

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG GHI CHÉP HỒ SƠ BỆNH ÁN CẢI TIẾN CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN AN GIANG

*Huỳnh Thị Mỹ Thanh-Lê Thị Tuyết Nga-Nguyễn Thị Phi Yến- Võ Trường Đình
Phòng Điều dưỡng-BVĐKTTAG*

Abstract:

Since 2009, with the approval of the health service of An giang province, a new modified set of clinical nursing care have implemented at 9 clinical wards in An giang general hospital. The new modified set includes 4 sheets: physician's order sheet, nurse report sheet, patient monitoring sheet and nursing care plan sheet. This set is used to note the progression of the patient's health condition and record all kinds of nursing interventions. The main feature of this set is to have a nursing care plan sheet in which nurses could write all the actively care plans for patients and help to limit the repeated several times for some information.

To evaluate the effectiveness of the new modified set, we randomly selected and reviewed 69 medical records of patients admitted to An giang hospital in September 2011. The aim of this review was to describe the current status of nurses' notes and to propose the solutions how to improve the quality of patient cares through this new modified set. During the implementation, we have found some advantages of the new modified set as followed:

- The physician's order sheet is not only to help nurses to save time but also to help the patient safety in using of medication.*
- The nurse report sheet including 2 signs : identifying (N) and checking (K) which help doctors and/or nurses to monitor the recently appearing problems of the patients.*
- The patient monitoring sheet with the sign of "special attention" was used to note the information needed to monitor the patient during hospitalization.*
- The nursing care plan sheet helps nurses taking care the patients according to plan, avoid omission of nursing interventions for patient's progression and helps to fulfill the actively function of nurses. At the initial stage of the year 2009, nurses hesitated to use the care plan sheet because of wasting their time and their energy.*

From October 2011 to date, with the support of the research team who trained nurses how to take notes, how to write the guidelines for nursing care plan according to specialties, and launched the emulation movement "to score the document written by nurses" which boost significant increase in the rate of medical records with fulfilled information.

Tóm tắt:

Từ năm 2009, với sự chấp thuận của Sở Y Tế An Giang, bộ hồ sơ bệnh án cải tiến của điều dưỡng đã được thực hiện ở 9 khoa lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa An Giang. Bộ hồ sơ bệnh án cải tiến bao gồm 4 phiếu, phiếu y lệnh điều trị, phiếu ghi chú của điều dưỡng, phiếu theo dõi người bệnh và phiếu kế hoạch chăm sóc. Bộ hồ sơ này được dùng để ghi chép những diễn biến về tình trạng sức khỏe của người bệnh và tất cả các can thiệp của điều dưỡng viên. Điểm đặc biệt của bộ hồ sơ này là có phiếu kế hoạch chăm sóc, trong đó các điều dưỡng viên có thể ghi tất cả các kế hoạch chăm sóc cho người bệnh một cách chủ động và giúp hạn chế việc lặp lại nhiều lần một số thông tin.

Để đánh giá hiệu quả của bộ hồ sơ bệnh án cải tiến, chúng tôi hồi cứu và lựa chọn ngẫu nhiên 69 hồ sơ bệnh án của người bệnh nhập viện tại Bệnh viện An Giang vào tháng 9 năm 2011. Mục đích của nghiên cứu này là mô tả thực trạng ghi chép của điều dưỡng viên và đề xuất các giải pháp để cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh thông qua bộ hồ sơ cải tiến này. Trong quá trình thực hiện, chúng tôi đã tìm thấy một số lợi điểm của bộ hồ sơ cải tiến như sau:

- Phiếu y lệnh điều trị giúp các điều dưỡng viên tiết kiệm thời gian và giúp người bệnh an toàn trong việc sử dụng thuốc.
- Phiếu ghi chú điều dưỡng với 2 ký hiệu: N (nhận định) và K (kiểm soát) giúp các bác sĩ và / hoặc các điều dưỡng viên theo dõi các vấn đề mới xuất hiện của người bệnh.
- Phiếu theo dõi người bệnh với ký hiệu " Đặc biệt chú ý" đã được dùng để ghi chép các thông tin cần theo dõi người bệnh trong suốt thời gian nằm viện.
- Phiếu kế hoạch chăm sóc giúp các điều dưỡng viên chăm sóc người bệnh theo kế hoạch, tránh bỏ sót những can thiệp điều dưỡng theo diễn tiến của người bệnh và giúp các điều dưỡng viên thực hiện chức năng chủ động. Trong giai đoạn đầu của năm 2009, các điều dưỡng viên ngần ngại sử dụng phiếu kế hoạch chăm sóc vì họ cho rằng phiếu này gây lãng phí thời gian và công sức.

