

SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TRUNG TÂM AN GIANG

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập-Tự do-Hạnh phúc



ISO 9001: 2008
KHOA TRUYỀN NHIỄM

Biên soạn

Phê duyệt

Trưởng khoa

Giám đốc

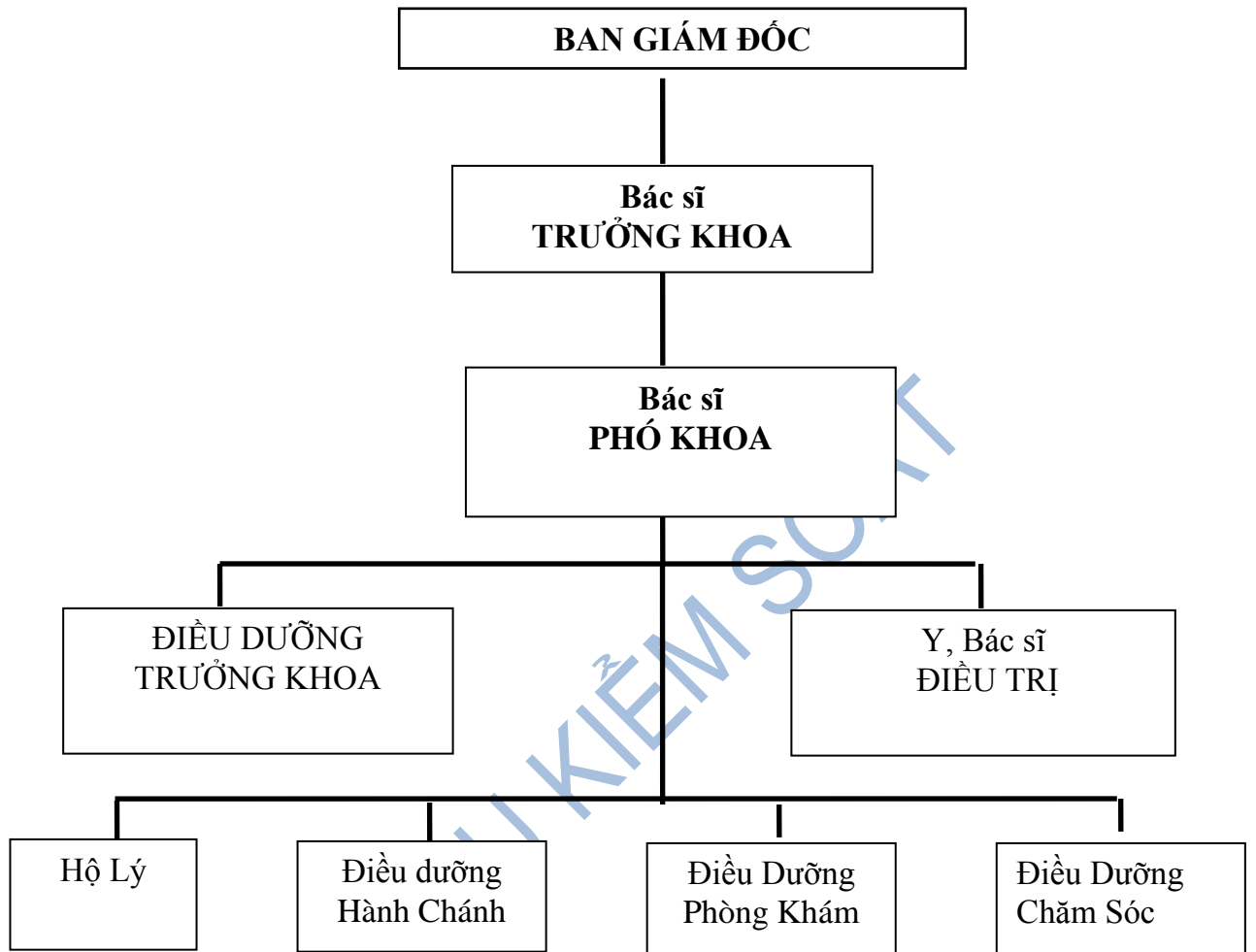
BS. NGUYỄN THỊ PHƯƠNG THẢO

TS.BS. NGUYỄN VĂN SÁCH

MỤC LỤC

	Trang
Phần I: Sơ đồ tổ chức khoa	3
Phần II: Quy chế khoa	
Quy chế công tác khoa	4
Quy định hoạt động khoa	6
Quy định đối với nhân viên	7
Phần III: Bảng mô tả công việc	8
Phần IV: Quy chế chuyên môn	
Quy chế sử dụng thuốc	18
Quy chế hội chẩn	21
Phần V: Phác đồ điều trị	
Điều trị sốt xuất huyết	23
Điều trị viêm gan siêu vi mạn	29
Điều trị thương hàn	31
Điều trị uốn ván	33
Phần VI: Quy trình:	
Quy trình chăm sóc bệnh nhân uốn ván	35
Quy trình tiếp nhận và cách ly người mắc hoặc nghi ngờ mắc cúm A (H5N1)	36
Phần VII: Mục tiêu chất lượng:	38
Mục tiêu chất lượng	
Bảng đánh giá mục tiêu chất lượng	
Phần VIII: Tài liệu	
Danh mục hồ sơ chất lượng	39
Danh mục tài liệu nội bộ	40
Danh mục tài liệu bên ngoài	41

SƠ ĐỒ TỔ CHỨC KHOA TRUYỀN NHIỄM



QUY CHẾ CÔNG TÁC KHOA TRUYỀN NHIỄM



I. Quy định chung:

1.1. Thực hiện quy chế công tác khoa Nội

1.2. Một số công tác đặc thù khoa Truyền Nhiễm:

1.2.1. Khoa phải bảo đảm các quy định về cách ly, chống lây chéo, có buồng bệnh khép kín và có lối đi cho bệnh vào khoa điều trị không đi qua các khoa khác.

1.2.2. Có đủ các điều kiện và phương tiện khử khuẩn đối với người bệnh và người tiếp xúc.

1.2.3. Chỉ đạo tuyến dưới và tham gia phòng chống dịch tại cơ sở.

II. Quy định cụ thể:

2.1. Tại buồng khám bệnh chuyên khoa Truyền nhiễm:

2.1.1. Các thành viên của buồng khám bệnh khoa Truyền nhiễm phải đặc biệt chú ý thực hiện đầy đủ quy chế khoa khám bệnh.

2.1.2. Một số công tác đặc thù khi khám chuyên khoa Truyền nhiễm:

- Trưởng khoa có trách nhiệm:

- Bảo đảm các điều kiện chống lây nhiễm ngay khi người bệnh đến khám bệnh
- Buồng cấp cứu riêng.
- Buồng khám theo nhóm bệnh.
- Nơi cọ rửa và cất giữ dụng cụ vệ sinh.

- Bác sĩ điều trị có trách nhiệm:

▪ Khai thác kỹ tiền sử bệnh Truyền nhiễm, yếu tố môi trường dịch tễ và kết hợp với các phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng.

▪ Khi phát hiện người bệnh mắc bệnh Truyền nhiễm có tính chất gây dịch phải báo cáo ngay Trưởng khoa, Trưởng phòng kế hoạch tổng hợp và Giám đốc bệnh viện để thông báo theo quy định.

- Y tá (điều dưỡng thực hiện):

- Tẩy uế và khử khuẩn các dụng cụ y tế và dụng cụ thông thường theo quy chế chống nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Xe, cáng vận chuyển người bệnh phải tẩy uế, khử khuẩn sau mỗi lần sử dụng.

2.2. Tại khoa điều trị:

2.2.1. Các thành viên trong khoa phải đặc biệt chú ý thực hiện quy chế công tác khoa nội.

2.2.2. Một số công tác đặc thù khoa Truyền nhiễm:

- Trưởng khoa Truyền nhiễm có trách nhiệm tổ chức:

▪ Khoa điều trị gồm các buồng nhỏ cho người bệnh theo từng nhóm bệnh, mỗi buồng có từ 1-4 giường, nhà vệ sinh khép kín.

▪ Có chậu rửa tay, vòi nước sạch, nước sát khuẩn, khăn tay dùng một lần và áo khoác ngoài.

- Người bệnh vào viện được vệ sinh cá nhân, mặc quần áo của bệnh viện có màu xanh lá cây; không được mang tư trang vào buồng bệnh.
- Từng nhóm bệnh có dụng cụ riêng, kim tiêm, bom tiêm, dây truyền dùng một lần.
- Các thành viên của khoa:
 - Được kiểm tra sức khỏe định kỳ theo quy định.
 - Được tiêm vaccin gây miễn dịch chủ động.
 - Có quần áo, mũ, khẩu trang, giày dép riêng khi làm việc trong khoa.
 - Có buồng vệ sinh, buồng tắm và buồng làm việc liên hoàn riêng biệt, có đủ nước nóng, phương tiện vệ sinh cho các thành viên để tẩy uế, khử khuẩn trước khi ra về.
- Bác sĩ điều trị có trách nhiệm:
 - Theo dõi sát mọi diễn biến của người bệnh trong từng giai đoạn tiến triển của bệnh.
 - Tiên lượng được các biến chứng của bệnh Truyền nhiễm, nhiễm virút để xử lý kịp thời cho người bệnh.
 - Sử dụng các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng phù hợp với từng giai đoạn bệnh lý để theo dõi sát mọi diễn biến của bệnh.
 - Khi người bệnh ra viện phải hướng dẫn tỉ mỉ người bệnh tự chăm sóc sức khỏe tại gia đình và tại cộng đồng.
 - Trường hợp người bệnh tử vong phải thực hiện đúng quy chế giải quyết người bệnh tử vong đối với người mắc bệnh Truyền nhiễm.
- Y tá (điều dưỡng) có trách nhiệm:
 - Phục vụ người bệnh tại giường và nhắc nhở người bệnh thực hiện mặc áo khoác ngoài khi ra khỏi buồng bệnh, khi tiếp xúc với người khác phải mang khẩu trang đối với người mắc bệnh Truyền nhiễm.
 - Nhắc nhở các thành viên trong khoa và hướng dẫn người bệnh tự giác thực hiện quy chế chống nhiễm khuẩn bệnh viện, bảo vệ bản thân và bảo vệ người xung quanh.
- Hộ lý thực hiện:
 - Hàng ngày lau sàn nhà bằng khăn lau ẩm có chất sát khuẩn theo quy định.
 - Cọ rửa, tẩy uế sát khuẩn buồng vệ sinh, thu gom chất thải theo quy chế xử lý chất thải.
 - Hàng tuần tổng vệ sinh toàn khoa.

