệm chuyên môn cao nhất.

**II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ**

- Từ 7h30 hàng ngày, toàn bộ nhân viên làm việc của 2 ca phải tham gia đi buồng tại khoa, báo cáo đi buồng do điều dưỡng phụ trách người bệnh trong ca đêm thực hiện. Riêng khoa Hồi sức tích cực – thận nhân tạo nhóm làm việc ca 2 phải bàn giao người bệnh cho nhóm làm việc ca 3 trực tiếp tại giường bệnh.

- Mỗi người bệnh/ phòng bệnh được nhóm chăm sóc phụ trách, chăm sóc toàn diện trong suốt ca trực.

- Nếu trong ca trực có phát sinh việc đột xuất, bất thường như: Có cấp cứu hàng loạt, cấp cứu ngoại viện, người bệnh nặng, người bệnh chuyển tuyến... Trưởng ca kết hợp với điều dưỡng trưởng, bác sỹ trưởng ca trực thực hiện nhiệm vụ hoặc yêu cầu người hỗ trợ.

- Trong ca trực, mọi thành viên phải liên tục thường trực, theo dõi và chăm sóc người bệnh, không rời bỏ vị trí trực ./.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**QUY ĐỊNH**

**Ghi chép hồ sơ điều dưỡng**

* [Qui Định Về Quản Lý Điều Dưỡng](http://benhvienleloi.com.vn/vi/forum/155)

**I. QUI ĐỊNH CHUNG :**

Hồ sơ chăm sóc người bệnh của điều dưỡng.

- Phiếu theo dõi chức năng sống.

- Phiếu chăm sóc.

- Phiếu theo dõi truyền dịch

- Phiếu theo dõi truyền máu.

- Phiếu theo dõi người bệnh sau mổ 24h đầu.

- Bảng theo dõi sử dụng vật tư y tế

- Phiếu công khai thuốc.

- Phiếu thử phản ứng thuốc

- Một số mẫu phiếu theo tính chất chuyên khoa.

- Phiếu lập kế hoạch chăm sóc

**II. QUI ĐỊNH CỤ THỂ :**

**1. Phiếu theo dõi chức năng sống :**

- Các chỉ số mạch, nhiệt độ, huyết áp bắt buộc phải được đo chính xác và ghi vào phiếu ít nhất 2 lần trong ngày ( sáng và chiều ).

- Cân nặng, chiều cao : người bệnh phải được cân, đo khi nhập viện.

- Theo dõi, ghi chép các chỉ số trên và các chỉ định khác theo y lệnh của Bác sĩ điều trị

- Màu đỏ để ghi mạch, màu xanh để ghi các chỉ số khác

- Kết quả mạch, nhiệt độ được biểu thị trên biểu đồ bằng những chấm tròn đậm ở khoảng giữa cột tương ứng, các chấm tròn được nối nhau theo thứ tự thời gian bằng các đoạn thẳng.

- Không khoanh tròn ở cột mạch, nhiệt độ gốc.

**2. Phiếu chăm sóc :**

**A, Nguyên tắc chung :**

- Ghi ngay sau khi theo dõi, chăm sóc hoặc xử trí người bệnh.

- Chỉ ghi những thông tin trong phạm vi trách nhiệm điều dưỡng một cách ngắn gọn, chính xác

- Không ghi trùng lặp thông tin : các thông tin đã ghi trên phiếu theo dõi chức năng sống…không ghi lại trên phiếu này.

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

**B, Cách ghi chép :**

- **Cột ghi ngày, giờ :** Ghi ngày giờ tại thời điểm thực hiện theo dõi và chăm sóc NB

**- Cột theo dõi diễn biến :**

+ Ghi ngắn gọn, rõ ràng những diễn biến hoặc tình trạng bất thường, kể cả những than phiền, kiến nghị của người bệnh lúc theo dõi bệnh.

+ Đối với những bệnh chăm sóc cấp I, II ghi những diễn biến của người bệnh theo thứ tự ưu tiên các vấn đề khó khăn trước mắt của người bệnh mà người điều dưỡng nhận định được khi theo dõi, chăm sóc hoặc theo y lệnh của bác sĩ. Đối với người bệnh chăm sóc cấp III, ghi tối thiểu 1 lần trong ngày và khi cần.

- **Cột thực hiện y lệnh/ chăm sóc** :

+ Về chăm sóc: Ghi những hành động chăm sóc ( tắm, vệ sinh, thay đổi tư thế, chăm sóc vết loét, giáo dục sức khoẻ, 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, lau mát, hạ nhiệt bằng nước ấm…)

+ Về đánh giá kết quả: ghi kết quả sau khi xử trí chăm sóc ( nếu có ) như bé hạ nhiệt sau khi lau mát, người bệnh đỡ khó thở…Các y lệnh chưa thực hiện cần bàn giao ca trực và ghi rõ tên điều dưỡng.

- Riêng y lệnh truyền dịch phải ghi rõ : mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở trước, trong và kết thúc truyền, khối lượng dịch đã truyền và những bất thường xảy ra trong quá trình truyền dịch.

- **Cột ký tên**: Điều dưỡng ghi rõ tên của mình đủ để nhận dạng được chữ ký.

**3. Phiếu theo dõi truyền dịch:**

Phiếu truyền dịch phải được theo dõi và ghi đầy đủ mạch, nhiệt trước trong và sau khi kết thúc truyền dịch.

Trong khi đang truyền dịch có y lệnh thay đổi tốc độ hoặc y lệnh khác cần phải ghi số lượng dịch còn lại tại thời điểm đó cùng y lệnh trên.

**4. Phiếu công khai thuốc :**

- Ghi đầy đủ các thuốc thực hiện trong ngày: Tên thuốc, hàm lượng, số lượng, đường dùng theo đúng y lệnh điều trị.

- Người bệnh/ người nhà người bệnh ký tên khi nhận thuốc.

**5. Phiếu lập kế hoạch chăm sóc:**

 **Toàn bộ người bệnh chăm sóc cấp I, cấp II được điều dưỡng, hộ sinh đánh giá xác định nhu cầu và lập kế hoach chăm sóc để thực hiện.**

 **Nhận định ghi vấn đề NB/ mục tiêu cần đạt như: đau bụng, khó thở, sốt…. cần giảm sốt, giảm đau bụng, đỡ khó thở**

 **Hành động điều dưỡng: vấn đề ưu tiên cần quan tâm đưa lên trước và được thực hiện ghi vào phiếu sáng, chiều, đêm, tùy theo từng trường hợp người bệnh cụ thể.**

**6. Các loại phiếu khác thuộc phạm vi điều dưỡng ghi chép đều phải :**

- Điền đầy đủ phần hành chính, không được viết tắt ngoài qui định.

- Ghi đầy đủ, rõ ràng các yêu cầu của các cột, mục đã in sẵn trên phiếu.

- Ghi rõ tên điều dưỡng thực hiện.

- Hết ngày kẻ ngang, ghi tiếp.

**QUY ĐỊNH**

**Về việc chỉ định và thực hiện y lệnh miệng**

 1.Trong một số trường hợp khẩn cấp hoặc cần cấp cứu ngay: Bác sĩ có trình độ chuyên môn cao nhất tại chỗ được phép ra y lệnh dùng thuốc, xét nghiệm, y lệnh thủ thuật bằng miệng để đảm bảo an toàn tính mạng người bệnh hoặc tránh những tai biến nguy hiểm do không thực hiện kịp thời.

 2. Bác sĩ – người ra y lệnh miệng, cần phải nói thủ thuật cần thực hiện, tên thuốc, hàm lượng thuốc, đường dùng, cách dùng, tên người bệnh được dùng một cách rõ ràng, chính xác.

 3. Điều dưỡng, hộ sịnh, kỹ thuật viên - người thực hiện y lệnh miệng cần nhắc lại thủ thuật, tên thuốc, hàm lượng thuốc, đường dùng, cách dùng, tên người bệnh một cách rõ ràng, chính xác. Nếu người ra y lệnh đồng ý mới được thực hiện.

 4. Sau khi thực hiện xong, bác sĩ ra y lệnh phải ghi chép toàn bộ nội dung y lệnh đó vào bệnh án của người bệnh và ký tên.

5. Điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên sau khi thực hiện xong ghi ngay vào hồ sơ điều dưỡng ( phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc…) theo quy định

 6. Trong trường hợp thực hiện trái với quy định trên là vi phạm quy chế chuyên môn và bị nghiêm cấm.

 Trên đây là nội dung Quy định về việc chỉ định và thực hiện y lệnh miệng áp dụng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh./.

**QUY ĐỊNH**

**Chế độ theo dõi người bệnh tại buồng cấp cứu, điều trị tích cực**

 I. PHẠM VI ÁP DỤNG

 Áp dụng 100% các khoa lâm sàng trong bệnh viện.

 II. QUY ĐỊNH CHUNG

 Tại buồng bệnh cấp cứu, điều trị tích cực, các khoa lâm sàng phải có cán bộ y tế trực tiếp theo dõi camera /theo dõi trực tiếp người bệnh 24/24 giờ.

 Đảm bảo an toàn người bệnh, luôn có nhân viên y tế xử trí kịp thời, phòng tránh các rủi ro, biến chứng, tai biến xảy ra nếu người bệnh gặp phải các tình huống nguy hiểm hoặc diễn biến xấu.