Từ tháng 10 năm 2011 đến nay, với sự hỗ trợ của nhóm nghiên cứu, các điều dưỡng viên đã được tập huấn cách ghi chép, cách viết những kế hoạch chăm sóc mẫu theo chuyên khoa và phong trào thi đua "chấm điểm ghi chép hồ sơ bệnh án" do bệnh viện phát động thì tỉ lệ ghi chép đầy đủ thông tin vào bộ hồ sơ bệnh án cải tiến của điều dưỡng tăng cao rõ rệt.

I. Đặt vấn đề:

Theo Khoản 1 Điều 59 Luật Khám bệnh, chữa bệnh (số 40/2009/QH12) được Quốc Hội khóa 12 thông qua ngày 23/11/2009 quy định "Hồ sơ bệnh án là tài liệu y học, y tế và pháp lý; mỗi người bệnh chỉ có một hồ sơ bệnh án trong mỗi lần khám bệnh, chữa bệnh tại cơ

sở khám bệnh, chữa bệnh”.

Theo Điều 15 của Thông tư 07/2011/TT-BYT ngày 26/01/2011 của Bộ Y Tế về việc “ghi chép hồ sơ bệnh án” khoản 1 quy định “Tài liệu chăm sóc người bệnh trong hồ sơ bệnh án gồm: phiếu theo dõi chức năng sống, phiếu điều dưỡng và một số biểu mẫu khác theo Quyết định số 4069/QĐ-BYT ngày 28/9/2001...”, khoản 2 quy định “Tài liệu chăm sóc người bệnh trong hồ sơ bệnh án phải bảo đảm các yêu cầu sau: a) Ghi các thông tin về người bệnh chính xác và khách quan. b) Thống nhất thông tin về công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên, hộ sinh viên và của bác sĩ điều trị. Những khác biệt trong nhận định, theo dõi và đánh giá tình trạng người bệnh phải được kịp thời trao đổi và thống nhất giữa những người trực tiếp chăm sóc, điều trị người bệnh; c) Ghi đầy đủ, kịp thời diễn biến bệnh và các can thiệp điều dưỡng”.

Hồ sơ bệnh án của điều dưỡng là một phần của hồ sơ bệnh án của người bệnh do điều dưỡng viên ghi chép bằng tay hay bằng điện tử, chứa đựng những thông tin liên quan tới công tác chăm sóc người bệnh, bao gồm cả các giấy tờ có liên quan đến quá trình chăm sóc người bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh như phiếu chăm sóc, phiếu theo dõi chức năng sống, phiếu theo dõi dịch truyền..., mỗi phiếu có nội dung và tầm quan trọng riêng của nó. Hồ sơ bệnh án của điều dưỡng cần được ghi chép kịp thời, đầy đủ, liên tục, phù hợp, rõ ràng và có sự thống nhất giữa những người trực tiếp chăm sóc, điều trị người bệnh sẽ giúp cho công tác chẩn đoán, điều trị, chăm sóc, phòng bệnh, nghiên cứu khoa học và đào tạo đạt kết quả cao. Ngoài ra, hồ sơ bệnh án của điều dưỡng còn là bằng chứng pháp lý giúp đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và thể hiện tinh thần trách nhiệm cũng như khả năng chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên.

Thực tế, ở một số bệnh viện tại An Giang, qua kết quả kiểm tra cuối năm, chúng tôi nhận thấy thông tin ghi chép vào hồ sơ bệnh án của điều dưỡng, nhất là phiếu chăm sóc, thường theo y lệnh của bác sĩ điều trị, một số thông tin được lập lại nhiều lần, đôi khi bỏ sót những thông tin quan trọng liên quan đến tình trạng của người bệnh. Việc ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng ở đây hầu như chỉ nhằm mục đích thực hiện theo quy định của Bộ Y Tế, ít được bác sĩ sử dụng để phối hợp vào công tác điều trị, chăm sóc người bệnh và có một số điều dưỡng chưa nhận thức được vai trò, tầm quan trọng của hồ sơ bệnh án điều dưỡng nên việc ghi chép còn chiếu lệ, đối phó.