QUY ĐỊNH HOẠT ĐỘNG KHOA TRUYỀN NHIỄM



1. Nhập viện phải thông qua Phòng khám và khoa Cấp cứu.
2. Một người bệnh chỉ được một người nuôi.
3. Không được đưa trẻ em vào khoa.
4. Không mang những vật sắc nhọn, dễ cháy và dễ nổ vào trong khoa.
5. Không được nấu ăn trong khoa.
6. Thân nhân không được tự ý thay đổi giường của người bệnh.
7. Uống thuốc đúng liều lượng theo chỉ dẫn của nhân viên khoa.
8. Giữ vệ sinh, trật tự trong phòng bệnh.
9. Thân nhân nuôi bệnh giúp đỡ lẫn nhau.
10. Khi nhân viên kiểm tra không chấp hành đúng mà đã nhắc nhở nhiều lần thì sẽ bị từ chối điều trị cả nội trú lẫn ngoại trú.

QUY ĐỊNH ĐỐI VỚI NHÂN VIÊN KHOA TRUYỀN NHIỄM



1. Phải chấp hành tốt chủ trương, chính sách, pháp luật Đảng, Nhà nước, nội quy và quy chế bệnh viện.
2. Rèn luyện giữ gìn y đức và tác phong giao tiếp.
3. Rèn luyện, học tập, trao dồi năng lực chuyên môn.
4. Đoàn kết, tương trợ trong công tác, đấu tranh tích cực với các biểu hiện trì trệ và sai phạm.
5. Sống lành mạnh, trung thực nêu gương và giáo dục bệnh nhân và người nhà để bảo vệ tốt sức khỏe người bệnh.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. BỘ PHẬN: Khoa Truyền nhiễm

2. CHỨC DANH: Bác sĩ

3. CHỨC VỤ: Trưởng khoa

4. CẤP BÁO CÁO: Ban Giám đốc Bệnh viện

5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa Truyền nhiễm

6. TRÁCH NHIỆM:

6.1. Căn cứ vào kế hoạch Bệnh viện đặt ra kế hoạch công tác của khoa và chỉ đạo thực hiện sau khi đã được Ban Giám đốc Bệnh viện thông qua.

6.2. Tổ chức lãnh đạo công tác chẩn đoán, điều trị trong khoa để phục vụ cho người bệnh chu đáo.

- Trực tiếp tham gia công tác điều trị, giải quyết những bệnh nặng, bệnh khó hay bệnh cấp cứu.

- Hàng ngày khám lại bệnh nặng, bệnh mới vào khoa nếu cần.

- Trong tuần khám lại tất cả bệnh nhân trong khoa một lần để xác định việc chẩn đoán của các bác sĩ, cho hướng điều trị, nếu cần.

- Sẵn sàng thăm khám những bệnh nhân nguy kịch, khó khăn hay những trường hợp cần thiết do bác sĩ thường trực mời.

6.3. Đóng góp ý kiến đối với những trường hợp bệnh điều trị ngoại trú như những bệnh khó hay bệnh đang theo dõi để cho hướng điều trị thích hợp.

- Thăm tra và quyết định các trường hợp bệnh tiến hành các thủ thuật chuyên khoa.

6.4. Thăm tra các bệnh án ra vào viện, xét duyệt hay quyết định cho bệnh nhân ra hoặc chuyển viện.

6.5. Quyết định hội chẩn trong khoa hay đề nghị hội chẩn toàn bệnh viện.

- Tự mình hoặc chỉ định Bác sĩ trong khoa đi hội chẩn ở các khoa khác trong Bệnh viện hay ngoại viện.

- Khi có trường hợp tử vong phải phân tích nguyên nhân, cho ý kiến, hướng dẫn kiểm thảo tử vong, nếu cần triệu tập kiểm thảo tử vong toàn khoa để rút kinh nghiệm học tập.

6.6. Thường xuyên nhận xét về hoạt động của khoa để có hướng chấn chỉnh trong công tác, cải tiến tổ chức, cải tiến kỹ thuật.

- Đôn đốc, theo dõi, kiểm tra việc sử dụng các loại thuốc độc, thuốc gây nghiện, đồ dùng trong cấp cứu và điều trị người bệnh.

6.7. Tổ chức thực hiện công tác chỉ đạo chuyên môn, chỉ đạo kỹ thuật cho tuyến dưới và có kế hoạch định kỳ đến thăm tuyến dưới để góp ý kiến về việc phòng bệnh và chữa bệnh.

- Tổ chức công tác huấn luyện, đào tạo nhân viên khoa để thành thạo công việc của khoa.

6.8. Đôn đốc nhân viên thực hiện đúng chức trách, quy tắc chuyên môn.

6.9. Thường xuyên giáo dục tinh thần thái độ phục vụ người bệnh cho tất cả nhân viên.

Thường xuyên tìm hiểu tình hình tư tưởng, tinh thần, thái độ công tác, năng lực, nghiệp vụ của nhân viên để kịp thời biểu dương và phê bình hay nêu ra ý kiến nhận xét, đề bạt, khen thưởng.

6.10. nắm được tình hình, tư tưởng của người bệnh và lắng nghe ý kiến của bệnh nhân để cải tiến công tác, chấn chỉnh tổ chức trong khoa.

6.11. Định kỳ phải báo cáo công tác hoạt động của khoa với Ban Giám đốc Bệnh viện, khi có những trường hợp bất thường hay quan trọng phải kịp thời báo cáo ngay để có chủ trương giải quyết.

6.12. Lập mục tiêu chất lượng và triển khai thực hiện cho bộ phận của mình.

6.13. Phân tích dữ liệu theo định kỳ, đôn đốc các nhân viên của mình thực hiện theo hệ thống ISO.

6.14. Giám sát, đôn đốc toàn thể nhân viên trong khoa thực hiện hệ thống chất lượng theo ISO 9001.2000 đã ban hành; xác định các hành động chưa phù hợp để đưa ra các cơ hội cải tiến, đáp ứng ổn định các yêu cầu của dịch vụ khám chữa bệnh và nâng cao sự thỏa mãn của người bệnh/khách hàng.

6.15. Thực hiện các nhiệm vụ khác do Ban Giám Đốc giao.

7. QUYỀN HẠN:

- Điều hành, quản lý công việc trong khoa.
- Tham mưu cho Ban Giám đốc Bệnh viện chỉ đạo các hoạt động trong khoa Truyền Nhiễm và tuyến dưới.
- Ủy quyền cho Phó khoa giải quyết công việc khi vắng mặt.

8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

8.1. Học vấn:

- Tốt nghiệp sau đại học (chuyên khoa I).
- Ngoại ngữ: chứng chỉ B.
- Tin học: thực hành được tin học văn phòng.
- Quản lý: tốt nghiệp lớp quản lý hành chính nhà nước.
- Chính trị: tốt nghiệp trung cấp chính trị.

8.2. Kinh nghiệm: 03 năm thực hành lâm sàng.

8.3. Kỹ năng:

- Truyền đạt, thuyết minh, thuyết phục.
- Lắng nghe, phân tích, ra quyết định.
- Điều hành, phân phối công việc.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. **BỘ PHẬN:** Khoa Truyền nhiễm
2. **CHỨC DANH:** Bác sĩ
3. **CHỨC VỤ:** Phó khoa
4. **CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** Khoa Truyền nhiễm
6. **TRÁCH NHIỆM:**

6.1. Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý quy chế chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị.

6.2. Đối với người bệnh vào viện thì phải khám ngay xác định chẩn đoán, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống, các xét nghiệm cần thiết trong 24 giờ phải hoàn thành hồ sơ bệnh án, những trường hợp cấp cứu nặng phải hoàn thành hồ sơ bệnh án ngay.

6.3. Khi BS Trưởng khoa khám bệnh, BS điều trị có trách nhiệm báo cáo đầy đủ diễn biến bệnh, quá trình điều trị, xin ý kiến hướng dẫn.

6.4. Hàng ngày phải khám từng người bệnh được phụ trách, cho y lệnh thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống. Buổi chiều phải khám lại một lần nữa, cho y lệnh bổ sung.

6.5. Thực hiện chế độ hội chẩn khoa, liên khoa theo quy định đối với các trường hợp:

- Bệnh nặng, nguy kịch
- Người bệnh đã được chẩn đoán, điều trị nhưng thuyên giảm chậm hay không thuyên giảm.

6.6. Thực hiện các thủ thuật do Trưởng khoa phân công, trước khi thực hiện phải khám lại bệnh nhân một lần nữa, ra y lệnh chuẩn bị thủ thuật.