 III. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

 **1. Trưởng khoa:** ngoài nhiệm vụ và quyền hạn chung, trưởng khoa lâm sàng có nhiệm vụ cụ thể sau:

 a. Tổ chức hoạt động của khoa theo quy chế cấp cứu, hồi sức và chống độc

 b. Kiểm tra đôn đốc nhân viên thực hiện quy trình tiếp nhận, cấp cứu và điều trị người bệnh. Phối hợp với khoa Hồi sức tích cực và các khoa lâm sàng hỗ trợ chuyên môn khi cần.

 c. Phân công nhân viên phụ trách buồng cấp cứu/ điều trị tích cực

 d.Trong trường hợp có những cấp cứu đặc biệt như: cấp cứu hàng loạt, cấp cứu thảm họa, cấp cứu dịch bệnh. Trưởng khoa có trách nhiệm báo cáo Ban Giám đốc bệnh viện để tổ chức cấp cứu có hiệu quả.

 **2. Bác sĩ điều trị:**

 a. Tiếp nhận người bệnh cấp cứu, thăm khám, xử trí cấp cứu theo “Hướng dẫn điều trị cấp cứu”. Phải ghi chép đầy đủ diễn biến của người bệnh vào hồ sơ bệnh án. Phối hợp tốt với các bộ phận cấp cứu trong hệ thống cấp cứu của bệnh viện;
 b. Thực hiện đúng các quy trình kỹ thuật cấp cứu;
 c. Trong các trường hợp nặng, khó chẩn đoán/ tiên lượng dè dặt/ vượt quá khả năng phải báo cáo lãnh đạo khoa xin ý kiến hội chẩn;

 d. Bàn giao đầy đủ tình trạng người bệnh cho ca trực sau

**3.** **Điều dưỡng chăm sóc:**

 a. Tham gia tiếp nhận người bệnh cấp cứu, phân loại ban đầu, nếu tình trạng người bệnh nặng phải thực hiện ngay các biện pháp cấp cứu ban đầu phù hợp và báo ngay cho bác sĩ để thực hiện các biện pháp cấp cứu kịp thời.

 b. Chuẩn bị các dụng cụ, phương tiện và thuốc cấp cứu sẵn sàng đảm bảo theo quy định.

 c. Khẩn trương thực hiện y lệnh cấp cứu theo đúng các quy trình kỹ thuật bệnh viện

 d. Theo dõi sát và chăm sóc người bệnh, phát hiện những diễn biến bất thường để kịp thời xử trí và báo cáo bác sĩ

 đ. Bàn giao đầy đủ việc chăm sóc người bệnh cho ca trực sau.
 e. Bổ sung thuốc cấp cứu đầy đủ theo số lượng quy định, bảo quản thuốc và dụng cụ cấp cứu, nhận và bàn giao thuốc, dụng cụ cấp cứu giữa các ca trực đúng quy định
 **4.** **Các nhân viên khác**: theo sự phân công của lãnh đạo khoa.

**QUY ĐỊNH**

**Dùng thuốc và theo dõi dùng thuốc cho người bệnh**

Phạm vi áp dụng: Các khoa lâm sàng

Đối tượng thực hiện: Điều dưỡng, Nữ hộ sinh, Kỹ thuật viên

1. **Trước khi người bệnh dùng thuốc:**

- Xác định đúng người bệnh, đúng y lệnh sử dụng thuốc

- Công khai thuốc hàng ngày cho Người bệnh, yêu cầu người bệnh hoặc người nhà ký nhận vào phiếu công khai thuốc và kẹp ở đầu hoặc cuối giường bệnh.

- Hướng dẫn, giải thích cho người bệnh cách sử dụng thuốc và tuân thủ điều trị

- Kiểm tra thuốc (tên thuốc, nồng độ, hàm lượng, liều dùng một lần, số lần dùng thuốc trong 24h, khoảng cách giữa các lần dùng thuốc, thời điểm dùng thuốc và đường dùng thuốc) so với y lệnh, kiểm tra hạn sử dụng, chất lượng thuốc. Khi phát hiện bất thường trong y lệnh như chỉ định sử dụng thuốc quá liều quy định, đường dùng không hợp lý hoặc dùng nhiều thuốc đồng thời gây tương tác, điều dưỡng viên phải báo cáo với bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ trực trước khi phát thuốc cho người bệnh.

- Chuẩn bị phương tiện thuốc,

+ Thuốc uống: Khay, nước, lọ đựng thuốc phải hợp vệ sinh

+ Thuốc tiêm: Dung dịch tiêm phải pha đúng dung môi đủ thể tích và theo quy định của nhà sản xuất

+ Phương tiện vận chuyển thuốc phải đảm bảo sạch sẽ, sắp xếp gọn gàng dễ thấy

+ Chuẩn bị sẵn sàng hộp thuốc cấp cứu và phác đồ phòng phản vệ ( thuốc tiêm)

**2. Trong khi người bệnh dùng thuốc**

- Đảm bảo vệ sinh, kiểm soát nhiễm khuẩn

- Đảm bảo 5 đúng:

+ Đúng người bệnh

+ Đúng thuốc

+ Đúng liều dùng

+ Đúng đường dùng

+ Đúng thời gian

- Trực tiếp cho người bệnh dùng thuốc và phát hiện những bất thường của người bệnh trong khi dùng thuốc.

**3. Sau khi người bệnh dùng thuốc**

- Theo dõi người bệnh

+ Theo dõi thường xuyên để kịp thời xử trí các bất thường của người bệnh, ghi chép đầy đủ các diễn biến lâm sàng của người bệnh vào hồ sơ bệnh án.

+ Bác sĩ điều trị có trách nhiệm theo dõi tác dụng của thuốc và xử trí kịp thời các tai biến do dùng thuốc, ghi sổ theo dõi tác hại của thuốc.

+ Ghi cụ thể số thuốc điều trị cho mỗi người bệnh, mỗi khi thực hiện xong phải đánh dấu thuốc đã thực hiện.

- Bảo quản thuốc còn lại (nếu có) theo đúng yêu cầu của nhà sản xuất.

- Xử lý và bảo quản dụng cụ liên quan đến dùng thuốc cho người bệnh theo đúng quy định

**QUY ĐỊNH**

**Thực hành tiêm, truyền an toàn cho người bệnh**

**1. Chuẩn bị tiêm cho người bệnh**:

- Nơi tiêm: sạch sẽ, thoáng mát, đảm bảo vệ sinh không có bụi bẩn, máu, dịch cơ thể…

- Có đầy đủ phương tiện, bảo hộ lao động cần thiết đảm bảo an toàn cho người tiêm. Đặc biệt khi tiếp xúc với người có bệnh lây nhiễm trong quá trình thực hiên các kỹ thuật đưa thuốc, chất dinh dưỡng vào cơ thể ( đề phòng lây nhiễm chéo)

- Dùng bơm, kim tiêm/ dây truyền sử dụng một lần, còn hạn , còn nguyên vẹn trong bao đảm bảo vô trùng., kích cỡ phù hợp với lượng thuốc tiêm, đường tiêm, đưa vào cơ thể .

- Xe tiêm phải sạch sẽ, dụng cụ tiêm phải đảm bảo vô khuẩn/ bộ gói tiêm an toàn vô khuẩn: khay, panh, trụ, hộp bông …Có hộp thuốc cấp cứu phản vệ đủ cơ số theo quy định, còn hạn sử dụng. Có cồn sát khuẩn 70 độ, sát khuẩn tay nhanh, dung dịch khuẩn khuẩn xe tiêm. Đầy đủ các loại dụng cụ đựng chất thải theo quy định, cơ số thuốc theo y lệnh của bác sĩ,

- Xe tiêm phải sắp xếp gọn gàng, sạch sẽ đúng quy định.

- Giải thích động viên người bệnh, người nhà người bệnh, mục đích tiêm, tác dụng phụ của thuốc để ng]ì bệnh, người nhà biết

- Khai thác kỹ tiền sử dị ứng thuốc của người bệnh, nếu có sẵn sàng phương án theo dõi và xử lý kịp thời

- Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, xác định vị trí tiêm thích hợp, chính xác, an toàn.

- Khi thực hiện xong phải đánh dấu thuốc đã dùng vào sổ/ phiếu thuốc.

**2. Quy trình tiêm /truyền cho người bệnh**

Bước 1: Rửa tay/ sát khuẩn tay nhanh

Bước 2: Thực hiện 5 đúng

Bước 3: Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc, dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc.

Bước 4: Xé vỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc.

 Bước 5: Rút thuốc vào bơm tiêm.

Bước 6: Thay kim tiêm cho vào bao vừa đựng bơm tiêm vô khuẩn.

Bước 7: Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm.

Bước 8: Sát khuẩn vùng tiêm

Bước 10: Cầm bơm tiêm, đuổi khí.

Bước 11: Căng da, đâm kim

Bước 12: Bơm thuốc

Bước 13: Hết thuốc, căng da rút kim nhanh, cho ngay bơm kim tiêm vào hộp kháng thủng

Bước 14: Sát khuẩn lại vị trí tiêm

Bước 15: Hướng dẫn, dặn dò người bệnh

Bước 16: Thu dọn dụng cụ, rửa tay.

Bước 17: Ghi hồ sơ

**QUY ĐỊNH**

**CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC KHI CHỤP XQ CÓ THUỐC**

1.Bệnh nhân cần được tháo bỏ tất cả các vật bằng kim loại trên cơ thể như: trang sức, kẹp tóc, kính, đồng hồ, áo nịt ngực có gọng kim loại, thiết bị trợ thính và răng giả vì chúng sẽ gây nhiễu ảnh khi chụp.

2. Bệnh nhân có thai hoặc nghi ngờ có thai phải thông báo cho nhân viên y tế biết để đưa ra phương án lựa chọn phù hợp.

3. Bệnh nhân phải thông báo cho y bác sĩ nếu đang mắc một trong các bệnh như tiểu đường, tĩnh mạch, hen suyễn, thận và dị ứng thuốc.

