

Số: /HD - BV

Bố Trạch, ngày tháng năm 2014

## HƯỚNG DẪN CÁCH GHI CHÉP HỒ SƠ ĐIỀU DƯỠNG

Thực hiện Điều 15 tại thông tư 07 /2011/ TT - BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011 của BYT.

Căn cứ vào tình hình thực tế của BV trong chăm sóc, theo dõi NB và công tác ghi chép hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện.

Bệnh viện hướng dẫn cách ghi chép hồ sơ điều dưỡng như sau:

### **I. Hồ sơ điều dưỡng gồm:**

1. Giấy thử phản ứng thuốc.
2. Phiếu theo dõi chức năng sống
3. Phiếu chăm sóc
4. Phiếu truyền dịch, truyền máu.
5. Phiếu công khai thuốc, VTYTTH.
6. Một số phiếu khác theo tính chất chuyên khoa.

### **II. Cách ghi chép hồ sơ điều dưỡng.**

- Cách ghi chép hồ sơ điều dưỡng theo tài liệu hướng dẫn ban hành theo Quyết định số 4069/2001 QĐ - BYT ngày 28/9/2001 của Bộ y tế về việc ban hành biểu mẫu hồ sơ bệnh án.

- Phần thủ tục hành chính phải ghi đầy đủ theo các mục in trên phiếu, chẩn đoán ghi đúng theo chẩn đoán của y, Bác sỹ khám bệnh (nếu là điều dưỡng khoa khám bệnh). Khi NB đã vào khoa lâm sàng thì ghi chẩn đoán của Bs trực tua hoặc Bs nhận bệnh của khoa, nếu NB phẫu thuật ghi hậu phẫu ngày thứ mấy theo chẩn đoán sau phẫu thuật.

#### **1. Phiếu chăm sóc**

##### **1.1 Mục đích sử dụng.**

- Để ghi lại diễn biến của người bệnh mà người Điều dưỡng nhận biết được và xử lý, chăm sóc của người Điều dưỡng trên người bệnh.

- Để thông tin giữa cán bộ y tế với nhau
- Để làm tài liệu nghiên cứu , học tập
- Để làm tài liệu pháp lý khi cần.

##### **1.2. Nguyên tắc ghi chép.**

- Ghi kịp thời: ngay sau khi chăm sóc theo dõi hoặc đã xử lý.

- Ghi đầy đủ, trung thực và ngắn gọn không trùng lặp thông tin.
- Kiểm tra ngay và thảo luận các thông số khác biệt với nhận xét của bác sĩ.
- Những chỉ số thường quy đã được ghi trên phiếu theo dõi chức năng sống sẽ không ghi lại vào phiếu chăm sóc. Với người bệnh chăm sóc cấp I, cấp II ghi diễn biến của NB sau mỗi lần theo dõi, chăm sóc theo y lệnh của bác sĩ và khi cần. Đối với người bệnh chăm sóc cấp III ghi vào phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc các chỉ số sinh tồn theo chỉ định của Bs điều trị và đánh giá diễn biến của NB tối thiểu 1 lần trong ngày và khi cần.

### **1.3. Cách ghi.**

- Tiêu đề ghi đầy đủ các cột mục theo qui định
- Cột ngày giờ phải ghi đúng tại thời điểm thực hiện chăm sóc.
- Cột diễn biến: Tiếp nhận ban đầu ghi đầy đủ các dấu hiệu cơ năng, thực thể của NB. Đánh giá tình trạng hàng ngày của người bệnh trong phạm vi chức năng và vấn đề chăm sóc của điều dưỡng. Trường hợp NB diễn biến thì phải ghi đầy đủ chỉ số đánh giá NB đồng thời có lượng giá lại tình trạng NB sau khi báo với Bs và được chỉ định thực hiện y lệnh hoặc sau khi điều dưỡng thực hiện y lệnh chăm sóc.

- Thực hiện y lệnh/chăm sóc: Ghi những y lệnh điều trị, hành động xử lý, chăm sóc của Điều dưỡng đã thực hiện và kết quả theo dõi chăm sóc trên người bệnh.

+ Phần thực hiện y lệnh ghi : “ Thực hiện y lệnh điều trị , xét nghiệm (nếu có)”.