6.7. Hàng ngày phải kiểm tra lại các chỉ định về thuốc, chế độ chăm sóc, xem lại các y lệnh về thuốc có còn phù hợp không. Kiểm tra vệ sinh của từng người bệnh, hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc.

6.8. Hàng ngày cuối giờ làm việc ghi sổ bàn giao cho BS trực những bệnh nặng cần theo dõi, y lệnh còn lại trong ngày (ghi nhận vào sổ theo dõi bệnh nặng).

6.9. Tham gia trực theo phân công của Trưởng khoa.

- Tham gia hội chẩn, kiểm thảo tử vong khi được yêu cầu. tổng kết bệnh án ra viện, chuyển khoa, chuyển viện theo quy chế bệnh viện.
- Hướng dẫn học viên thực tập theo sự phân công của Trưởng khoa.
- Thực hiện công tác nghiên cứu khoa học.
- Bản thân thực hiện tốt quy định về y đức.

6.10. Thực hiện nhiệm vụ do Trưởng khoa ủy quyền. Báo cáo đầy đủ công việc được giao.

7. QUYỀN HẠN:

7.1. Khám bệnh, chẩn đoán, kê đơn thuốc, ra y lệnh điều trị, chăm sóc người bệnh theo quy chế.

7.2. Ký đơn thuốc, phiếu lĩnh thuốc.

7.3. Quản lý điều hành công việc của khoa, theo sự phân công của Ban Giám Đốc, Trưởng khoa.

8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

8.1. Học vấn:

Tốt nghiệp sau đại học (chuyên khoa I).

8.2. Kinh nghiệm: 02 năm hoạt động trong ngành.

8.3. Kỹ năng khác:

- Ngoại ngữ: chứng chỉ B
- Tin học: thực hành được tin học văn phòng
- Quản lý: tốt nghiệp lớp quản lý hành chính nhà nước
- Chính trị: tốt nghiệp lớp trung cấp chính trị
- Kỹ năng lãnh đạo: truyền đạt.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. BỘ PHẬN: Khoa Truyền nhiễm

2. CHỨC DANH: Bác sĩ điều trị

3. CHỨC VỤ:

4. CẤP BÁO CÁO: Trưởng khoa

5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa Truyền nhiễm

6. TRÁCH NHIỆM:

6.1. Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý quy chế chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị.

6.2. Đối với người bệnh vào viện thì phải khám ngay xác định chẩn đoán, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống, các xét nghiệm cần thiết trong 24 giờ phải hoàn thành hồ sơ bệnh án, những trường hợp cấp cứu nặng phải hoàn thành hồ sơ bệnh án ngay.

6.3. Khi BS Trưởng khoa khám bệnh, BS điều trị có trách nhiệm báo cáo đầy đủ diễn biến bệnh, quá trình điều trị, xin ý kiến hướng dẫn.

6.4. Hàng ngày phải khám từng người bệnh được phụ trách, cho y lệnh thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống. Buổi chiều phải khám lại một lần nữa, cho y lệnh bổ sung.

6.5. Thực hiện chế độ hội chẩn khoa, liên khoa theo quy định đối với các trường hợp:

- Bệnh nặng, nguy kịch
- Người bệnh đã được chẩn đoán, điều trị nhưng thuyên giảm chậm hay không thuyên giảm.

6.6. Thực hiện các thủ thuật do Trưởng khoa phân công, trước khi thực hiện phải khám lại bệnh nhân một lần nữa, ra y lệnh chuẩn bị thủ thuật.

6.7. Hàng ngày phải kiểm tra lại các chỉ định về thuốc, chế độ chăm sóc, xem lại các y lệnh về thuốc có còn phù hợp không. Kiểm tra vệ sinh của từng người bệnh, hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc.

6.8. Hàng ngày cuối giờ làm việc ghi sổ bàn giao cho BS trực những bệnh nặng cần theo dõi, y lệnh còn lại trong ngày (ghi nhận vào sổ theo dõi bệnh nặng).

6.9. Tham gia trực theo phân công của Trưởng khoa.

▪ Tham gia hội chẩn, kiểm thảo tử vong khi được yêu cầu. tổng kết bệnh án ra viện, chuyển khoa, chuyển viện theo quy chế bệnh viện.

▪ Hướng dẫn học viên thực tập theo sự phân công của Trưởng khoa.

▪ Thực hiện công tác nghiên cứu khoa học.

▪ Bản thân thực hiện tốt quy định về y đức.

6.10. Thực hiện nhiệm vụ do Trưởng khoa ủy quyền. Báo cáo đầy đủ công việc được giao.

7. QUYỀN HẠN:

7.1. Khám bệnh, chẩn đoán, kê đơn thuốc, ra y lệnh điều trị, chăm sóc người bệnh theo quy chế.

7.2. Ký đơn thuốc, phiếu lĩnh thuốc.

8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

8.1. Có kỹ năng giao tiếp

8.2. Thực hiện một số thủ thuật cần thiết.

8.3. Lập kế hoạch và thực hiện chăm sóc người bệnh.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. **BỘ PHẬN:** Khoa Truyền nhiễm
2. **CHỨC DANH:** Điều dưỡng
3. **CHỨC VỤ:** Điều dưỡng Trưởng khoa
4. **CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** Khoa Truyền nhiễm
6. **TRÁCH NHIỆM:**

6.1. Chăm sóc người bệnh:

- Tiếp nhận người bệnh khi mới vào khoa, kiểm tra các thủ tục hành chính, giới thiệu nội quy khoa, phòng và của bệnh viện.
- Quan sát người bệnh về tình trạng bệnh để có kế hoạch phân công điều dưỡng, hộ lý theo dõi và chăm sóc.
- Thường xuyên đi buồng thăm bệnh để đánh giá sự tiến triển của người bệnh, đồng thời tìm hiểu những nhu cầu, nguyện vọng của người bệnh để giải quyết và đáp ứng kịp thời.
- Đi buồng bệnh thăm người bệnh cùng với Y, BS để nhận những nhu cầu về điều trị và phân công điều dưỡng thực hiện cho phù hợp.
- Chuẩn bị mọi phương tiện sẵn sàng cấp cứu người bệnh khi cần. hướng dẫn cho các điều dưỡng về các kỹ thuật chăm sóc hay các kỹ thuật cấp cứu đối với các trường hợp bệnh nhân nặng.
- Hàng ngày kiểm tra, dọn dẹp các điều dưỡng, hộ lý giữ buồng bệnh được sạch sẽ, trật tự trong khoa.
- Đóng góp ý kiến khi các Y, BS cho cho y lệnh không phù hợp với bệnh lý để xử trí kịp thời.

6.2. Công tác quản lý và điều hành nhân sự:

- Phân công và điều phối công việc hợp lý cho nhân viên phù hợp với năng lực từng người.
- Lập bảng trực hàng tháng cho nhân viên.
- Lập kế hoạch nghỉ phép năm và kế hoạch nghỉ bù hợp lý cho nhân viên.
- Hàng tháng tổng hợp bảng chấm công như chấm ngày công để nộp phòng tổ chức.
- Kiểm tra sự hoàn thành nhiệm vụ, kỷ luật lao động đối với nhân viên khoa để biểu dương, đề bạt hay nhắc nhở.

6.3. Công tác quản lý hành chính:

- Chịu trách nhiệm chung về mọi mặt công tác, giấy tờ, sổ sách, báo cáo, thống kê và lưu trữ trong khoa.
- Kiểm tra các thủ tục cho bệnh nhân vào viện, chuyển viện, ra viện, bệnh nhân tử vong và hướng dẫn thân nhân người bệnh hoặc người bệnh các thủ tục hành chính khi cần.

- Phổ biến cho nhân viên các thông báo, chỉ thị của các cấp lãnh đạo.
- Giải thích cho người bệnh hay gia đình người bệnh các quy định của khoa và bệnh viện.
- Thường xuyên liên lạc với phòng điều dưỡng hay tham gia họp do phòng điều dưỡng tổ chức để trao đổi những công việc cần thiết cho việc chăm sóc, phục vụ người bệnh.

6.4. Công tác quản lý tài sản, vật tư khoa:

- Chịu trách nhiệm tất cả các tài sản, vật dụng trong khoa.
- Lập những yêu cầu về trang thiết bị y tế, văn phòng phẩm... phục vụ cho công tác chăm sóc người bệnh.
- Lập những yêu cầu sửa chữa hoặc bảo quản các trang thiết bị trong khoa.
- Giám sát việc sử dụng, bảo quản, giữ gìn các trang thiết bị y tế và phương tiện phục vụ trong khoa.
- Lập bảng theo dõi tài sản hàng năm và báo cáo phòng vật tư xử lý những vật dụng hay trang thiết bị y tế.
- Kiểm soát việc sử dụng tiết kiệm các mặt hàng tiêu dùng cũng như điện nước.

6.5. Công tác huấn luyện:

- Hướng dẫn và huấn luyện điều dưỡng, hộ lý thành thạo và biết được các kỹ thuật chăm sóc người bệnh trong khoa.
- Hướng dẫn nhân viên thực hiện các kỹ thuật chăm sóc phức tạp, cũng như áp dụng những cải tiến mới trong lĩnh vực điều trị và chăm sóc người bệnh.

7. QUYỀN HẠN:

- 7.1. Phân công điều dưỡng và hộ lý đáp ứng các yêu cầu công việc của khoa.
- 7.2. Kiểm tra điều dưỡng và hộ lý thực hiện chăm sóc người bệnh và thực hiện đúng những quy trình và quy chế bệnh viện.