4. Bệnh nhân và người thân cần ký vào bản cam kết **tiêm thuốc cản quang** nếu cần tiêm thuốc cản quang.

5. Người bệnh cần nhịn ăn trước 4 - 6 giờ tiêm thuốc cản quang. Bệnh nhân có thể uống nước với lượng vừa phải trước khi **chụp cắt lớp vi tính** 2 giờ.

6. Với trẻ sơ sinh hoặc trẻ mới biết đi được yêu cầu chụp CT, bác sĩ có thể cho trẻ ngủ để chụp các bộ phận không tiêm thuốc, nếu phải tiêm thuốc cản quang thì cần cho trẻ dùng an thần để tránh trẻ cử động khi tiêm thuốc cản quang. Trẻ cử động có thể làm mờ hình ảnh, khiến kết quả chẩn đoán không chính xác.

7. Tùy vào vị trí cơ thể cần chụp CT, người bệnh có thể được yêu cầu cởi quần, áo và mặc áo do bệnh viện cung cấp.

**QUY TRÌNH**

**CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH**

**CHỤP X QUANG CÓ SỬ DỤNG THUỐC CẢN QUANG**

**I. Trước khi chụp phim:**

1. Người bệnh nhịn ăn 4 – 6 giờ trước khi chụp (Trừ trường hợp cấp cứu)

2. Lưu ý tiền sử dị ứng, đặc biệt dị ứng với thuốc cản quang

3. Có kết quả xét nghiệm chức năng thận trong giới hạn bình thường: Ure, Creatinine,….

4. Có giấy cam kết dùng thuốc cản quang

5. Có Điều dưỡng các khoa đi kèm người bệnh

6. Có hồ sơ bệnh án kèm với các kết quả xét nghiệm cần thiết (Xét nghiệm máu, X Quang, siêu âm, nội soi,…) và hộp chống shock (Đối với người bệnh nội trú)

7. Đã đặt đường truyền tĩnh mạch bằng kim luồn 18-20G (đối với người bệnh nội trú)

8. Một số trường hợp khảo sát đường tiêu hóa cần có thêm hướng dẫn cụ thể của bác sĩ Chẩn đoán hình ảnh hoặc KTV X quang (đối với người bệnh nội trú)

9. Đối với trường hợp chụp mạch vành, cần có sự phối hợp của BS chỉ định hoặc BS Nội tim mạch để kiểm soát tần số tim dưới 70 lần/phút, nhịp tim đều.

**II. Sau khi chụp phim:**

Tạm lưu đường truyền tĩnh mạch, để người bệnh nằm nghỉ tại chỗ 15 – 30 phút trước khi về lại khoa phòng

**III. Lưu ý:**

**-** Người bệnh nội trú các trường hợp chụp CT, MRI, UIV… có thuốc cản quang, các khoa liên hệ trước với Điều dưỡng hành chính khoa Chẩn đoán hình ảnh để sắp xếp lịch chụp.

**-** Người bệnh chụp phim có thuốc cản quang lần 2 nên chụp cách lần chụp trước khoảng 5 ngày.

**QUY ĐỊNH**

**An toàn, phòng ngừa trượt ngã cho người bệnh**

 **1. Đối tượng được hướng dẫn phòng ngừa nguy cơ trượt ngã**

**- Người bệnh nội trú**: Đánh giá các yếu tố nguy cơ gây trượt ngã ngay khi nhập viện. Đánh giá lại thường xuyên, liên tục trong quá trình điều trị để dự phòng chung tránh trượt ngã.

Người bệnh được xác định có nguy cơ trượt ngã phải được bố trí, sắp xếp vị trí giường, cáng, các phương tiện phục vụ, cũng như thực hiện mọi biện pháp dự phòng trượt ngã

**- Người bệnh ngoại trú**: Đánh giá tất cả các yếu tố nguy cơ trượt ngã và thực hiện các biện pháp dự phòng trượt ngã cho người bệnh

 **2. Trách nhiệm của nhân viên y tế**

- Tất cả mọi cán bộ viên chức trong bệnh viện chịu trách nhiệm thực hiện nghiêm túc, tích cực các nội dung về hướng dẫn, phòng ngừa nguy cơ trượt ngã và xây dựng môi trường chăm sóc an toàn cho người bệnh

- Người nhà người bệnh, sinh viên học sinh… cũng cần thực hiện các biện pháp dự phòng trượt ngã cho người bệnh.

 **3. Thực hành hướng dẫn trượt ngã cho người bệnh**

 **3.1 Đảm bảo môi trường bệnh viện an toàn**

- Đảm bảo cơ sở hạ tầng, các thiết bị an toàn để giảm thiểu nguy cơ trượt ngã

- Làm sạch sàn nhà, đảm bảo khô ráo, không trơn trượt. Nếu có tình trạng dốc, ướt, trơn trượt cần có biển cảnh báo.

- Nếu phát hiện có nguy cơ mất an toàn cho người bệnh, nhân viên bệnh viện có trách nhiệm thông tin ngay cho điều dưỡng phụ trách để có hành động phòng tránh kịp thời.

 **3.2 Ngay khi người bệnh nhập viện**

- Thu thập các thông tin đánh giá các nguy cơ trượt ngã

- Nếu người bệnh có nguy cơ trượt ngã cao, điều dưỡng cần tiến hành các biện pháp phòng, chống trượt ngã chung

- Viết những thông tin dự phòng trượt ngã chung lên bảng thông báo tại khoa( tại buồng bệnh)

- Nên sử dụng các biển báo cảnh báo màu vàng dễ nhìn, dễ thấy cảnh báo nguy cơ trượt ngã chung cho người bệnh

- Tiến hành các biện pháp can thiệp dự phòng phù hợp để giảm thiểu nguy cơ trượt ngã

- Thiết lập các can thiệp phù hợp khác trong tổng thể kế hoạch chăm sóc.

 ***Phòng trượt ngã tại khu cấp cứu***

 - Tất cả người bệnh vào cấp cứu được bộ phận đón tiếp phân loại đánh giá nguy cơ trượt ngã. Yếu tố nguy cơ cần đánh giá gồm:

+ Mạch, huyết áp, nhịp thở không ổn định

+ Người bệnh đa chấn thương

+ Người bệnh lo lắng hoảng loạn

 + Không tỉnh táo, rối loạn tri giác do bệnh lý, do chấn thương hoặc do tác dụng của các loại thuốc như thuốc an thần, thuốc ngủ...

+ Người bệnh tâm thần

+ Tình trạng say rượu

+ Chóng mặt hoặc mất thăng bằng

+ Co giật

+ Giảm hoặc mất khả năng vận động chi

+ Có tiền sử trượt ngã trong vòng 30 ngày

+ Người già, trẻ nhỏ

 - Thực hiện các dự phòng trượt ngã ngay cho người bệnh tại khu vực cấp cứu, nếu người bệnh có một trong các nguy cơ trên.

 **3.3 Dự phòng trượt ngã đối với người bệnh nội trú**

 Nguyên tắc chung

 - Đánh giá tình trạng an toàn ngay từ khi nhập viện và ngay sau khi bàn giao ca trực

 - Điều dưỡng đánh giá sàng lọc nguy cơ trượt ngã của người bệnh

 - Vận chuyển người bệnh đúng quy trình kỹ thuật

 - Tư vấn, hướng dẫn cho người bệnh, người nhà người bệnh về những biện pháp phòng ngừa trượt ngã

 ***Phòng ngừa trượt ngã tại các khoa lâm sàng***

 **-** Tất cả người bệnh tại các khoa lâm sàng trong bệnh viện, khoa Gây mê hồi sức có nguy cơ trượt ngã cao liên quan đến các công tác chăm sóc người bệnh giai đoạn trước mổ, vận chuyển người bệnh vào hoặc ra phòng mổ, dùng thuốc, các can thiệp phẫu thuật, thủ thuật và chăm sóc người bệnh sau mổ.

 - Các nguy cơ trượt ngã này không để xảy ra hoặc giảm thiểu tối đa bằng cách theo dõi giám sát liên tục tình trạng người bệnh trong quá trình điều trị tại bệnh viện

 **-** Chú ý: Đối với người bệnh tâm thần khi nhập viện cần ưu tiên nằm tầng 1 hoặc nếu ở tầng cao phải có rào chắn bảo hiểm và có người giám sát liên tục

**Quy trình**

 **-** Đánh giá tình trạng người bệnh có nguy cơ trượt ngã, thông tin về nguy cơ trượt ngã của người bệnh cho điều dưỡng viên thuộc các vị trí bộ phận làm việc phối hợp trong quá trình điều trị

 - Tại buồng bệnh điều dưỡng viên phối hợp với người nhà thường xuyên có mặt để theo dõi sát trong quá trình điều trị

 **-** Tại khoa Gây mê hồi sức: Điều dưỡng viên phải liên tục có mặt bên cạnh theo dõi sát người bệnh trong suốt quá trình trước, trong và sau phẫu thuật, thủ thuật

 **Khi người bệnh ra viện**

 **-** Đánh giá tình trạng người bệnh

 - Người bệnh sau phẫu thuật được ra viện nên sử dụng xe cáng hoặc xe đẩy

 **-** Điều dưỡng phối hợp với người nhà hỗ trợ, vận chuyển người bệnh lên xe an toàn nhất.

 **Giáo dục sức khoẻ**

 **-** Cung cấp những kiến thức, tài liệu hoặc tờ rơi hướng dẫn các chăm sóc tiếp theo cho người bệnh và người nhà khi ra viện

 **-** Hướng dẫn tận tình chu đáo những kiến thức và kỹ năng dự phòng trượt ngã cho người bệnh, người nhà khi người bệnh ra viện

 **3.4. Đánh giá liên tục nguy cơ trượt ngã của người bệnh**

 - Hoàn thành việc đánh giá các nguy cơ trượt ngã đối với mỗi ca trực hoặc khi có tình trạng bất thường đối với người bệnh.