Tại Bệnh viện đa khoa An Giang, từ năm 2009 đến nay, được sự chấp thuận của Sở Y Tế An Giang, chúng tôi thực hiện thí điểm 9 khoa lâm sàng với Bộ hồ sơ bệnh án cải tiến của điều dưỡng, điểm đặc biệt của bộ hồ sơ này là các điều dưỡng viên phải thực hiện phiếu kế

hoạch chăm sóc, đây là phiếu thể hiện rất rõ chức năng chủ động của điều dưỡng trong công tác chăm sóc người bệnh.

Để đánh giá thực trạng ghi chép vào hồ sơ bệnh án cải tiến của điều dưỡng tại Bệnh viện An Giang, chúng tôi tiến hành hồi cứu và lựa chọn ngẫu nhiên 69 hồ sơ bệnh án của điều dưỡng vào tháng 9 năm 2011, đây là thời điểm mà Bệnh viện An Giang chưa đưa công tác ghi chép vào điểm thi đua của khoa, mục tiêu nghiên cứu là mô tả thực trạng ghi chép và đề xuất những giải pháp nhằm nâng cao chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án cải tiến của điều dưỡng tại Bệnh viện An Giang.

II. Mục tiêu:

Mô tả thực trạng ghi chép hồ sơ bệnh án cải tiến của điều dưỡng ở 9 khoa lâm sàng tại Bệnh viện An Giang vào tháng 9 năm 2011 và đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng ghi chép vào hồ sơ bệnh án cải tiến của điều dưỡng.

Mục tiêu cụ thể:

1. Xác định tỉ lệ ghi chép đủ của điều dưỡng vào phiếu theo dõi người bệnh.
2. Xác định tỉ lệ ghi chép đủ của điều dưỡng vào phiếu ghi chú điều dưỡng.
3. Xác định tỉ lệ ghi chép đủ của điều dưỡng vào phiếu theo dõi truyền dịch.
4. Đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng.
5. Giới thiệu bộ hồ sơ bệnh án cải tiến của điều dưỡng tại Bệnh viện An Giang.

III. Phương pháp:

1. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu và lựa chọn ngẫu nhiên 69 hồ sơ bệnh án cải tiến của điều dưỡng vào tháng 9 năm 2011.

2. Thời gian nghiên cứu: từ ngày 01/3/2012 đến 01/4/2012

3. Đối tượng nghiên cứu:

Phiếu ghi chú điều dưỡng, Phiếu theo dõi người bệnh, Phiếu truyền dịch.

4. Địa điểm nghiên cứu:

9 khoa lâm sàng tại Bệnh viện An Giang bao gồm Khoa Ngoại Tổng hợp, khoa Chấn Thương chỉnh hình, Khoa Phụ Sản, Khoa Nhi, khoa Nội Tổng hợp, khoa Nội TM&LH, khoa Nội Thần kinh, khoa Truyền Nhiễm, khoa Lao.

5. Phương pháp thu thập số liệu

Bảng kiểm với các tiêu chí thống nhất cho các biểu mẫu ghi chép của ĐD (phiếu 2, 3, 4 của Phòng Tiết chế-Dinh Dưỡng-Bộ Y Tế, ngày 29/2/2012).

6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu nhập vào phần mềm được tạo trên chương trình Excel và phân tích bằng phần mềm thống kê, phân tích số liệu SPSS 13.0 để tính tỷ lệ % của các biến số.