+ Trường hợp truyền dịch, truyền máu ghi giờ bắt đầu và giờ kết thúc. Đo chỉ số sinh tồn trước khi truyền, rút kim truyền ghi kết quả, theo dõi người bệnh và đo lại chỉ số sinh tồn sau 15 phút, thực hiện nhiều dây cùng lúc phải ghi rõ dây 1 và dây 2..., khi có dây hết trước thực hiện rút dịch không đo chỉ số sinh tồn sau truyền vì NB đang theo dõi dịch truyền của dây còn lại. ***Nhưng trong quá trình truyền phải theo dõi sát NB, phát hiện diễn biến bất thường để có biện pháp xử lý phù hợp.*** (truyền máu ngoài ghi chép ở phiếu TD chỉ số sinh tồn và phiếu chăm sóc như trên phải thực hiện đo chỉ số sinh tồn 15 phút/lần ghi vào phiếu truyền máu theo quy định).

- Cột ký tên phải ghi rõ tên điều dưỡng thực hiện.
- Hết ngày kẻ ngang

### **2. Phiếu theo dõi chức năng sống. (Găm ở đầu giường)**

- Sử dụng để ghi các chỉ số: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, cân nặng, chiều cao và các chỉ số khác theo tình trạng bệnh.

- Ô 1, 2, 3 ghi kết quả thường quy hàng ngày.

- Ô 4, 5 ghi những kết quả có tính chất chuyên khoa, bệnh lý hoặc theo chỉ định của Bs như nước tiểu, phân, sond dẫn lưu....

- Thời gian ghi trên phiếu tùy theo chỉ định của Bs đối với các cấp chăm sóc và tùy theo tình trạng diễn biến của người bệnh mà điều dưỡng theo dõi phát hiện.

- Cột ký tên phải ghi rõ tên điều dưỡng thực hiện.

### **3. Phiếu theo dõi truyền dịch, truyền máu.** (Găm ở đầu giường)

- Ghi đúng ngày tháng tên dịch truyền / hàm lượng, số lượng (Ghi rõ ml hoặc thuốc kết hợp ghi ống) số lô, tốc độ (ghi số giọt bằng số tự nhiên) thời gian thực hiện, thời gian kết thúc, Bs chỉ định, ĐD thực hiện.

- Dung dịch kết hợp với thuốc phải ghi hai loại trong ngoặc
- Thực hiện nhiều dây cùng thời điểm phải ghi dịch nào dây 1, dịch nào dây 2... vào phiếu theo dõi dịch truyền và phiếu chăm sóc.
- Phiếu truyền máu thực hiện ghi đầy đủ các mục theo đúng quy định.

### **4. Bảng công khai thuốc, VTYTTH.** (Găm ở đầu giường)

- Hằng ngày ghi thuốc, vật tư tiêu hao y tế của người bệnh theo đúng chỉ định của Bác sĩ vào phiếu.

- Khi thay đổi y lệnh hoặc được hết thuốc, vật tư y tế cần chỉnh sửa kịp thời.
- Hết ngày cộng các khoản sử dụng cho NB.
- Bảng phải có đầy đủ chữ ký của NB, người nhà NB và điều dưỡng chăm sóc.
- Cuối đợt điều trị phải cộng khoản thuốc, VTYTTH sử dụng cho người bệnh.

### **5. Bệnh án sản khoa, ngoại khoa có phẫu thuật:**

- Thực hiện ghi chép hồ sơ bệnh án theo đúng quy định của Bộ y tế, riêng phần chăm sóc NB trước và sau chuyển dạ đẻ, phẫu thuật.

+ Ghi phiếu chăm sóc thai phụ trước và sau sinh theo chỉ định của Bs (Dựa vào hướng dẫn quốc gia về CSSKSS) khi hết TD 24 giờ sau sinh thì thực hiện các y lệnh chăm sóc tiếp theo.

+ Biểu đồ chuyển dạ thực hiện theo hướng dẫn quốc gia về CSSKSS

+ NB chăm sóc phẫu thuật ngoại, sản thực hiện hết y lệnh chăm sóc của phẫu thuật viên sau đó thực hiện các y lệnh chăm sóc tiếp theo của Bs điều trị.

6. Ngoài các phiếu trên còn có một số phiếu khác yêu cầu ghi đầy đủ các mục trên phiếu đúng quy định theo quyết định số 4069/2001/QĐ - BYT ngày 28/9/2001 của Bộ trưởng Bộ y tế về việc ban hành biểu mẫu hồ sơ bệnh án.

#### **Nơi nhận:**

- Lãnh đạo BV.
- Các Khoa lâm sàng;
- Hội đồng Điều dưỡng;
- Phòng KHTH, P ĐD.
- Lưu: VT.

**GIÁM ĐỐC**

**Nguyễn Quốc Lĩnh**