 - Đánh giá lại tình trạng người bệnh để tiếp tục theo dõi hoặc khi người bệnh đã ổn định xác định lại nguy cơ trượt ngã

 - Sau khi gây tê chi dưới , tất cả người bệnh phải được đặt trong tình trạng dự phòng chống trượt ngã chung cho đến khi cảm giác và vận động phục hồi hoàn toàn. Người bệnh sẽ được đánh giá lại để xác định nguy cơ trượt ngã chung.

 **3.5. Nếu người bệnh bị trượt ngã**

 - Ghi vào phiếu chăm sóc: thời điểm, tình trạng người bệnh được phát hiện trượt ngã, các triệu chứng liên quan đến chấn thương, các biện pháp can thiệp của bác sĩ, điều dưỡng.

 - Báo cáo tai nạn sự cố trượt ngã của người bệnh.

- Thực hiện các biện pháp can thiệp ngay sau sự cố trượt ngã của người bệnh.

- Hoàn thành phân tích sau sự cố trượt ngã.

- Báo cáo bác sĩ nếu người bệnh có dấu hiệu tổn thương hoặc bất thường sau trượt ngã

- Thông tin đến các thành viên trong khoa về tình trạng trượt ngã của người bệnh và cảnh báo người bệnh có nguy cơ trượt ngã lại.

- Đối với những trường hợp sự cố trượt ngã gây hậu quả đáng kể, phải báo cáo với lãnh đạo khoa trực tiếp điều trị người bệnh, các phòng ban liên quan và Ban Giám đốc để giải quyết.

**QUY ĐỊNH**

**Bàn giao, xác nhận các dịch vụ y tế cung cấp cho người bệnh**

**QUY ĐỊNH CHUNG**

Nhân viên bệnh viện phải niềm nở tận tình tiếp đón người bệnh từ khoa Khám bệnh, khoa lâm sàng, cận lâm sàng tạo cho người bệnh có niềm tin, yên tâm điều trị.

Phải bảo đảm các thủ tục hành chính quy định.Xác nhận và khẳng định đúng người, đúng bệnh, đúng dịch vụ cung cấp qua mã cốt trên vòng đeo tay của người bệnh trước khi chẩn đoán, điều trị, phẫu thuật, thủ thuật…

**QUY ĐỊNH CỤ THỂ**

**1. Tại Khoa khám bệnh:**

- Điều dưỡng tiếp đón:

Thực hiện các thủ tục vào viện, thông báo cho khoa nhận người bệnh biết để chuẩn bị phục vụ.

Người bệnh cấp cứu phải được thực hiện theo qui chế cấp cứu, mọi thủ tục hành chính giải quyết sau.

**-** Bác sĩ**:**

Thăm khám xác định chính xác người bệnh để cung cấp dịch vụ như: xét nghiệm, siêu âm, chẩn đoán hình ảnh…chẩn đoán bệnh và cho vào điều trị nội trú.

Vào khoa điều trị: Điều dưỡng của khoa khám bệnh chuyển người bệnh vào khoa điều trị bằng cáng, xe đẩy, dẫn đi…tùy thuộc tình trạng của người bệnh

 Đến khoa điều trị, người bệnh được bàn giao cho điều dưỡng trưởng khoa, hoặc điều dưỡng được phân công hai bên xác nhận và khẳng định đúng người, đúng bệnh, đúng dịch vụ cung cấp… ký vào sổ giao nhận.

**2. Bàn giao người bệnh tại khoa điều trị:**

**-** Điều dưỡng đón tiếp**:** xếp giường có đủ chăn, màn, quần áo và các vật dụng khác của bệnh viện. Hướng dẫn nội qui bệnh viện, nơi vệ sinh, tắm giặt, ăn uống.

Xác nhận và khẳng định lại họ tên, tuổi, giới, địa chỉ, chẩn đoán, mã bệnh án…đặc điểm bệnh trước khi lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp, thực hiện y lệnh của bác sĩ.

**-** Bác sĩ: Thăm khám ngay cho người bệnh khi được mời, đối chiếu chính xác người bệnh, hoàn chỉnh bệnh án, chỉ định các dịch vụ như: xét nghiệm bổ sung, chẩn đoán lâm sàng, điều trị, chế độ dinh dưỡng, chăm sóc.

Theo dõi sát, thăm khám, điều trị và ghi đầy đủ vào bệnh án; kí ghi rõ họ tên và chức danh. Nếu diễn biến nặng phải báo cáo ngay trưởng khoa để phối hợp xử lý.

Trường hợp cấp cứu: Điều dưỡng, bác sĩ điều trị phải khẩn trương cấp cứu người bệnh trong phạm vi trách nhiệm, quyền hạn.

**3. Bàn giao người bệnh chuyển khoa:**

Khi khám bệnh phát hiện người bệnh cần phải chuyển khoa, bác sĩ điều trị có trách nhiệm báo cáo trưởng khoa hội chẩn khoa/liên khoa để quyết định việc chuyển khoa. Giải thích cho người bệnh /gia đình người bệnh rõ.

 Điều dưỡng chuyển người bệnh chuẩn bị đầy đủ phương tiện, mang theo hồ sơ bệnh án. Trong trường hợp cấp cứu liên hệ trước với khoa nhận người bệnh để chuẩn bị, người bệnh được chuyển ngay bất kể thời gian nào.

**4. Bàn giao người bệnh tại khoa cận lâm sàng:**

- Kỹ thuật viên đón tiếp: Kiểm tra, xác nhận và khẳng định đúng người, đúng bệnh, đúng dịch vụ cung cấp như: xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng…bàn giao cho kỹ thuật viên trực tiếp cung cấp dịch vụ cho người bệnh (nếu người bệnh không thể trả lời xác nhận thông qua người nhà)

**-** Bác sĩ/ kỹ thuật viên**:** Trước khi cung cấp dịch vụ đối chiếu xác nhận khẳng định lại tên, tuổi, chẩn đoán bệnh… để tránh nhầm lẫn khi cung cấp dịch vụ.

**5. Bàn giao người bệnh tại khoa Gây mê hồi sức**

- Trưởng khoa:

 + Lập lịch mổ, ghi công khai lên bảng phân công tại khoa

+ Phân công BSGM thăm khám người bệnh lần 2

+ Phân công kỹ thuật viên phụ gây mê, kỹ thuật viên dụng cụ…

+ Phân công kíp phẫu thuật bao gồm: Bác sĩ gây mê và kỹ thuật viên phụ gây mê, kỹ thuật viên dụng cụ…

- Bác sĩ gây mê:

+ Kiểm tra hồ sơ bệnh án trước mổ

+ Khám lâm sàng: Hỏi tiền sử bệnh tật…

+ Kiểm tra các kết quả cân lâm sàng

+ Ghi nhận xét, chỉ định, những yêu cầu bổ sung thêm

- KTV khoa Gây mê :

Nhận người bệnh: kiểm tra đúng người, đúng bệnh,đúng phẫu thuật, thủ thuật thăm khám, chuẩn bị phương tiện thuốc, dụng cụ …theo quy định

Khoa có người bệnh mổ ghi phiếu quy định tránh nhầm lẫn người bệnh kẹp phía trước ngực/ vòng đeo tay và bàn giao cho khoa Gây mê hồi sức, ký nhận vào sổ của 2 khoa. Người nhận trực tiếp đưa người bệnh vào đúng buồng mổ, bàn mổ đã quy định.

**QUY ĐỊNH**

**Bàn giao, xác nhận người bệnh giữa các nhân viên y tế.**

**I. QUY ĐỊNH CHUNG**:

Tất cả người bệnh điều trị nội trú phải được bảo đảm xác định chính xác khi cung cấp các dịch vụ y tế và phải được xác nhận bằng mã cốt trên vòng đeo tay của người bệnh, bàn giao cụ thể giữa nhân viên y tế bên giao và bên nhận.

**II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:**

**1.Đối với khoa có người bệnh cần chuyển**

- Khi có y lệnh của bác sĩ cần chuyển người bệnh, nhân viên trong khoa phải liên hệ với khoa được chuyển đến

 - Thông báo giải thích cho người bệnh/ người nhà lý do chuyển, khoa được chuyển đến

 - Thực hiện đầy đủ các y lệnh của bác sĩ đến thời điểm chuyển (y lệnh thuốc, cận lâm sàng, thay băng…)

 - Những y lệnh thực hiện trong thời gian tiếp theo được bàn giao cụ thể trong sổ bàn giao người bệnh chuyển khoa và phiếu chăm sóc của điều dưỡng/ phiếu giao nhận người bệnh

- Hoàn tất các thủ tục hành chính cần thiết

- Kiểm soát vòng đeo tay của người bệnh.

 - Ghi đầy đủ thông tin vào sổ bàn giao người bệnh/ phiếu giao nhận người bệnh

 - Thông báo cho khoa chuẩn bị nhận người bệnh: họ tên, chẩn đoán và tình trạng người bệnh…thời gian chuyển người bệnh

 - Chuẩn bị đầy đủ phương tiện vận chuyển, phương tiện cấp cứu, thuốc, vật tư y tế …đảm bảo an toàn cho người bệnh (nếu người bệnh nặng)

 **2. Đối với khoa tiếp nhận người bệnh chuyển đến**

 - Thống nhất thời gian giữa bên giao và bên nhận người bệnh

 - Chuẩn bị sẵn sàng để đón người bệnh: giường, phương tiện cấp cứu, thuốc, vật tư y tế ….( nếu người bệnh nặng).