8. NĂNG LỰC TỐI THIỂU:

- 8.1. Nắm vững những quy chế quản lý.
- 8.2. Quy trình tiếp xúc tâm lý người bệnh.
- 8.3. Thành thạo các thủ thuật chuyên khoa.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. **BỘ PHẬN:** Khoa Truyền nhiễm
2. **CHỨC DANH:** Điều dưỡng hành chánh
3. **CHỨC VỤ:**
4. **CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** Khoa Truyền nhiễm
6. **TRÁCH NHIỆM:**

6.1. Hành chánh khoa:

- Ghi nhận, cập nhật sổ đăng ký người bệnh vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện, tử vong.
- Chuyển bệnh án đã được Trưởng khoa duyệt của người bệnh ra viện, tử vong đến phòng lưu trữ.
- Bảo quản bệnh án, ấn chỉ và tài liệu của khoa.
- Lãnh dụng cụ y tế, văn phòng phẩm.
- Thay thế khi Điều dưỡng trưởng khoa vắng mặt.

6.2. Hành chánh Dược:

- Quản lý thuốc dùng hàng ngày cho bệnh nhân trong khoa.
- Tổng hợp thuốc dùng hàng ngày theo y lệnh và viết phiếu lãnh thuốc để trình Trưởng khoa duyệt.
- Lãnh thuốc và bàn giao thuốc hàng ngày để điều dưỡng chăm sóc thực hiện cho từng người bệnh theo y lệnh.
- Kiểm tra sử dụng thuốc trực hàng ngày và bổ sung thuốc trực theo cơ số quy định.
- Thu hồi thuốc thừa để trả lại khoa dược theo quy chế sử dụng thuốc.
- Tổng hợp thuốc đã dùng cho mỗi người bệnh trước khi ra viện.
- Tham gia trực và chăm sóc người bệnh (như điều dưỡng chăm sóc) khi khoa cần.

7. NĂNG LỰC TỐI THIỂU:

- 7.1. Như điều dưỡng chăm sóc.
- 7.2. Biết sử dụng vi tính.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. BỘ PHẬN: Khoa Truyền nhiễm

2. CHỨC DANH: Điều dưỡng

3. CHỨC VỤ:

4. CẤP BÁO CÁO: Trưởng khoa

5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa Truyền nhiễm

6. TRÁCH NHIỆM:

- Công tác chuẩn bị bệnh nhân chu đáo, phụ giúp Y, BS khám bệnh mỗi buổi sáng.
- Có nhiệm vụ ghi nhận sinh hiệu, các biểu hiện lâm sàng trong ngày (thường trong thời gian chăm sóc người bệnh) ghi nhận vào phiếu theo dõi và chăm sóc, báo cáo đến Y, BS trực.
- Điều dưỡng nghiêm chỉnh thực hiện đầy đủ y lệnh của thầy thuốc và có quyền tạm ngưng y lệnh khi phát hiện bệnh nhân có diễn biến bất thường. Phải báo cáo ngay đến Y, BS trực xin ý kiến.
- Điều dưỡng phải hướng dẫn thân nhân người bệnh biết cách chăm sóc (vệ sinh cơ thể, ăn uống, xoay trở...) cho từng bệnh cụ thể. Điều dưỡng phải biết ghi nhận thông tin từ người nhà trong quá trình nuôi bệnh nhằm ghi nhận thêm triệu chứng, hội chứng.
- Bảo quản tài sản, thuốc, dụng cụ y tế, trật tự và vệ sinh buồng bệnh, buồng trực trong phạm vi được phân công.
- Tham gia nghiên cứu khoa học và hướng dẫn học viên khi được điều dưỡng trưởng phân công.
- Tham gia trực gác theo sự phân công.
- Động viên người bệnh an tâm điều trị. Bản thân phải thực hiện tốt quy định và y đức.
- Thường xuyên học tập, cập nhật kiến thức.

7. NĂNG LỰC TỐI THIỂU:

- Nắm vững các quy trình chăm sóc người bệnh.
- Biết được một số thủ thuật chuyên khoa.
- Nắm vững các quy trình sơ cứu, cấp cứu của khoa.
- Có kỹ năng giao tiếp.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. **BỘ PHẬN:** Khoa Truyền nhiễm

2. **CHỨC DANH:** Hộ lý

3. **CHỨC VỤ:**

4. **CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa

5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** Khoa Truyền nhiễm

6. **TRÁCH NHIỆM:**

▪ Thực hiện vệ sinh, sạch đẹp, ngăn nắp, trật tự trong các buồng bệnh, buồng thủ thuật, buồng tắm, buồng vệ sinh, hành lang, cầu thang, buồng làm việc của khoa theo quy chế quản lý buồng bệnh và quy chế chống nhiễm khuẩn của bệnh viện.

- Phục vụ người bệnh.
- Thay, đổi đồ vải của người bệnh theo quy định.
- Đồ chất thải của người bệnh.
- Cọ rửa và tiệt khuẩn dụng cụ đựng chất thải của người bệnh, đảm bảo luôn khô, sạch.
- Phụ điều dưỡng trong lúc chăm sóc người bệnh toàn diện:
- Hỗ trợ người bệnh vệ sinh thân thể.
- Vận chuyển người bệnh.
- Vận chuyển phương tiện và trang thiết bị phục vụ người bệnh và sửa chữa thiết bị hỏng.

- Thu gom, quản lý chất thải trong khoa:
- Đặt các thùng rác tại các vị trí quy định của khoa (có túi lót nilon ở trong).
- Tập trung, phân loại rác từ các buồng bệnh, buồng thủ thuật vào thùng rác chung của khoa.

- Thu gom và bỏ rác vào thùng không để rác rơi vãi ra ngoài.
- Cọ rửa thùng rác hàng ngày.
- Bảo quản tài sản trong phạm vi được phân công
- Thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn khác theo sự phân công của điều dưỡng Trưởng khoa.

7. **NĂNG LỰC TỐI THIỂU:**

- Nắm vững các quy trình xử lý chất thải.
- Nắm vững quy trình chống nhiễm khuẩn.

QUY CHẾ SỬ DỤNG THUỐC

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Sử dụng thuốc cho người bệnh phải bảo đảm an toàn, hợp lý, hiệu quả và kinh tế.
2. Thuốc phải được bảo đảm đến cơ thể người bệnh.
3. Phải thực hiện đúng các quy định về bảo quản, cấp phát, sử dụng và thanh toán tài chính.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

2.1. Chỉ định sử dụng và đường dùng thuốc cho người bệnh:

Bác sĩ được quyền và chịu trách nhiệm ra y lệnh sử dụng thuốc và phải thực hiện các quy định sau:

2.1.1. Y lệnh dùng thuốc phải ghi đầy đủ, rõ ràng vào hồ sơ bệnh án gồm: tên thuốc, hàm lượng, liều dùng, đường dùng và thời gian dùng.

2.1.2. Thuốc được sử dụng phải:

- Phù hợp với chẩn đoán bệnh, kết quả lâm sàng.
- Phù hợp với độ tuổi, cân nặng, tình trạng và cơ địa người bệnh.
- Dựa vào hướng dẫn thực hành điều trị, bảo đảm liệu trình điều trị.
- Chỉ sử dụng thuốc khi thật sự cần thiết, đúng mục đích, có kết quả nhất và ít tốn kém.

2.1.3. Khi thay đổi thuốc phải phù hợp với diễn biến của bệnh. Không sử dụng đồng thời các thuốc tương kỵ, các loại thuốc tương tác bất lợi và các thuốc có cùng tác dụng trong một thời điểm.

2.1.4. Chỉ định sử dụng thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện phải theo đúng quy chế thuốc độc.

2.1.5. Phải giáo dục, giải thích cho người bệnh tự giác chấp hành đúng y lệnh của bác sĩ điều trị.

2.1.6. Nghiêm cấm chỉ định sử dụng những thuốc có hại đến sức khỏe đã được thông báo hoặc khuyến cáo.

2.1.7. Bác sĩ điều trị căn cứ vào tình trạng người bệnh, mức độ bệnh lý và tính chất dược lý của thuốc mà ra y lệnh đường dùng thuốc thích hợp:

- Đường dưới lưỡi, với những thuốc cần tác dụng nhanh.
- Đường uống, với những thuốc không bị dịch vị và men tiêu hóa phá hủy.
- Đường da, niêm mạc với những thuốc thấm qua da, niêm mạc, thuốc nhỏ mắt, nhỏ mũi.
- Đường trực tràng, âm đạo với những thuốc đặt, đạn, trứng.
- Đường tiêm với những thuốc tiêm trong da, tiêm dưới da, tiêm bắp thịt, tiêm mạch máu, truyền tĩnh mạch.

2.1.8. Chỉ định đường tiêm khi:

- Người bệnh không uống được.
- Cần tác dụng nhanh của thuốc.
- Thuốc dùng đường tiêm.

2.1.9. Khi tiêm vào mạch máu phải có mặt của bác sĩ điều trị. Truyền máu phải do bác sĩ, điều dưỡng có kinh nghiệm thực hiện và bác sĩ điều trị chịu trách nhiệm về an toàn truyền máu.

2.1.10. Dung môi pha chế thuốc đã chọn kim, chỉ được dùng trong ngày, nước cất làm dung môi phải có loại chai riêng, không dùng dung dịch mặn, ngọt đẳng trương làm dung môi pha thuốc.