IV. Kết quả nghiên cứu và bàn luận:

* Đối với phiếu 2, **đánh giá ghi phiếu ghi chú điều dưỡng**, chúng tôi nhận thấy các điều dưỡng viên ghi chép khá đầy đủ các thông tin ở nội dung a3: thực hiện kịp thời chỉ định điều trị cấp cứu (97,1%), nội dung a4: chỉ định xét nghiệm cấp cứu (100%), nội dung b1: thông tin cá nhân (97,1%), nội dung b4: ý kiến người bệnh (87%), nội dung c1: thông nhất thông tin giữa BS và ĐD ở cùng thời điểm (87%) ... qua đây cho thấy người điều dưỡng thực hiện y lệnh của bác sĩ điều trị rất tốt, thể hiện tốt chức năng thụ động, điều này cũng phù hợp với tình hình thực tế, vì đây là những thông tin mà các bác sĩ điều trị và điều dưỡng trưởng khoa thường xuyên kiểm tra, nhắc nhở điều dưỡng thực hiện và nếu không thực hiện đủ sẽ bị khiển trách.

Còn nội dung a2: ghi kịp thời can thiệp điều dưỡng theo diễn biến (46,4%) và nội dung b3: can thiệp chăm sóc giáo dục sức khỏe, vệ sinh, dinh dưỡng, phục hồi chức năng, tâm lý (20,3%) là những nội dung thể hiện chức năng chủ động của điều dưỡng viên thì chiếm tỉ lệ thấp ở phiếu chăm sóc, bởi vì điều dưỡng viên đã ghi các can thiệp chăm sóc vào phiếu kế hoạch chăm sóc và phần thông tin thực hiện thuốc thì ghi vào bảng y lệnh điều trị.

Với nội dung a1: ghi kịp thời diễn biến bệnh (46,4%) và nội dung b2: ghi đầy đủ các diễn biến (43,5%) cũng chiếm tỉ lệ không cao, nguyên nhân đầu tiên mà các điều dưỡng viên ít ghi chép các thông tin này có lẽ do các bác sĩ ít khi đọc diễn biến bệnh ở phiếu chăm sóc, ngoài ra, theo Khoản 3 Điều 59 Luật 40/2009/QH12 được ban hành năm 2009 và Quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT ngày 28/9/2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Mẫu hồ sơ bệnh án bệnh viện, có quy định khá nhiều mẫu phiếu liên quan trực tiếp đến công tác điều dưỡng, bao gồm các phiếu trong nghiên cứu này và kèm thêm Phiếu công khai thuốc, Phiếu sao thực hiện thuốc theo y lệnh, Phiếu thử phản ứng thuốc, Phiếu truyền máu, ... với nhiều loại phiếu như thế, trong khi bệnh viện luôn quá tải người bệnh, một điều dưỡng phải chăm sóc nhiều người bệnh thì không thể nào ghi chép đủ các thông tin trên, do đó điều dưỡng viên phải chọn lựa thông tin cần ghi chép, tất nhiên sẽ ưu tiên ghi chép những thông tin mà biểu mẫu quy định như thông tin cá nhân, phần hành chánh và những thông tin theo y lệnh của bác sĩ.

* Phiếu 3, **đánh giá ghi phiếu theo dõi người bệnh**, đây là phiếu ghi nhận các thông số và số lần theo dõi người bệnh theo y lệnh của bác sĩ điều trị, nói rõ hơn, đa số nội dung ghi chép ở phiếu này thể hiện chức năng thụ động của điều dưỡng, vì vậy đa số điều dưỡng viên thực hiện đủ các nội dung của phiếu này.

Tuy nhiên, nội dung b2: ghi đầy đủ các thông số theo quy định (*Mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp*) chiếm tỉ lệ không cao (68,1%) bởi vì đa số điều dưỡng ghi theo y lệnh của bác sĩ, vì vậy khi bác sĩ không cho y lệnh thì điều dưỡng không theo dõi, bác sĩ cho theo dõi

mạch, huyết áp thì các thông số như nhiệt độ, nhịp thở sẽ không được ghi nhận, hoặc đối với trẻ sơ sinh không ghi nhận huyết áp được vì rất khó đo.

Với nội dung b3: biểu diễn các thông số theo quy định (65,2%), nội dung g1: thông tin rõ ràng dễ đọc, dễ phân biệt (62,3%) chiếm tỉ lệ thấp vì đa số bác sĩ không đọc những ghi chép của điều dưỡng nên điều dưỡng vẽ đường biểu diễn chiều lẹ, đôi phó.