 - Giữa bên giao và bên nhận phải bàn giao cụ thể tình trạng người bệnh, hồ sơ bệnh án, phìm….tư trang của người bệnh ( nếu có)

 - Bên giao, bên nhận ký vào sổ bàn giao người bệnh/ phiếu bàn giao

 - Điều dưỡng trưởng/ điều dưỡng đón tiếp nhận và bàn giao người bệnh cho điều dưỡng chăm sóc

 - Điều dưỡng chăm sóc: Tiếp nhận người bệnh và thực hiện đầy đủ nhiệm vụ của điều dưỡng chăm sóc theo quy định .

 Đề nghị lãnh đạo các khoa, phòng phổ biến cho cán bộ viên chức trong khoa nghiêm túc thực hiện Quy định này./.

**QUY ĐỊNH**

**An toàn người bệnh có chỉ định phẫu thuật, thủ thuật**

 Phạm vi áp dụng : Các khoa lâm sàng

 Người bệnh được điều dưỡng viên, hộ sinh hướng dẫn hỗ trợ thực hiện chuẩn bị trước phẫu thuật, thủ thuật theo yêu cầu của chuyên khoa và bác sĩ điều trị. Trước khi đưa người bệnh đi phẫu thuật, thủ thuật:

 **1. Khoa lâm sàng**

 Điều dưỡng, hộ sinh có nhiệm vụ: thực hiện đầy đủ nhiệm vụ chuẩn bị người bệnh trước mổ:

- Hoàn thiện thủ tục hành chính

 - Kiểm tra lại công tác chuẩn bị người bệnh ( tắm, gội, cắt móng tay chân, thay quần áo…)và thực hiện theo yêu cầu của phẫu thuật, thủ thuật

 - Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn, tình trạng người bệnh và báo cáo lại cho bác sĩ điều trị nếu người bệnh có diễn biến bất thường.

 - Thực hiện 3 kiểm tra 5 đối chiếu tránh nhầm lẫn trong phẫu thuật (nhầm người bệnh, vùng mổ..)

- Kiểm tra vòng đeo tay nhận dạng người bệnh có phẫu thuật

- Động viên người bệnh

- Điều dưỡng / hộ sinh chuyển người bệnh đến nơi làm phẫu thuật, thủ thuật và bàn giao người bệnh, hồ sơ bệnh án cho người được phân công chịu trách nhiệm tiếp nhận của đơn vị thực hiện phẫu thuật/ thủ thuật.

 **2. Khoa Gây mê hồi sức**

 Trưởng khoa có trách nhiệm:

 Sau khi duyệt mổ:

 - Lập lịch mổ, ghi công khai lên bảng phân công tại khoa

 - Phân công bác sĩ gây mê thăm khám người bệnh lần 2

 - Phân công kíp mổ

 - Bác sĩ gây mê, kỹ thuật viên trưởng, phân công nhiệm vụ cụ thể từng vị trí kỹ thuật viên phụ gây mê, kỹ thuật viên dụng cụ, kỹ thuật viên chạy ngoài….

Bác sĩ gây mê hồi sức có trách nhiệm:

- Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án trước mổ

- Khám lâm sàng: Hỏi tiền sử bệnh tật…

- Kiểm tra các kết quả cận lâm sàng

- Ghi nhận xét, chỉ định, những yêu cầu bổ sung thêm

 Kỹ thuật viên gây mê hồi sức có trách nhiệm:

Nhận người bệnh từ khoa lâm sàng chuyển đến: kiểm tra, thăm khám, chuẩn bị phương tiện thuốc, máu ( nếu cần) y cụ, máy, vật tư y tế dùng trong mổ…

Thực hiện 5 tra – 3 đúng

+ 5 tra: Họ tên, tuổi, giới, địa chỉ, khoa chuyển tới

+ 3 đúng: Đúng chẩn đoán, đúng chỉ định mổ, đúng vị trí mổ

Kiểm tra đối chiếu vòng đeo tay của người bệnh qua đầu đọc mã vạch để xác định chính xác người bệnh.

 Ký nhận :

 Khoa có người bệnh phẫu thuật, thủ thuật ghi phiếu quy định tránh nhầm lẫn người bệnh kẹp phía trước ngực/đeo tay và bàn giao cho khoa Gây mê hồi sức ký nhận vào sổ bàn giao người bệnh giữa hai khoa. Người nhận trực tiếp đưa người bệnh vào đúng buồng mổ, bàn mổ đã quy định.

 Các nhân viên khác thực hiện nhiệm vụ được lãnh đạo khoa phân công./.

**BẢNG KIỂM AN TOÀN PHẪU THUẬT, THỦ THUẬT**

Họ tên người bệnh:…………………………………………………………………..

Chẩn đoán:…………………………………………………………………………….

Phương pháp phẫu thuật:………………………Phương pháp vô cảm……………...

Phẫu thuật có kế hoạch □ Phẫu thuật cấp cứu □ Phân loại PT, TT :………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TRƯỚC KHI GÂY MÊ**(BS gây mê, BS phẫu thuật, KTV)Thời gian:……………… | **TRƯỚC KHI RẠCH DA**(BS gây mê, BS phẫu thuật, KTV)Thời gian:…………………. | **TRƯỚC KHI NB RỜI KHOA GMHS**(BS gây mê, BS phẫu thuật, KTV)Thời gian:……………………. |
| 1. NB đã được nhận dạng vị trí mổ, phương pháp PT và đồng ý phẫu thuậtCó □ Không □  | 1.Xác định thông tin:Kíp PT, GM giới thiệu tên và nhiệm vụ □Xác nhận lại tên người bệnh và phương pháp phẫu thuật, vị trí rạch da □ | 1. Bác sĩ phẫu thuật, dụng vụ viên xác định bằng miệng trước khi đóng vết mổ:1.1 Hoàn tất đếm kim, gạc và dụng cụ phẫu thuậtCó □ Không □ 1.2.Vấn đề dụng cụ cần giải quyết:Có □ Không □  |
| 2. Đánh dấu vùng mổ:Có □ Không □  | 2. Kháng sinh dự phòng có được thực hiện 60 phút trước gây mêCó □ Không □  | 2. KTV thực hiện trước khi chuyển NB:-Dán bệnh phẩm (đọc to nhãn bệnh phẩm và thông tin NB) □-Đảm bảo an toàn vô khuẩn hệ thống dẫn lưu □ |
| 3. Thuốc, thiết bị GM kiểm tra đầy đủ:Có □ Không □  | 3. Phẫu thuật viên:3.1 Dự kiến bất thường :Có □ Không □ 3.2. Thời gian PT:……….......3.3 Tiên lượng mất máu:Có □ Không □  | 3. Bác sĩ phẫu thuật, gây mê, KTV ghi rõ:Vấn đề chính về hồi sức và chăm sóc người bệnh sau mổ:…………………………………..…………………………………..…………………………………..…………………………………..…………………………………..……………………………………………………………………………………………………..............…………………………………...………………………………………………………………………. |
| 4. Máy đo bão hòa oxy gắn trên NB và hoạt động bình thườngCó □ Không □  | 4. BS, KTVGM có vấn đề đặc biệt cần chú ý:Có □ Không □  |
| 5. Người bệnh:5.1 Tiền sử dị ứngCó □ Không □ 5.2 Đường thở khó/nguy cơ sặcCó thiết bị hỗ trợ □ Không □ 5.3 Nguy cơ mất máu >500ml Có và có sẵn 2 đường truyền TM trung tâm, dịch truyền □ Không □ | 5. BS, KTVGM, KTV dụng cụ:5.1.Dụng cụ đảm bảo vô khuẩnCó □ Không □ 5.2. Vấn đề về chất lượng thiết bịCó □ Không □  |
| Họ tên, ký BS/KTVGM | Họ tên, ký BS/KTVGM | Họ tên, ký: BS/KTVGM |

**QUY TRÌNH**

 **Xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ**

Xác định đúng người bệnh bao gồm xác định chính xác cá nhân người bệnh và cả những gì liên quan đến người bệnh như hồ sơ bệnh án, đơn thuốc, phiếu xét nghiệm, máu chế phẩm máu, bệnh phẩm xét nghiệm vv.. để kiểm tra chính xác thông tin người bệnh sử dụng đầu đọc mã vạch đã được trang bị tại các xe tiêm thông minh và đọc trên vòng đeo tay của người bệnh để xác nhận chính xác người bệnh

Khi xác định người bệnh, phải sử dụng câu hỏi mở đối với người bệnh/ thân nhân bệnh nhân (trong trường hợp người bệnh không thể nói được, không tỉnh táo, em bé không thể cung cấp thông tin chính xác phải trao đổi với người nhà người bệnh)

Không sắp xếp người bệnh trùng họ tên, tuổi nằm điều trị cùng phòng. Đối chiếu vòng đeo tay và y lệnh thực hiện

**I. TRƯỚC KHI CUNG CẤP DỊCH VỤ PHẪU THUẬT, THỦ THUẬT**

**Bước 1:**Xác nhận họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ, chẩn đoán bệnh, vị trí mổ, phương pháp phẫu thuật và đồng ý phẫu thuật, thủ thuật chưa? Khoa đang điều trị, buồng mổ, bác sĩ mổ, vòng đeo tay chống nhầm lẫn người bệnh..