2.1.11. Nghiêm cấm việc ra y lệnh tiêm mạch máu các thuốc chức dung môi dầu, nhũ tương và các chất làm tan máu.

2.2. Lĩnh thuốc và phát thuốc:

2.2.1. Điều dưỡng trưởng khoa, điều dưỡng hành chính khoa có nhiệm vụ tổng hợp thuốc và thực hiện các quy định sau:

- Tổng hợp thuốc phải đúng y lệnh.
- Phiếu lĩnh thuốc phải viết rõ ràng, không viết tắt và phải được Trưởng khoa ký duyệt.
- Thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện phải có phiếu lĩnh thuốc, đơn thuốc riêng theo quy chế thuốc độc.

2.2.2. Điều dưỡng hành chính khoa có nhiệm vụ lĩnh thuốc và thực hiện các quy định sau:

- Phải có phiếu lĩnh thuốc đúng theo mẫu quy định.
- Nhận thuốc phải kiểm tra chất lượng, hàm lượng, số lượng, đối chiếu với phiếu lĩnh thuốc và ký xác nhận đủ vào phiếu lĩnh.
- Lĩnh xong phải mang thuốc về ngay khoa điều trị và bàn giao cho điều dưỡng chăm sóc, để thực hiện theo y lệnh.

2.3. Bảo quản thuốc:

2.3.1. Thuốc lĩnh về khoa phải:

- Sử dụng hết trong ngày theo y lệnh, trừ ngày thứ bảy, chủ nhật và ngày nghỉ.
- Bảo quản thuốc tại khoa, trong tủ thường trực theo đúng quy định.
- Trong tuần trả lại khoa Dược những thuốc dư ra do thay đổi y lệnh, người bệnh ra viện, chuyển viện hoặc tử vong; phiếu trả thuốc phải có xác nhận của Trưởng khoa điều trị.

2.3.2. Nghiêm cấm việc cho cá nhân vay mượn và đổi thuốc.

2.3.3. Mất thuốc, hỏng thuốc do bất cứ nguyên nhân nào đều phải lập biên bản, vào sổ theo dõi chất lượng thuốc, quy trách nhiệm và xử lý theo chế độ bồi thường vật chất, do Giám đốc bệnh viện quyết định.

2.4. Theo dõi người bệnh sau khi dùng thuốc:

2.4.1. Bác sĩ điều trị có trách nhiệm theo dõi tác dụng và xử lý kịp thời các tai biến sớm và muộn do dùng thuốc.

2.4.2. Điều dưỡng chăm sóc có trách nhiệm ghi chép đầy đủ các diễn biến lâm sàng của người bệnh vào hồ sơ bệnh án, phát hiện kịp thời các tai biến và khẩn cấp báo cáo bác sĩ điều trị.

2.4.3. Phải đặc biệt chú ý các phản ứng quá mẫn, choáng phản vệ do thuốc diễn biến xấu hoặc tử vong.

2.5. Chống nhầm lẫn thuốc:

2.5.1. Bác sĩ điều trị kê đơn, ra y lệnh điều trị và thực hiện:

- Phải viết đầy đủ và rõ ràng tên thuốc, dùng chữ Việt Nam, chữ La tinh hoặc tên biệt dược.

- Phải ghi y lệnh dùng thuốc theo trình tự thuốc tiêm, thuốc viên, thuốc nước tiếp đến các phương pháp điều trị khác.

- Dùng thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, kháng sinh phải đánh số theo dõi ngày dùng, liều dùng, tổng liều.

2.5.2. Điều dưỡng chăm sóc phải đảm bảo thuốc đến cơ thể người bệnh an toàn và thực hiện các quy định sau:

- Phải công khai thuốc được dùng hàng ngày cho từng người bệnh.
- Phải có sổ thuốc điều trị, mỗi khi đã thực hiện xong phải đánh dấu vào sổ.
- Phải có khay thuốc, lọ đựng thuốc uống sáng, chiều và tối cho từng người bệnh.
- Khi gặp thuốc mới hoặc y lệnh sử dụng thuốc quá liều quy định phải thận trọng, hỏi lại bác sĩ điều trị.

- Trước khi tiêm thuốc, cho người bệnh uống thuốc phải thực hiện:

+ 3 kiểm tra:

- Họ tên người bệnh.
- Tên thuốc.
- Liều dùng.

+ 5 đối chiếu:

- Số giường.
- Nhãn thuốc.
- Đường dùng.
- Chất lượng thuốc.
- Thời gian dùng thuốc.

- Phải bàn giao thuốc còn lại của người bệnh cho kíp thường trực sau.

- Khoa điều trị phải có sổ theo dõi tai biến do thuốc.

- Nghiêm cấm việc tự ý thay đổi thuốc và việc tự ý trộn lẫn các thuốc để tiêm.

QUY CHẾ HỘI CHẨN

I. KHI CẦN HỘI CHẨN:

- 1.1. Các trường hợp khó chẩn đoán xác định nguyên nhân bệnh.
- 1.2. Các trường hợp người bệnh cấp cứu.
- 1.3. Các trường hợp người bệnh có chỉ định làm các thủ thuật.
- 1.4. Các trường hợp người bệnh đã được chẩn đoán xác định, sau 3 ngày điều trị trong khoa không biến chuyển bác sĩ điều trị có trách nhiệm mời bác sĩ Trưởng khoa thăm khám lại người bệnh và cho ý kiến hướng dẫn điều trị tiếp.

II. HÌNH THỨC HỘI CHẨN:

2.1. Hội chẩn khoa: Khi việc chẩn đoán xác định nguyên nhân bệnh chưa được rõ ràng, tiên lượng còn dè dặt.

- Người đề xuất: y, bác sĩ điều trị người bệnh.
- Người chủ trì: bác sĩ Trưởng khoa.
- Thành phần tham dự: các y, bác sĩ điều trị trong khoa, điều dưỡng Trưởng khoa.
- Thư ký: do Trưởng khoa chỉ định.

2.2. Hội chẩn liên khoa: Khi người bệnh mắc thêm một bệnh thuộc chuyên khoa khác.

- Người đề xuất: y, bác sĩ điều trị người bệnh đề nghị và Trưởng khoa đồng ý.
- Người chủ trì: bác sĩ Trưởng khoa có người bệnh.
- Thành phần tham dự:
 - Các y, bác sĩ điều trị và điều dưỡng Trưởng khoa.
 - Bác sĩ Trưởng khoa có liên quan và mời chuyên gia.
 - Thư ký do Trưởng khoa có người bệnh chỉ định.

2.3. Hội chẩn toàn bệnh viện: Khi người bệnh mắc bệnh nặng liên quan đến nhiều chuyên khoa khó chẩn đoán và điều trị chưa có hiệu quả.

- Người đề xuất: bác sĩ Trưởng khoa có người bệnh.
- Người chủ trì: Giám đốc bệnh viện.
- Thành phần tham dự: các bác sĩ Trưởng khoa, Phó trưởng khoa, Trưởng phòng điều dưỡng, điều dưỡng Trưởng khoa có liên quan và các chuyên gia.
- Thư ký: Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp.

III. TRÌNH TỰ VÀ NỘI DUNG HỘI CHẨN:

3.1. Y, bác sĩ điều trị có trách nhiệm:

- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, các kết quả cận lâm sàng, các phương tiện thăm khám người bệnh.

- Chuẩn bị người bệnh, thông báo thời gian và nội dung hội chẩn. Tùy tình trạng người bệnh mà tổ chức hội chẩn tại giường hoặc tại buồng riêng cho phù hợp.

3.2. Người được mời tham gia hội chẩn phải có trình độ chuyên môn tốt, có tinh thần trách nhiệm, trường hợp mời đích danh mà không tham gia được phải cử người có trình độ tương đương đi thay; phải được nghiên cứu jở sơ bệnh án và thăm khám người bệnh trước.

3.3. Người chủ trì hội chẩn có trách nhiệm:

- Giới thiệu thành phần người tham dự, báo cáo tóm tắt quá trình điều trị, chăm sóc và yêu cầu hội chẩn.

- Kết luận rõ ràng từng vấn đề để ghi biên bản. Khi kết thúc phải đọc lại thông qua biên bản hội chẩn và từng thành viên ký, ghi rõ họ tên và chức danh.

3.4. Thư ký có trách nhiệm:

- Ghi chép đầy đủ các ý kiến của từng người vào sổ biên bản.

- Căn cứ vào kết luận ghi trong sổ biên bản hội chẩn, trích lập phiếu “biên bản hội chẩn” đính vào hồ sơ bệnh án; phiếu biên bản hội chẩn này do thư ký và người chủ trì ký, ghi rõ họ tên và chức danh.

3.5. Trường hợp có ý kiến chưa thống nhất thư ký phải ghi lại và báo cáo Giám đốc bệnh viện giải quyết.

3.6. Hội chẩn cấp cứu phải được thực hiện ngay trong giờ hành chính cũng như trong phiên thường trực, tùy tình trạng bệnh mà có hình thức hội chẩn thích hợp.

3.7. Khi người bệnh có chỉ định phẫu thuật phải được hội chẩn để xác định. Hội chẩn phải có đầy đủ các phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ điều trị khoa ngoại và điều dưỡng Trưởng khoa ngoại và điều dưỡng Trưởng khoa phẫu thuật gây mê hồi sức.

3.8. Nghiêm cấm các trường hợp: tiến hành phẫu thuật mà không hội chẩn.

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SỐT DENGUE VÀ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE (Đối với người bệnh ≥ 15 tuổi)

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Sốt Dengue:

- Lâm sàng:

- Sốt: khởi phát đột ngột, cao, liên tục kéo dài từ 2-7 ngày.
- Biểu hiện xuất huyết: dấu hiệu dây thắt dương tính; xuất huyết tự nhiên ở da

hoặc niêm mạc.