* Phiếu 4, **đánh giá ghi phiếu truyền dịch**, đa số các nội dung của phiếu 4 được điều dưỡng viên ghi chép đủ các thông tin, riêng có nội dung b1: thực hiện đủ đánh giá dấu hiệu sinh tồn của người bệnh trước khi truyền dịch chiếm tỉ lệ rất thấp (22%) và có 78% không thực hiện đánh giá dấu hiệu sinh tồn trước khi truyền bởi vì các trường hợp này đã được bác sĩ ghi nhận dấu hiệu sinh tồn trước khi cho y lệnh truyền dịch và điều dưỡng tiến hành truyền dịch ngay cho người bệnh nên điều dưỡng không ghi vào phiếu chăm sóc.

Tóm lại, tại Bệnh viện đa khoa An Giang, hồ sơ bệnh án cải tiến của điều dưỡng thực hiện đủ các nội dung ghi chép theo y lệnh của bác sĩ, các nội dung thể hiện chức năng chủ động của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh như cho người bệnh nằm tư thế thích hợp, xoay trở người bệnh, động viên an ủi người bệnh, hướng dẫn chế độ ăn, giáo dục sức khỏe, tập vật lý trị liệu... đa số được điều dưỡng viên ghi vào phiếu kế hoạch chăm sóc và phần thực hiện y lệnh thuốc được ghi vào phiếu y lệnh điều trị.

V. Tồn tại và đề xuất:

1. Tồn tại:

* Tại bệnh viện, đối với các đơn vị cấp cứu, nơi không sử dụng phiếu y lệnh điều trị, nên mỗi lần thực hiện y lệnh thuốc cho người bệnh thì điều dưỡng viên phải ghi lại các thông tin thuốc vào phiếu ghi chú điều dưỡng, tốn nhiều thời gian. Đa số bác sĩ ít khi đọc các ghi chép ở hồ sơ bệnh án của điều dưỡng. Một số điều dưỡng chưa có thói quen ghi chép những thông tin mà bác sĩ không ra y lệnh.

* Trường Trung học Y tế chưa quan tâm nhiều đến việc hướng dẫn cho học sinh cách ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng tại bệnh viện.

* Bộ Y Tế ban hành nhiều biểu mẫu quy định điều dưỡng viên ghi chép với thời gian dài chưa được chỉnh sửa, bổ sung kịp thời phù hợp với tình hình thực tế..

2. Đề xuất:

Từ những phát hiện nêu trên, nhằm mục đích nâng cao chất lượng ghi chép và thể hiện chức năng chủ động của điều dưỡng, Bệnh viện An Giang đề xuất một số giải pháp như sau:

1. Đối với Cục QLKCB:

- Ban hành văn bản hướng dẫn việc ghi chép điều dưỡng trên cơ sở quy định của Thông tư 07/2011/TT-BYT, Luật Khám bệnh chữa bệnh, Quyết định 4069/2001/QĐ-BYT.

- Giảm hoặc kết hợp hai, ba biểu mẫu vào một phiếu để điều dưỡng dễ thực hiện và có thời gian chăm sóc người bệnh.

2. Đối với Phòng Điều dưỡng-Tiết chế và Hội Điều dưỡng VN: hàng năm cần xem xét và thu thập ý kiến đóng góp của các Bệnh viện về việc sử dụng các biểu mẫu để chỉnh sửa, bổ sung kịp thời các biểu mẫu phù hợp với tình hình thực tế.

3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

- Ban Giám đốc và Ban chủ nhiệm khoa cần có biện pháp nâng cao chất lượng ghi chép và đẩy mạnh chức năng chủ động của điều dưỡng như tính điểm ghi chép vào điểm thi đua của bác sĩ điều trị và điều dưỡng viên.

- Phòng Điều dưỡng và Điều dưỡng trưởng khoa tăng cường giám sát việc ghi chép của điều dưỡng viên, hướng dẫn điều dưỡng cách ghi chép, duy trì bình hồ sơ bệnh án của điều dưỡng hàng tháng và đề xuất lên cấp trên những biểu mẫu cải tiến về ghi chép điều dưỡng để việc ghi chép đơn giản, đạt kết quả tốt.