 **Bước 2:** Kiểm tra vùng mổ có được đánh dấu không?

 **Bước 3:** Kiểm tra thuốc và thiết bị gây mê đã đầy đủ chưa?

 **Bước 4:** Kiểm tra độ bão hòa oxy trong máu người bệnh?

 **Bước 5:** Hỏingười bệnh có tiền sử dị ứng không? **(**nếu người bệnh tỉnh)

 **Bước 6:** Kiểm trađường thở khó /nguy cơ sặc/ có răng giả?

 **Bước 7:** Kiểm tracác thiết bị hỗ trợ

 **Bước 8:** Tiên lượng cuộc phẫu thuật/ thủ thuật, nguy cơ mất máu trên 500ml (7ml/kg ở trẻ em)? Chuẩn bị phương án chuẩn bị máu / chế phẩm của máu/ dịch thay thế

 Chuẩn bị và có sẵn hai đường truyền tĩnh mạch/trung tâm và dịch truyền theo kế hoạch.

**II**. **ĐỐI CHIẾU, XÁC NHẬN, KHẲNG ĐỊNH**

 **Bước 1:**Các thành viên kíp phẫu thuật giới thiệu tên và nhiệm vụ

 **Bước 2:**Kiểm tra hồ sơ bệnh án, xác nhận lại khẳng định, đối chiếu họ tên tuổi ngày tháng năm sinh, địa chỉ, nghề nghiệp, khoa điều trị…chẩn đoán bệnh ,thẻ đeo tay chống nhầm lẫn người bệnh, phương pháp và vị trí rạch da..

 **Bước 3:**Đã thực hiện kháng sinh dự phòng chưa? có được thực hiện trong vòng 60 phút trước đây không?

 **Bước 4:**Dự kiến đối với phẫu thuật viên:

 - Những bước cơ bản hoặc đột xuất là gì?

 - Thời gian cho ca phẫu thuật là bao lâu?

 - Tiên lượng mất máu là bao nhiêu?

 **Bước 5:**Đối với bác sĩ gây mê:

 Kiểm tra và tiên lượng các vấn đề đặc biệt về người bệnh cần chú ý không?chuẩn bị các phương án cần thiết trong cuộc phẫu thuật, thủ thuật

 **Bước 6:**Đối với nhóm điều dưỡng:Đã xác nhận tình trạng người bệnh, các phương tiện cấp cứu, dụng vụ vô khuẩn , các hương tiện khác ? (xem các chỉ số)

 **Bước 7:**Kiểm tra các vấn đề về thiết bị hoặc vấn đề khác cần chú ý không?

 **Bước 8:**Phương tiện hình ảnh chẩn đoán có đầy đủ và được trình chiếu/ hiển thị không? Trợ giúp phẫu thuật viên trong cuộc phẫu thuật, thủ thuật..

**QUY ĐỊNH**

**Đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh**

**trong thời gian nằm viện**

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

1.Tất cả người bệnh khi có chỉ định nhập viện điều trị nội trú phải được nhân viên y tế đánh giá, theo dõi và hội chẩn can thiệp về dinh dưỡng nếu có nguy cơ dinh dưỡng/ hoặc suy dinh dưỡng.

2. Khi người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng nặng phải được nhân viên y tế lập kế hoạch can thiệp, chỉ định và can thiệp về dinh dưỡng.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. **Đối với khoa Khám bệnh**

- Người bệnh được khám sàng lọc dinh dưỡng bằng các công cụ: cân trọng lượng, đo chiều cao/ các dụng cụ khác ghi vào hồ sơ bệnh án

**2. Đối với khoa điều trị:**

 + Người bệnh được đánh giá và ghi vào hồ sơ lúc nhập viện: đo chiều cao, cân nặng tính chỉ số khối cơ thể.

 + Chỉ định chế độ ăn hằng ngày phù hợp với bệnh của người bệnh và ghi mã số chế độ ăn theo Quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế vào phiếu điều trị trong hồ sơ bệnh án.

 + Người bệnh có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng mắc các bệnh lý liên quan đến dinh dưỡng khi nhập viện được lập kế hoạch theo dõi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, can thiệp dinh dưỡng dựa trên kết quả đánh giá.

 + Người bệnh bị suy dinh dưỡng nặng hội chẩn với khoa Dinh dưỡng Tiết chế đánh giá tình trạng dinh dưỡng và lập kế hoạch can thiệp.

 + Xây dựng thực đơn và chế độ ăn phù hợp với bệnh lý của người bệnh và áp dụng chế độ ăn bệnh lý theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

 + Người bệnh được khoa Dinh dưỡng cung cấp chế độ ăn bệnh lý các bệnh mãn tính theo khẩu phần dinh dưỡng như bệnh: đái tháo đướng, tăng huyết áp, suy thận…. súp dinh dưỡng cho người bệnh nặng hôn mê thở máy..

 + Tư vấn giáo dục sức khỏe, hướng dẫn chế độ ăn bệnh lý cho người bệnh, người chăm sóc thực hiện nghiêm túc chế độ ăn bệnh lý phù hợp.

**3. Đối với người bệnh, người nhà người bệnh**

 - Tuân thủ thực hiện chỉ định của bác sĩ điều trị về chế độ ăn bệnh lý.

 - Thực hiện các quy định về dinh dưỡng, tiết chế cho người bệnh theo hướng dẫn của bệnh viện.

 - Phối hợp với nhân viên y tế hỗ trợ người bệnh ăn uống.

 Đề nghị lãnh đạo các khoa, phòng phổ biến cho cán bộ viên chức trong khoa nghiêm túc thực hiện Quy định này./.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**QUY ĐỊNH**

**Chăm sóc người bệnh giai đoạn hấp hối**

**và người bệnh tử vong**

1. Người bệnh ở giai đoạn hấp hối được bố trí buồng bệnh thích hợp, thuận tiện cho việc chăm sóc, điều trị tránh ảnh hưởng đến người bệnh khác.

2. Thông báo và giải thích với người nhà người bệnh về tình trạng bệnh của người bệnh và tạo điều kiện để người nhà người bệnh ở bên cạnh người bệnh.

3. Chăm sóc giảm nhẹ/ giảm đau cho người bệnh

4. Động viên, an ủi người bệnh và người nhà người bệnh.

5. Khi người bệnh tử vong:

- Điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên phối hợp với trợ giúp chăm sóc thực hiện vệ sinh tử thi

- Thực hiện các thủ tục cần thiết như quản lý tư trang của người bệnh tử vong

- Bàn giao tử thi cho nhân viên nhà đại thể/ người nhà người bệnh, tùy từng trường hợp cụ thể thực hiện theo y lệnh.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**QUY ĐỊNH**

**Hướng dẫn chăm sóc thể chất và vệ sinh cho người bệnh**

**theo từng phân cấp chăm sóc**

  **I. Chăm sóc người bệnh toàn diện**

 1. Giám đốc bệnh viện có trách nhiệm bố trí đủ nhân lực Điều dưỡng chăm sóc người bệnh theo quy định, đầu tư đủ trang thiết bị và dụng cụ chăm sóc người bệnh toàn diện

2**.** Mỗi người bệnh phải được bác sĩ, điều dưỡng, ..(nhóm chăm sóc) chịu trách nhiệm cụ thể về điều trị và chăm sóc toàn diện

3.Điều dưỡng viên có trách nhiệm:

- Thực hiện đúng y lệnh bác sĩ, đúng quy trình kỹ thuật bệnh viện

- Theo dõi sát người bệnh, ghi chép đầy đủ, chính xác, trung thực các diễn biến, các nội dung chăm sóc vào phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc, khi phát hiện các dấu hiệu bất thường phải báo cáo bác sĩ để xử lý kịp thời.

4. Người bệnh được bác sĩ, điều dưỡng giáo dục sức khỏe, hướng dẫn các kiến thức y học phổ thông và các phương pháp tự chăm sóc.

**II. Phân cấp chăm sóc**

1. **Chăm sóc cấp 1**

- Yêu cầu phải có sự theo dõi, chăm sóc hoàn toàn và liên tục của nhân viên y tế,

- Đối tượng gồm những người bệnh nặng, nguy kịch, hôn mê, suy hô hấp, suy tuần hoàn phải nằm bất động và một số yêu cầu đặc biệt của các chuyên khoa.

- Nội dung chăm sóc:

+ Theo dõi và ghi chép vào phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc các chỉ số sinh tồn, tình trạng và các diễn biến của người bệnh và theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

+ Chăm sóc người bệnh hoàn toàn về ăn uống, vệ sinh thân thể, đại , tiểu tiện, thay đổi tư thế, thay quần áo, ga trải giường, chăn màn, phục hồi chức năng xoa bóp vùng tỳ đè, chống loét mục và động viên an ủi người bệnh, người nhà người bệnh yên tâm điều trị.

**2.** **Chăm sóc cấp 2**

- Yêu cầu phải có sự hỗ trợ cộng tác phối hợp giữa người bệnh và nhân viên y tế

- Đối tượng gồm những người bệnh không nguy kịch, thay đổi tư thế và hoạt động còn hạn chế, có chỉ định truyền dịch, truyền máu, phải theo dõi chức năng hô hấp, tuần hoàn và phục hồi chức năng.

- Nội dung chăm sóc:

+ Theo dõi và ghi chép vào phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc các chỉ số sinh tồn của người bệnh theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

+ Chăm sóc hỗ trợ người bệnh về vệ sinh cá nhân đại tiểủ tiện, tập vận động, tìm hiểu hoàn cảnh gia đình, an ủi động viên, hướng dẫn giáo dục sức khỏe, khuyến khích người bệnh cùng phối hợp điều trị để sức khỏe chóng phục hồi.