- Cận lâm sàng:

- Haematocrit (Hct) bình thường (không có biểu hiện cô đặc máu).
- Số lượng tiểu cầu bình thường.
- Số lượng bạch cầu thường giảm.

1.1.2. Sốt xuất huyết Dengue:

- Lâm sàng:

- Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày.
- Biểu hiện xuất huyết: dấu hiệu dây thắt dương tính; xuất huyết tự nhiên ở da

hoặc niêm mạc (chảy máu mũi, lợi, đôi khi xuất huyết ở kết mạc, tiểu ra máu, kinh nguyệt kéo dài hoặc xuất hiện sớm hơn chu kỳ kinh. Xuất huyết nội tạng như: xuất huyết tiêu hóa, phổi, não, ... là biểu hiện nặng.

▪ Gan to.

▪ Có dấu hiệu suy tuần hoàn: mạch nhanh nhẹ, huyết áp thấp hoặc kẹt hoặc sốc sâu mạch=0, huyết áp=0.

- Phân độ lâm sàng của sốt xuất huyết Dengue:

- Độ I: sốt đột ngột, kéo dài từ 2-7 ngày; dấu hiệu dây thắt dương tính.
- Độ II: triệu chứng như độ I kèm xuất huyết tự nhiên dưới da hoặc niêm mạc.
- Độ III: có dấu hiệu suy tuần hoàn, mạch nhanh nhò, huyết áp thấp hoặc kẹt;

kèm theo các triệu chứng như da lạnh, ẩm, bứt rứt hoặc vật vã hoặc li bì.

▪ Độ IV: sốc sâu, mạch nhỏ khó bắt, huyết áp không đo được (HA=0).

- *Cận lâm sàng:*

▪ Biểu hiện cô đặc máu do sự thất thoát huyết tương: Hct tăng $\geq 20\%$ so với giá trị bình thường (bình thường từ 36-40%) hoặc bằng chứng thất thoát huyết tương: Protein máu giảm, tràn dịch màng bụng, màng phổi.

▪ Số lượng tiểu cầu giảm ≤ 100.000 tế bào/mm³.

▪ Số lượng bạch cầu giảm

1.2. Chẩn đoán xác định sốt Dengue và SXH Dengue:

- Huyết thanh chẩn đoán:

▪ Mac ELISA: tìm kháng thể IgM.

▪ Phản ứng ức chế ngưng kết hồng cầu (HI).

- Phân lập virut.

II. ĐIỀU TRỊ:

2.2. Sốt Dengue và SXH Dengue độ I và II phần lớn các trường hợp được điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm sốc xảy ra để xử trí kịp thời.

- Điều trị triệu chứng sốt, khi $T^{\circ} \geq 39^{\circ}\text{C}$:

▪ Lau mát, không được chườm đá.

▪ Paracetamol: liều 10-15mg/kg/lần x mỗi 4-6 giờ, tổng liều không quá 60mg/kg/24 giờ.

▪ Cấm dùng: Aspirin (Acetyl salicylic acid), Analgin, Ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.

- Bù dịch sớm bằng đường uống: khuyến khích người bệnh uống nhiều nước Oresol hoặc nước sôi để nguội, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh,...) hoặc nước cháo loãng với muối.

- Truyền dịch:

▪ Chỉ định: truyền dịch ở SXH độ I, II khi người bệnh không uống được, nôn ói nhiều, có dấu mất nước, lờ đờ, Hct tăng cao, số lượng tiểu cầu giảm.

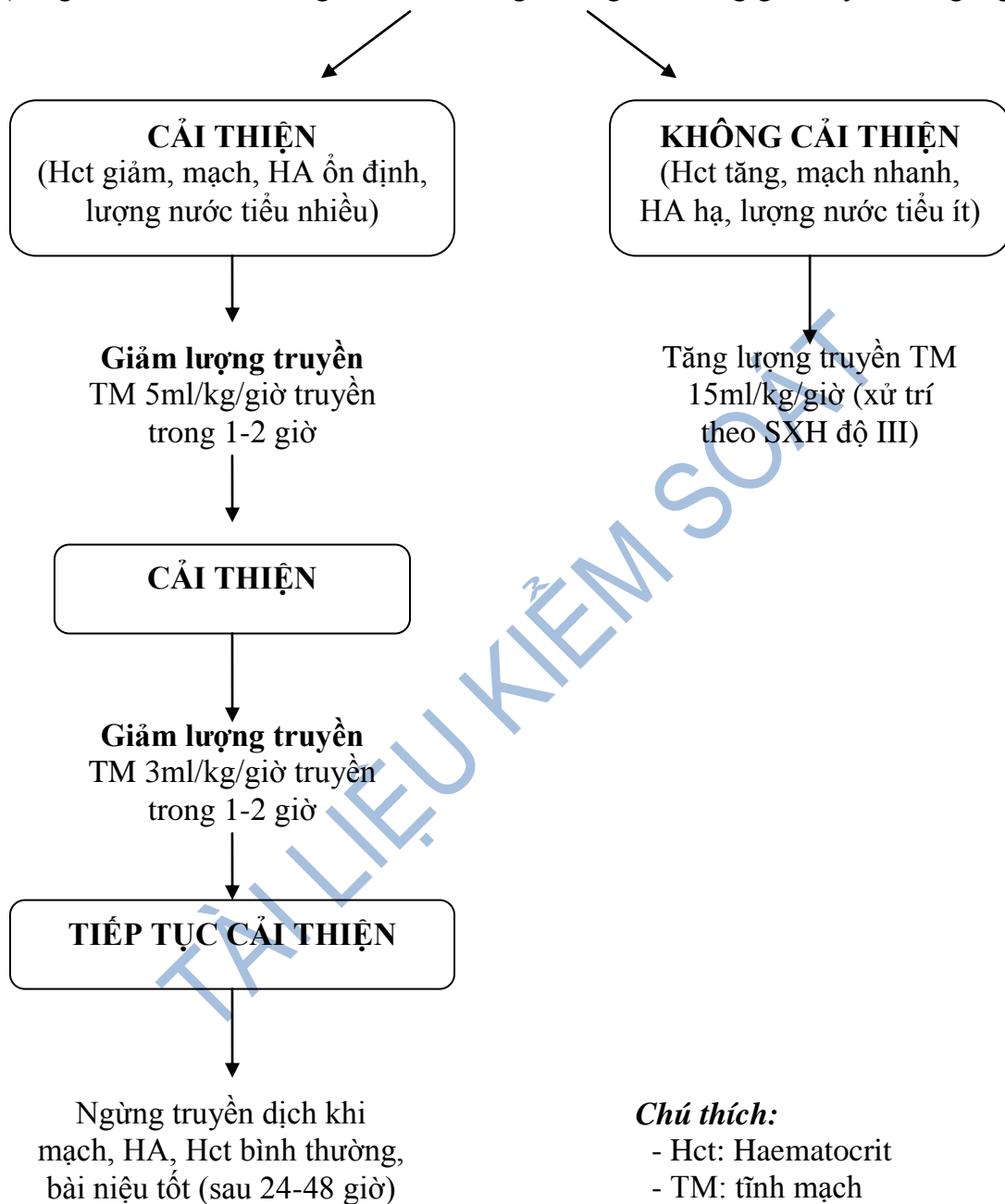
▪ Loại dịch: Ringer lactate, NaCl 0.9% hoặc dung dịch mặn đẳng trương đã được pha sẵn.

▪ Cách thức truyền: theo sơ đồ truyền dịch trong SXH độ I và II

SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE ĐỘ I, II

Khi người bệnh không uống được truyền tĩnh mạch ban đầu

(Ringer lactate hoặc dung dịch mặn đẳng trương 6-7ml/kg/giờ truyền trong 1 giờ)



2.2. SXH Dengue độ III, IV:

- Loại dịch truyền:

- Ringer lactate.
- NaCl 0.9%;
- Dung dịch cao phân tử: Dextran 40 hoặc 70, Gelatin, Plasma,....

- Cách thức truyền:

▪ Dùng Ringer lactate hoặc NaCl 0.9% truyền tĩnh mạch với tốc độ 15ml/kg/giờ.
+ Nếu sau 1 giờ người bệnh ra khỏi tình trạng sốc (HA hết kẹt, mạch quay rõ và trở về bình thường, chân tay ấm, nước tiểu nhiều hơn) thì giảm tốc độ truyền xuống 10ml/kg/giờ, truyền trong 1 giờ; sau đó giảm dần tốc độ 6ml/kg/giờ, truyền trong 2 giờ đến 3ml/kg/giờ, truyền trong 1-8 giờ đến 1,5ml/kg/giờ truyền trong 1-12 giờ tùy theo đáp ứng lâm sàng.

+ Nếu sau 1 giờ truyền dịch mà tình trạng sốc không cải thiện (HA vẫn hạ kẹt, mạch nhanh, tiểu vẫn ít) thì phải thay thế dịch truyền bằng dung dịch cao phân tử. Truyền với tốc độ 10ml/kg/giờ, truyền trong 1 giờ.

◇ Nếu sau 1 giờ người bệnh ra khỏi tình trạng sốc thì chuyển sang dung dịch điện giải với tốc độ 6ml/kg/giờ, truyền trong 2 giờ; đến 3ml/kg/giờ (tiếp tục như sơ đồ 2).