- Bác sĩ điều trị cần cho y lệnh theo dõi cụ thể, đọc các thông tin ghi chép của điều dưỡng và trao đổi với điều dưỡng viên những nội dung ghi chép không thống nhất.

- Điều dưỡng viên phải hiểu mục đích của việc ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng, thường xuyên nâng cao kiến thức chuyên môn, tập thói quen chăm sóc người bệnh theo kế hoạch chăm sóc để tránh thiếu sót các can thiệp điều dưỡng trong chăm sóc và phải ghi chép những diễn biến của người bệnh, các can thiệp điều dưỡng theo diễn biến vào hồ sơ bệnh án kịp thời, đầy đủ, liên tục, phù hợp, rõ ràng và có sự thống nhất giữa những người trực tiếp chăm sóc và điều trị người bệnh.

* Trường Trung học Y Tế nên phối hợp với bệnh viện bố trí lịch thực tập có tiết học cách ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng theo mẫu của Bộ Y Tế để học sinh làm quen cách ghi chép.

VI. Giới thiệu các biểu mẫu cải tiến về ghi chép điều dưỡng của BVAG:

Từ năm 2009 đến nay, Bệnh viện đa khoa An Giang được sự chấp thuận của Sở Y Tế cho phép tiến hành nghiên cứu và áp dụng các phiếu trong Bộ hồ sơ bệnh án cải tiến của điều dưỡng, bao gồm các phiếu như sau:

1. Phiếu theo dõi người bệnh (cải tiến từ phiếu theo dõi chức năng sống).
2. Phiếu ghi chú điều dưỡng (cải tiến từ phiếu chăm sóc)

3. Phiếu kế hoạch chăm sóc (đây là phiếu đặc thù của BVĐKAG, chăm sóc người bệnh theo kế hoạch, thể hiện chức năng chủ động của người điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh).
4. Phiếu y lệnh điều trị (ghi chép việc sử dụng thuốc cho người bệnh, đây là bảng ghi chép phối hợp giữa bác sĩ và điều dưỡng)
5. Một số tập “Kế hoạch chăm sóc mẫu theo từng chuyên khoa”

Nhận xét:

Trong thời gian thực hiện hồ sơ bệnh án cải tiến của điều dưỡng, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau, với “Phiếu y lệnh điều trị” được các bác sĩ và điều dưỡng viên rất thích sử dụng vì đây là phiếu ghi chép phối hợp giữa bác sĩ và điều dưỡng, phiếu này giúp bác sĩ và điều dưỡng viên tiết kiệm thời gian ghi chép, đồng thời giúp người bệnh an toàn trong việc sử dụng thuốc. Với “Phiếu ghi chú điều dưỡng” giúp cho người đọc phiếu dễ nhìn thấy những diễn biến mới xuất hiện của người bệnh qua ký hiệu N (nhận định) hay ký hiệu K (kiểm soát). “Phiếu theo dõi người bệnh” có nội dung “Đặc biệt chú ý” dùng để ghi chú những thông tin cần theo dõi của người bệnh trong thời gian nằm viện. Đối với “Phiếu Kế hoạch chăm sóc” giúp điều dưỡng viên chăm sóc người bệnh theo kế hoạch, tránh bỏ sót những can thiệp của điều dưỡng theo diễn biến người bệnh, thể hiện chức năng chủ động của điều dưỡng, tuy nhiên, ở thời điểm ban đầu khi sử dụng phiếu “Kế hoạch chăm sóc” (năm 2009), điều dưỡng viên ngần ngại ghi chép vào phiếu này vì chưa quen sử dụng, phải tốn thời gian, tốn công sức.

Từ tháng 10 năm 2011 đến nay, với sự hỗ trợ của nhóm nghiên cứu, các điều dưỡng viên đã được tập huấn cách ghi chép, cách viết những kế hoạch chăm sóc mẫu theo chuyên khoa và phong trào thi đua "chấm điểm ghi chép hồ sơ bệnh án" do bệnh viện phát động thì tỉ lệ ghi chép đầy đủ thông tin vào bộ hồ sơ bệnh án cải tiến của điều dưỡng tăng cao rõ rệt.