**3. Chăm sóc cấp 3**

- Nhân viên y tế có trách nhiệm hướng dẫn người bệnh

- Đối tượng gồm những người bệnh nhẹ, tự vận động, tự phục vụ.

- Nội dung chăm sóc:

+ Theo dõi và ghi chép vào phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc các chỉ số sinh tồn của người bệnh theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

+ Hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc, tập luyện, tuyên truyền giáo dục sức khỏe, tìm hiểu hoàn cảnh gia đình, động viên, an ủi khuyến khích người bệnh tập luyện và phối hợp điều trị.

 **III. Trách nhiệm trong chăm sóc toàn diện**

1. **Bác sĩ điều trị**

**-** Ghi y lệnh vào hồ sơ bệnh án cụ thể về điều trị, nội dung theo dõi, phân cấp chăm sóc, chế độ dinh dưỡng..

 **-** Giải thích, hướng dẫn chế độ sinh hoạt, chế độ dinh dưỡng, động viên an ủi người bệnh, gia đình người bệnh yên tâm điều trị.

 **-** Theo dõi diễn biến tình trạng người bệnh, đôn đốc kiểm tra, giám sát Điều dưỡng chăm sóc và thực hiện y lệnh điều trị.

1. **Điều dưỡng trưởng khoa**

**-** Phân công, giám sát Điều dưỡng, trợ giúp chăm sóc (hộ lý) thực hiện và theo dõi chăm sóc người bệnh theo phân cấp chăm sóc

- Ghi sổ người bệnh chăm sóc cấp I hàng ngày (sổ theo dõi người bệnh nặng)

 **-** Tổ chức họp với người bệnh, gia đình người bệnh hàng tuần để giải quyết những ý kiến, những đóng góp trong công tác chăm sóc, điều trị. Báo cáo lên cấp trên giải quyết những nội dung không thuộc trách nhiệm thẩm quyền giải quyết.

 - Tham gia chăm sóc người bệnh

 **3**. **Điều dưỡng chăm sóc**

 - Thực hiện nghiêm chỉnh y lệnh của bác sĩ

 - Phát hiện diễn biến bất thường và báo cáo bác sĩ điều trị để xử lý kịp thời

 - Ghi phiếu theo dõi, chăm sóc…đúng quy định

 - Giáo dục kiến thức y học phổ thông, phương pháp tự chăm sóc và động viên an ủi người bệnh, gia đình người bệnh.

***Điều dưỡng chăm sóc tập huấn và làm mẫu cho người nhà người bệnh thực hiện đúng kỹ thuật chăm sóc.***

**4.Trợ giúp chăm sóc/ Hộ lý**

- Thực hiện công tác vệ sinh trong khoa

- Phụ giúp điều dưỡng chăm sóc người bệnh và vận chuyển người bệnh

- Phối hợp thay đồ vải cho người bệnh theo lịch và khi cần

 **5. Người bệnh và gia đình người bệnh**

 **-** Thực hiện nghiêm chỉnh nội quy bệnh viện và quy định quyền lợi và nghĩa vụ của người bệnh và gia đình người bệnh đối với bệnh viện.

**-** Tham gia họp hội đồng người bệnh theo quy định

 **-** Gia đình người bệnh chỉ được tham gia chăm sóc khi bác sĩ điều trị cho phép và sự hướng dẫn của Điều dưỡng trong việc chăm sóc sinh hoạt thông thường và động viên an ủi người bệnh.

|  |
| --- |
| ***Người nhà người bệnh không được thực hiện các kỹ thuật chuyên môn ( rửa vết thương, thay băng, dịch truyền…)*** |

**QUY ĐỊNH**

**Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh**

Tư vấn là một hoạt động chuyên nghiệp không mang tính chất lâm sàng bao gồm: cung cấp thông tin, giải thích, hướng dẫn, trả lời câu hỏi thắc mắc.. và làm người bệnh/ người nhà hài lòng khi đến khám chữa bệnh tại bệnh viện.

**1. Nội dung:**

a) Đối với người bệnh đến khám bệnh:

Điều dưỡng có trách nhiệm tiếp nhận người bệnh, hướng dẫn các thủ tục về viện phí, bảo hiểm y tế, quy trình khám chữa bệnh cho người bệnh.

b) Đối với người bệnh ngoại trú:

Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc đúng và đủ theo chỉ định dùng thuốc, chế độ ăn uống, tập luyện và dặn dò khi người bệnh tái khám theo hướng dẫn của nhân viên y tế.

c) Đối với người bệnh vào khoa điều trị:

- Điều dưỡng có trách nhiệm hướng dẫn người bệnh thực hiện các nội quy, quy chế, quy định của Bộ Y tế và Bệnh viện;

- Hướng dẫn, tư vấn cho người bệnh các thông tin về bệnh tật, phương pháp điều trị sau khi người bệnh đã được nghe bác sĩ trực tiếp điều trị tư vấn;

- Hướng dẫn chế độ luyện tập, nghỉ ngơi và phục hồi chức năng trước và sau phẫu thuật;

- Hướng dẫn và giải thích chu đáo cho người bệnh những thông tin cần thiết trước khi làm xét nghiệm, can thiệp thủ thuật, phẫu thuật, để người bệnh hợp tác tốt trong quá trình thực hiện và trong thời gian điều trị;

- Trao đổi và hiểu được tâm tư nguyện vọng của người bệnh trong quá trình nằm viện, động viên an ủi kịp thời để người bệnh yên tâm điều trị;

- Hướng dẫn cụ thể việc thực hiện thuốc, nhất là các loại thuốc cần uống theo giờ và liên quan đến bữa ăn. Tư vấn, giải thích cho người bệnh phát hiện sớm các tai biến và biến chứng khi dùng thuốc;

- Hướng dẫn tư vấn cho người bệnh theo chế độ ăn bệnh lý, đặc biệt chế độ ăn trong các bệnh chính khi vào viện nhưng người bệnh có bệnh mãn tính kèm theo: bệnh tiểu đường, cao huyết áp, suy thận, suy tim v.v.

- Giáo dục, tư vấn, hướng dẫn người bệnh thực hiện các quy định về chăm sóc vệ sinh thân thể, vệ sinh phòng bệnh, tránh lây chéo trong quá trình nằm điều trị;

- Lồng ghép các chương trình chăm sóc quốc gia, các chương trình chăm sóc cộng đồng, đặc biệt là giáo dục tư vấn các thông tin bệnh tật thời sự cho người bệnh đang nằm điều trị tại bệnh viện theo quy định của Ngành Y tế.

d) Đối với người bệnh ra viện:

Điều dưỡng tư vấn, dặn dò chu đáo cho người bệnh và gia đình người bệnh về phục hồi chức năng, chế độ dinh dưỡng, tuân thủ điều trị thuốc, thực hiện tái khám theo hẹn và khi có biểu hiện bất thường.

**2. Hình thức:**

a) Giáo dục và tư vấn sức khỏe cho người bệnh và gia đình người bệnh đến khám;

b) Giáo dục và tư vấn sức khỏe cho người bệnh và gia đình người bệnh trong quá trình người bệnh được theo dõi, chăm sóc, điều trị tại bệnh viện;

c) Giáo dục và tư vấn sức khỏe cho người bệnh và gia đình người bệnh sau khi ra viện.

**3. Phương tiện và tổ chức**:

a) Giao tiếp đối thoại trực tiếp và gián tiếp với người bệnh;

b) Bảng thông báo, tờ rơi, tờ phơi, pano hướng dẫn treo tại khu vực buồng bệnh, phát tờ rơi;

c) Điều dưỡng trực tiếp chăm sóc người bệnh: hướng dẫn, giáo dục sức khỏe với người bệnh và người nhà người bệnh từ ngay khi tiếp nhận người bệnh nhập khoa, trong quá trình điều trị và chuẩn bị ra viện;

d) Tổ chức các buổi thảo luận và nói chuyện (lồng ghép họp hội đồng người bệnh tại khoa, tại Bệnh viện);

**QUY ĐỊNH**

**Cung cấp thông tin cho người bệnh**

PHẠM VI ÁP DỤNG

 - Người bệnh trong thời gian khám chữa bệnh tại bệnh viện

 - Bác sĩ, điều dưỡng thực hiện nhiệm vụ tại các khoa trong bệnh viện

 Những thông tin người bệnh nhận được trong thời gian khám chữa bệnh tại bệnh viện:

 - Người bệnh được tư vấn, giải thích tình trạng sức khỏe, phương pháp điều trị và các dịch vụ khám, chữa bệnh phù hợp với bệnh tật, kết quả, rủi ro có thể xảy ra để lựa chọn phương pháp chẩn đoán điều trị.

 - Người bệnh được giải thích về tính chất, giá các loại dịch vụ như vật tư y tế tiêu hao cần thiết, các loại thuốc…cho việc điều trị của người bệnh

 - Người bệnh được giải thích về thuốc điều trị, vật tư tiêu hao được bảo hiểm y tế chi trả toàn bộ/ một phần hoặc tự túc.

 - Người bệnh được giải thích rõ ràng về các thủ thuật, phẫu thuật trước khi thực hiện

- Người bệnh được cung cấp thông tin tóm tắt về hồ sơ bệnh án nếu có yêu cầu bằng văn bản, trừ trường hợp pháp luật có quy định khác.