◇ Nếu sau 1 giờ truyền cao phân tử (hoặc sau Ringer lactate lần 1, 2 hoặc 3) mà tình trạng sốc không cải thiện thì dùng tiếp cao phân tử lần 2 với tốc độ 10ml/kg/giờ, truyền trong 1 giờ và đo CVP, đo Hct hoặc lượng nước tiểu.

Xử trí dựa theo CVP:

(1) CVP thấp:

▪ Nếu Hct thấp, mạch nhanh, chi lạnh, HA kẹt
→ Truyền máu (Hct \geq 35%, có hoặc chưa biểu hiện xuất huyết ở ạt trên lâm sàng.

▪ Nếu Hct cao, mạch nhanh, chi lạnh, HA kẹt
→ Truyền hết cao phân tử lần 2 → đánh giá lại → bù Ringer lactate theo CVP, Hct và sinh hiệu → chuyển duy trì.

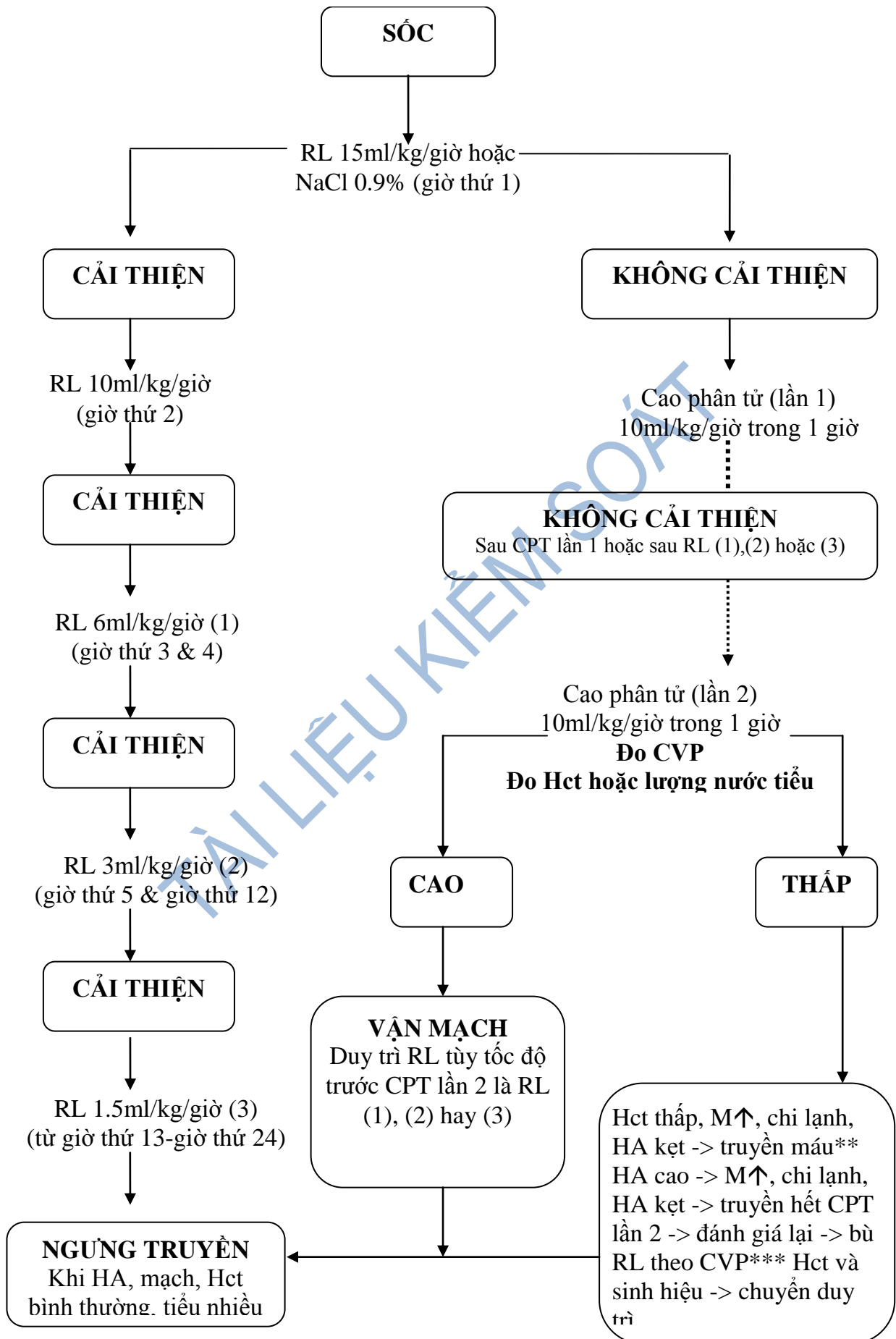
(2) CVP cao:

▪ Vận mạch.
▪ Duy trì Ringer lactate tùy tốc độ trước cao phân tử lần 2 là Ringer lactate (1), (2) hay (3) → ngưng truyền.

▪ Cần theo dõi sát các truyền hợp sốc: đo mạch, huyết áp, nhịp thở 30phút/lần cho đến khi ra khỏi sốc. Theo dõi Hct 2 giờ một lần trong 6 giờ đầu sau đó 4 giờ một lần cho đến khi ổn định. Theo dõi lượng nước tiểu.

▪ Tất cả các người bệnh sốc cần được thở oxy.

**SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE ĐỘ III, IV
(> 15 TUỔI)**



III. TIÊU CHUẨN CHO NGƯỜI BỆNH XUẤT VIỆN:

- Hết sốt 2 ngày, tỉnh táo.
- Ăn ngon miệng.
- Tiểu nhiều.
- Mạch, huyết áp bình thường.
- Haematocrit bình thường.
- Số lượng tiểu cầu bình thường.
- Hết tràn dịch màng bụng, màng phổi.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

VIÊM GAN SIÊU VI MẠN



I. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VGSV B MẠN TÍNH:

1.1. Chẩn đoán

- Dịch tể: giống như VGSV cấp.
- Lâm sàng: chán ăn, mệt mỏi, đau nhức hạ sườn phải hoặc không triệu chứng.
- Cận lâm sàng:
 - AST, ALT gia tăng và kéo dài > 6 tháng
 - HBsAg (+) và kéo dài > 6 tháng
 - IgM anti – HBc (-)
 - Sinh thiết gan : rất cần thiết nhưng chúng ta chưa có điều kiện thực hiện.

1.2. Điều trị

- Chỉ định điều trị đặc hiệu: Cần đủ 2 tiêu chuẩn sau
 - Bệnh VGSV mạn đang tiến triển với ALT (SGPT) > 2 lần trị số cao nhất của giới hạn bình thường.
 - Siêu vi đang tăng sinh được xác định trong 2 trường hợp sau :
 - + HBsAg (+) , HBeAg (+) và/ hoặc là HBV DNA (+)
 - + Hoặc HBsAg (+) , HBeAg (-) và HBV DNA (+)

Dựa vào sự tăng sinh của siêu vi B, để thuận tiện cho việc điều trị, chúng ta có thể chia ra làm 2 loại VGSV B mạn: VGSV B mạn tính với HBeAg (+) và VGSV B mạn tính với HBeAg (-).

- Phác đồ điều trị:
 - Đối với VGSV B mạn tính có HBeAg (+): Lamivudine 100mg/ngày + Adefovir 10mg 1 viên/ngày x 12 tháng. Ngưng lamivudine và Adefovir khi người bệnh có 2 lần chuyển huyết thanh [HBeAg(+)] trở thành (-) hoặc xuất hiện Anti-HBe(+)] cách nhau 6 tháng.
 - Peg-INF α 2a với liều 180 μ g/tuần trong 48 tuần.
 - Đối với VGSV B mạn tính với HBeAg (-), kèm theo HBV DNA (+) \geq copies/ml và hoặc Anti-HBe (+) thời gian điều trị khó xác định vì ngưng thuốc rất dễ tái phát.

1.3. Theo dõi:

- Trong thời gian điều trị, theo dõi hàng tháng triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm transaminase, HBsAg, HBeAg, anti-HBe, HBV DNA nên thực hiện mỗi 3 tháng/lần.
- Sau khi ngưng điều trị, phải thường xuyên theo dõi về lâm sàng và các xét nghiệm: transaminases, HBsAg, HBeAg, anti-HBe, HBV DNA nên thực hiện mỗi 3 – 6 tháng để theo dõi khả năng tái phát.
- Bên cạnh điều trị đặc hiệu, chúng ta khuyên người bệnh sắp xếp công việc để nghỉ ngơi, tránh lao động nặng, hạn chế các thuốc gây hại cho gan, không uống rượu bia. Đối với người bệnh có nồng độ ferritin trong huyết thanh cao nên giảm các thức ăn có chất sắt (thịt bò, đồ biển, rau muống, rau dền, các loại cải xanh...).

II. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VGSV C MẠN TÍNH:

2.1. Chẩn đoán:

- Dịch tể: giống như VGSV B mạn.
- Lâm sàng: giống như VGSV B mạn.
- Cận lâm sàng:
 - SGOT / SGPT gia tăng và kéo dài > 6 tháng.
 - Anti – HCV (+)
 - HCV RNA (+): thực hiện bằng kỹ thuật PCR để có thể định tính, định lượng và xác định genotypes.
- Sinh thiết gan: rất cần thiết nhưng chúng ta chưa có điều kiện thực hiện.