VIII. Tài liệu tham khảo:

1. *Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009, Quốc Hội nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam.*
2. *Quyết định 4069/2001/QĐ-BYT năm 2001, Bộ Y tế.*
3. *Thông tư 07/2011/TT-BYT năm 2011, Bộ Y tế.*
4. *TS.BS. Nguyễn Ngọc Rạng-Bệnh viện An Giang, Đánh giá hiệu quả việc sử dụng bảng y lệnh điều trị cải tiến tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, Bệnh Viện (Diễn đàn của các Bệnh viện Việt Nam) số 2, tháng 4-2008, trang 22 và 24.*
5. *Các biểu mẫu cải tiến về ghi chép điều dưỡng của BVAG.*

6. Dự thảo 2: Đánh giá nhanh thực trạng ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng tại một số bệnh viện và đề xuất giải pháp tăng cường tính phù hợp và chất lượng ghi chép điều dưỡng của ThS. Nguyễn Bích Lưu và CS Phòng Điều dưỡng- Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Bộ Y Tế.

Phụ lục 1:

Số vào viện:.....

PHIẾU THEO DÕI NGƯỜI BỆNH

Số: (.....)

- Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam: Nữ:

- Khoa:-Số buồng: – Số giường:

- Chẩn đoán:

Ngày/Giờ													
Đặc biệt chú ý	Mạch	Độ C											
	160	41 ⁰											
	140	40 ⁰											
	120	39 ⁰											
	100	38 ⁰											
	80	37 ⁰											
	60	36 ⁰											
	40	35 ⁰											
Cân nặng Kg													
Nhịp thở (Lần/phút)													
Huyết áp (mm/Hg)													
Lượng nước nhập ml													
.....													
ĐD thực hiện (ký và ghi tên)													

Họ và tên: Tuổi: Giới: Nam Nữ
 Khoa Trại: Giường
 Chẩn đoán:

Số ↳	Vấn đề NB/ Mục tiêu cần đạt	HÀNH ĐỘNG ĐIỀU DƯỠNG															
			S	C	Đ	S	C	Đ	S	C	Đ	S	C	Đ	S	C	Đ
Điều dưỡng ký tên:			S			S			S			S			S		
			C			C			C			C			C		
			Đ			Đ			Đ			Đ			Đ		

↳ :mục tiêu cần đạt S:sáng (từ 7h-15h) C:chiều (từ 15h-23h) Đ:đêm (từ 23h-7h).
 X↳ : bắt đầu thực hiện. ↳ tiếp tục thực hiện. 0 : không thực hiện.

Phụ lục 4:

SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐKTT

PHIẾU Y LỆNH ĐIỀU TRỊ (số ...)

Họ và tên: **NGUYỄN VĂN MINH** Tuổi: **51** Giới: Nam Nữ
 Khoa: **Nội TH** Trại: **B Lâu** Số buồng: **02** Số Giường: **01** Số VV: **1234/12**
 Chẩn đoán: **Loét dạ dày tá tràng**

Thuốc điều trị/ Ngày điều trị	2/1	3/1	4/1	5/1	6/1	7/1	
Omeprazole 20mg 1^V x 2 U	↔	→	→	→	→	→	
	8h Mỹ 20h Lan	8h Thu 20h Mỹ	8h Lan 20h Thu	8h Tâm 20h Lan	8h Mỹ 20h Lan	8h Thu 20h Mỹ	
Clarithromycine 250mg 1^V x 2 U	↔	→	→	X			
	8h Mỹ 20h Lan	8h Thu 20h Mỹ	8h Lan 20h Thu				
Vitamine C 500mg 1 ống x 2 TB			↔	→	10h BS		
			8h Lan 20h Thu	8h Tâm 20h Lan	8h Mỹ		
Vitamine C 500mg 1^V x 2 U					BS	→	
					20h Lan	8h Thu 20h Mỹ	
Bác sĩ điều trị	BS Phong	BS Phong	BS Phong	BS Tấn	BS Tấn	BS Tấn	Tên BS

Ký hiệu: ↔ : Bắt đầu dùng thuốc → : Tiếp tục dùng thuốc
 X : Ngưng dùng thuốc ✕ : Thay đổi y lệnh