- Người bệnh được cung cấp thông tin về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, giải thích chi tiết về các khoản chi trong hóa đơn thanh toán dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

- Người bệnh được nhân viên y tế giải thích khi có thắc mắc về các khoản ghi trong hóa đơn

 - Người bệnh được cung cấp các thông tin về chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, quyền và nghĩa vụ khi nằm viện

 - Khi ra viện, người bệnh được cung cấp các thông tin cụ thể như tự phát hiện dấu hiệu bất thường, hạn chế vận động, cách dùng thuốc, chế độ ăn…hẹn tái khám và cung cấp số điện thoại để liên hệ. Hướng dẫn người bệnh nếu phát hiện dấu hiệu bất thường cần đến bệnh viện ngay.

 Các thông tin cần đúng lúc, đúng mức, không nên nói quá về sự thành công và ngược lại không nói quá về khả năng xảy ra nguy cơ làm người bệnh hoang mang. Cần lưu ý thông tin cho người bệnh trong quá trình điều trị, đặc biệt những thời khắc quan trọng của các bước thủ thuật, phẫu thuật.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**QUY ĐỊNH**

**Tổ chức phân cấp chăm sóc và hỗ trợ người bệnh**

**Chăm sóc vệ sinh cá nhân cho người bệnh**

 **I. MỤC TIÊU:**

 1. Phân loại và thực hiện phân cấp chăm sóc và hỗ trợ người bệnh

 2.Xác định được tầm quan trọng của các yêu cầu về chăm sóc vệ sinh cá nhân cho người bệnh.

 3. Thực hiện được: kỹ thuật vệ sinh răng miệng cho người bệnh hôn mê, kỹ thuật gội đầu cho người bệnh tại giường, kỹ thuật tắm cho người bệnh tại giường theo đúng qui trình.

 **II. NỘI DUNG**

 **1. Phân cấp chăm sóc và hỗ trợ người bệnh**

 Chăm sóc người bệnh là thiên chức của người điều dưỡng/hộ sinh, hoạt động này được thực hiện dựa trên mức độ phụ thuộc trong thực hiện các công việc hàng ngày để đáp ứng các nhu cầu cơ bản của người bệnh.

 **1.1 Mục đích:**

 + Xác định đúng khả năng độc lập của người bệnh trong thực hiện các hoạt động cá nhân hàng ngày và mức độ nặng của bệnh;

 + Tăng cường chức năng chủ động và sự phối hợp giữa các điều dưỡng viên, hộ sinh viên với bác sĩ điều trị và nhân viên y tế khác;

 + Để tính nhân lực điều dưỡng/hộ sinh cần thiết cho mỗi ca làm việc và dự đoán yêu cầu nhân lực cho kế hoạch công tác hàng năm.

 **1.2 Nguyên tắc trong phân cấp chăm sóc người bệnh**

 + Mọi người bệnh nội trú đều được phân cấp chăm sóc ngay sau khi tiếp nhận và kịp thời điều chỉnh phân cấp chăm sóc khi tình trạng thay đổi;

 + Người bệnh được chăm sóc và theo dõi phù hợp với phân cấp chăm sóc;

 + Bác sĩ phối hợp chặt chẽ với điều dưỡng viên, hộ sinh viên và những nhân viên y tế khác (khi cần) để thực hiện phân cấp chăm sóc;

 + Phân cấp chăm sóc được dựa trên nhận định, đánh giá trực tiếp người bệnh về mức độ phụ thuộc của người bệnh khi thực hiện các hoạt động hàng ngày và mức độ nặng của bệnh hay nguy cơ tiềm ẩn của tình trạng bệnh có thể đe dọa tính mạng người bệnh;

 + Phân cấp chăm sóc dựa trên mức độ phụ thuộc của người bệnh và mức độ nặng của bệnh phù hợp với tính chất bệnh theo từng chuyên khoa.

 **1.3 Qui định về phân cấp chăm sóc, hỗ trợ người bệnh**

 Để phân cấp chăm sóc, hỗ trợ người bệnh phải dựa vào mức độ phụ thuộc của người bệnh và mức độ nặng của bệnh.

 Phân loại mức độ phụ thuộc của người bệnh. Đánh giá và phân loại mức độ phụ thuộc hay mức hạn chế khả năng độc lập của người bệnh trong thực hiện các hoạt động cá nhân hàng ngày để đáp ứng các nhu cầu cơ bản.

 ***Mức*** ***độ phụ thuộc của người bệnh được phân thành 3 loại sau:***

 **+ Phụ thuộc cấp Một (ký hiệu là I)**

 Là người bệnh bất động hoàn toàn vì tình trạng sức khỏe hoặc do yêu cầu chuyên môn, do đó người bệnh phụ thuộc toàn bộ vào người khác khi thực hiện các hoạt động cá nhân hàng ngày.

 **+ Phụ thuộc cấp Hai (ký hiệu là II)**

 Là người bệnh bị hạn chế vận động một phần vì tình trạng sức khỏe hoặc do yêu cầu chuyên môn, do đó người bệnh phụ thuộc một phần vào người khác khi thực hiện các hoạt động cá nhân hàng ngày.

 **+ Phụ thuộc cấp Ba (ký hiệu là III)**

 Là người bệnh có thể vận động, đi lại không hạn chế và tự thực hiện được tất cả hoặc hầu hết các hoạt động cá nhân hàng ngày.

Phân loại mức độ bệnh nặng của người bệnh

 Bác sĩ điều trị nhận định, đánh giá và phân loại mức độ nặng của bệnh dựa trên giai đoạn bệnh và tính nghiêm trọng của bệnh làm ảnh hưởng đến tình trạng toàn thân và có thể ảnh hưởng trực tiếp hoặc có nguy cơ tiểm ẩn đe dọa tính mạng người bệnh.

 ***Mức độ bệnh nặng của người bệnh được phân thành 3 cấp độ sau:***

 **+ Mức độ cấp Một (ký hiệu là A)**

 Là người bệnh có tình trạng bệnh lý nặng, diễn biến bất thường, trực tiếp đe dọa tính mạng người bệnh, phải được theo dõi liên tục (hàng giờ hoặc thường xuyên hơn theo chỉ định).

 **+ Mức độ cấp Hai (ký hiệu là B)**

 Là người bệnh có tình trạng bệnh lý nặng, có nguy cơ đe dọa tính mạng người bệnh, cần theo dõi thường xuyên (2 - 4 giờ/lần hoặc hoặc theo chỉ định).

 **+ Mức độ cấp Ba (ký hiệu là C)**

 Là người bệnh có tình trạng bệnh lý ổn định, ít hoặc không có nguy cơ đe dọa tính mạng, không cần theo dõi thường xuyên (theo dõi ít nhất một lần/ngày hoặc theo chỉ định).

 **1.4. Phân cấp chăm sóc và ký hiệu**

 **Người bệnh chăm sóc cấp I**

 Là người bệnh hoàn toàn phụ thuộc khi thực hiện các hoạt động cá nhân hàng ngày. Tùy theo mức độ nặng của bệnh, người bệnh chăm sóc cấp I có thể là:

 - Phụ thuộc hoàn toàn, phải theo dõi liên tục (ký hiệu I-A);

 - Phụ thuộc hoàn toàn, cần theo dõi thường xuyên (ký hiệu I-B);

 - Phụ thuộc hoàn toàn, không cần theo dõi thường xuyên (ký hiệu I-C).

 **Người bệnh chăm sóc cấp II**

 Là người bệnh phụ thuộc một phần vào người khác khi thực hiện các hoạt động hàng ngày của cơ thể. Tùy theo mức độ nặng của bệnh, người bệnh chăm sóc cấp II có thể là:

 - Phụ thuộc một phần, phải theo dõi liên tục (ký hiệu II-A);

 - Phụ thuộc một phần, cần theo dõi thường xuyên (ký hiệu II-B);

 - Phụ thuộc một phần, không cần theo dõi thường xuyên (ký hiệu II-C).

 **Người bệnh chăm sóc cấp III**

 Là người bệnh tự thực hiện được hoàn toàn hoặc hầu hết các hoạt động cá nhân hàng ngày của cơ thể. Tùy theo mức độ nặng của bệnh, người bệnh chăm sóc cấp III có thể là:

 - Hoàn toàn hoặc hầu như hoàn toàn độc lập, phải theo dõi liên tục (ký hiệu III-A);

 - Hoàn toàn hoặc hầu như hoàn toàn độc lập, cần theo dõi thường

xuyên (ký hiệu III-B);

 - Hoàn toàn hoặc hầu như hoàn toàn độc lập, không cần theo dõi

thường xuyên (ký hiệu III-C).

 **1.5. Ghi phân cấp chăm sóc**

 Sau khi thống nhất phân cấp chăm sóc của người bệnh, bác sĩ và điều dưỡng viên, hộ sinh viên ghi phân cấp chăm sóc vào hồ sơ như sau:

 - Bác sĩ ghi phân cấp chăm sóc vào tờ điều trị;

 - Điều dưỡng viên/ hộ sinh viên ghi phiếu chăm sóc theo quy định của bệnh viện.

 **2. Chăm sóc vệ sinh cá nhân cho người bệnh**

Chăm sóc vệ sinh cá nhân cho người bệnh nằm viện hằng ngày gồm: vệ sinh răng miệng, vệ sinh thân thể, hỗ trợ đại tiện, tiểu tiện và thay đổi đồ vải. Trách nhiệm chăm sóc vệ sinh cá nhân cho người bệnh được qui định như sau:

 - Người bệnh cần chăm sóc cấp I (A, B, C) do điều dưỡng viên, hộ sinh viên và trợ guips chăm sóc thực hiện;

 - Người bệnh cần chăm sóc cấp II (A, B, C) và cấp III (A, B, C) tự thực hiện dưới sự hướng dẫn của điều dưỡng viên, hộ sinh viên và được hỗ trợ chăm sóc khi cần thiết.