2.2. Điều trị:

- Chỉ định điều trị: Người bệnh có các biểu hiện sau
 - SGOT/SGPT tăng > 1,5 lần trị số cao nhất của giới hạn bình thường.
 - Gan còn bù (không bàng bụng, prothrombin bình thường...)
 - Anti – HCV (+)
 - PCR: HCV RNA (định tính, định lượng, genotype)
- Phác đồ điều trị:

Phác đồ điều trị VGSV C mạn tính: phối hợp interferon- α với ribavirin.

Trong những trường hợp không dùng được ribavirin, có thể dùng interferon đơn thuần. Không dùng ribavirin đơn thuần do hiệu quả rất thấp.

 - Interferon - α : tiêm bắp hoặc dưới da 3 triệu đơn vị/lần, 3 lần/tuần.
 - Ribavirin: uống 800–1.000 mg/ngày (< 75 kg); 1.000–1.200 mg/ngày (> 75 kg)

Thời gian điều trị: 6 tháng đối với HCV týp 2, týp 3 hoặc týp 1 (có nồng độ thấp < 2×10^6 bản sao/mL). 12 tháng đối với týp 1 và 4

 - Hiện nay, PEG – interferon – α 2a và 2b được dùng với liều lần lượt là 180 μ g và 1-1,5 μ g/kg, tiêm bắp hoặc dưới da, 1 lần/tuần.

Cần lưu ý tác dụng bất lợi của interferon (rối loạn tâm thần, co giật, viêm võng mạc, bệnh tự miễn, rối loạn hô hấp và tim mạch, ức chế tủy xương...) và ribavirin (thiếu máu, dị dạng bào thai, suy thận, rối loạn tim mạch...).

2.3. Theo dõi:

- Trước khi dùng thuốc, cần loại trừ các bệnh tim mạch, thần kinh, thai kỳ, suy giảm miễn dịch, bệnh tuyến giáp.
- Trong khi điều trị:
 - Theo dõi lâm sàng, huyết đồ, transaminases hàng tháng.
 - Theo dõi chức năng tuyến giáp, nồng độ ferritin mỗi 3 tháng.
 - Khám chuyên khoa tâm thần, làm ECG, chụp X – Quang phổi khi có dấu hiệu gợi ý.
- Sau khi ngưng điều trị, tiếp tục theo dõi lâm sàng, transaminase, HCV RNA mỗi 3 tháng. Tránh mang thai ít nhất là 6 tháng sau khi ngưng thuốc.

THƯƠNG HÀN



I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Lâm sàng:

- * Sốt
- * Đau nhiễm trùng nhiễm độc.
- * Rối loạn tiêu hóa:
 - Tiêu chảy hay táo bón.
 - Tình trạng bụng: Sinh bụng, đầy hơi đau nhẹ lan tỏa, sờ thấy lạo xạo hố chậu phải.
 - Lưỡi bản mất gai, loét vòm hầu.
- * Gan, lách to.
- * Hồng ban.
- * Các triệu chứng khác:
 - Ho khan, ran phế quản .
 - Xuất huyết da niêm, rong kinh.
 - Vàng mắt, vàng da.
 - Đau cơ, đau bụng.
- Cổ cứng, dấu màng não dương tính

1.1.2. Dịch tễ học:

- * Uống nước sông; ăn sò, ốc hến nấu không chín hoặc những thực phẩm khác bị nhiễm Salmonella...
- * Tiếp xúc với người bệnh thương hàn.

1.1.3. Xét nghiệm:

- * Widal: (+) với TO $\geq 1/100$.
- * Bạch cầu máu thường không tăng.

1.2. Chẩn đoán xác định: Cây máu có Salmonella typhi hoặc Salmonella paratyphi A,B,C.

II. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Kháng sinh:

2.1.1. *Fluoroquinolone*: Ciprofloxacin, Ofloxacin, Peflacin...

2.1.1.1. Ciprofloxacin (CIP):

- Đối với người bệnh bị nhiễm bởi các chủng Salmonella typhi kháng Nalidixic acid:
CIP : 500mg x 3/ ngày x 7 ngày.

- Đối với người bệnh bị nhiễm bởi các chủng Salmonella typhi nhạy Nalidixic acid:
CIP : 500mg x 2/ ngày x 7 ngày.

- Đối với các trường hợp thương hàn có biến chứng thì thời gian điều trị kháng sinh nhất thiết phải dài hơn và có thể phải chuyển sang dạng kháng sinh tiêm.

2.1.1.2. Ofloxacin 400mg chia 2 lần/ngày:

- Thời gian điều trị từ 7-14 ngày tùy theo mức độ nặng nhẹ và diễn tiến của bệnh.

- Các trường hợp có biến chứng tối thiểu là 7 ngày.

2.1.1.3. *Peflacin 800mg chia 2 lần ngày: (7-14 ngày)*

Giảm liều khi có suy gan.

2.1.1.4. *Gatifloxacin 400mg: 2 viên/ngày x 7 ngày.*

2.1.2. **Cephalosporines thế hệ 3:**

Ceftriaxone: 2 gram/tiêm tĩnh mạch 1 lần duy nhất trong ngày x 7 ngày (Test).

Tùy theo diễn biến của lâm sàng (nặng/biến chứng) thời gian điều trị có thể đến 14 ngày.

2.1.3. **Macrolide:**

Azithromycin 500mg: 1 viên/ngày x 7 ngày.

2.2. **Glucocorticoides:**

* Chỉ định: Thương hàn nặng có rối loạn tri giác, lơ mơ, đờ đẫn, hôn mê... Tình trạng sốc, huyết áp thấp.

* Thuốc: Dexamethasone 3mg/kg truyền tĩnh mạch trong 30 phút liều đầu. Sau đó 1mg/kg/6 giờ x 8 lần chỉ kéo dài trong 48 giờ.

2.3. **Điều trị nâng đỡ:**

2.3.1. **Chế độ ăn - cân bằng nước điện giải:**

Người bệnh thương hàn cần ăn đủ calor, nên ăn thức ăn dễ tiêu, mềm, ít chất bã/chất xơ.

2.3.2. **Chăm sóc điều dưỡng:**

- Sốt cao: Lau mát để hạ nhiệt, các thuốc hạ nhiệt nhóm paracetamol. Nhóm salicylate không được dùng vì có thể gây vã mồ hôi, hạ nhiệt độ, hạ huyết áp đột ngột, giảm tiểu cầu, kích thích ruột.

- Xoay trở chống loét, vệ sinh da, răng miệng mỗi ngày, nuôi ăn qua đường miệng đường tĩnh mạch.

- Không được thụt tháo hay dùng thuốc tẩy xổ vì có thể gây thủng ruột hoặc xuất huyết tiêu hóa.

2.4. **Theo dõi và xử trí các biến chứng:**

Đặc biệt là xuất huyết tiêu hóa và thủng ruột hay xảy ra vào tuần lễ thứ 2-3 của bệnh.

- Xuất huyết tiêu hóa: Cầm máu, hạn chế thuốc uống, chuyển sang thuốc tiêm, truyền dịch, máu (khi có chỉ định).

- Thủng ruột: Mời khoa Ngoại hội chẩn để có hướng giải quyết.

BỆNH UỐN VÁN



I. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Yếu tố dịch tễ: Có ngỏ vào phù hợp với diễn biến bệnh (20%-30% không có ngỏ vào). Không chủng ngừa hoặc chủng ngừa không đầy đủ,...

1.2. Lâm sàng:

- Uốn ván toàn thân: là thể bệnh thường gặp nhất với các triệu chứng:

- Co cứng cơ toàn thân: đau và liên tục xuất hiện theo một trình tự nhất định (cơ nhai \Rightarrow cơ mặt \Rightarrow cơ cổ \Rightarrow cơ cột sống \Rightarrow \Rightarrow cơ chi trên).

- Co giật và co thắt:

 - + Co giật cứng toàn thân tự nhiên hoặc do kích thích bởi tiếng động, va chạm, ánh sáng...

 - + Co thắt hầu họng gây nuốt khó, sặc đàm, co thắt thanh quản đưa đến tím tái, ngưng thở.

- Dấu hiệu toàn thân: tỉnh táo, không sốt lúc khởi phát.

- Ngoài ra còn có các thể uốn ván khác như: uốn ván cục bộ, uốn ván thể đầu (thể không liệt và liệt).

1.3. Phân độ bệnh uốn ván:

BẢNG PHÂN ĐỘ BỆNH UỐN VÁN

	ĐỘ I	ĐỘ II	ĐỘ III
Thời kỳ ủ bệnh	15-30 ngày	7-14 ngày	< 7 ngày
Thời gian khởi phát	> 5 ngày	2-5 ngày	< 48 giờ
Co giật toàn thân	\pm	++	+++
Co thắt thanh quản	-	+	++, ngưng thở
Rối loạn thần kinh thực vật	-	+	++

1.4. Cận lâm sàng: không thực hiện được trong điều kiện thực tế của đơn vị và không giúp ích trên lâm sàng.

II. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Trung hoà độc tố uốn ván: dùng huyết thanh kháng độc tố uốn ván (SAT) 20.000 UI ở người lớn, tiêm bắp một lần duy nhất. Phải thử test trước, nếu dương tính, chích theo phương pháp Besredka (xem phụ lục).

2.2. Xử lý vết thương (nếu có): mở rộng vết thương, lấy hết dị vật, cắt hết mô hoại tử, dẫn lưu mủ, rửa vết thương hàng ngày với oxy già 1-2 lần (nếu vết thương có nhiều góc ngách). Nếu dị vật nằm sâu tránh mọi cố gắng lấy ra hết, vì khi kích thích mạnh sẽ đưa đến tử vong đột ngột.

2.3. Điều trị nhiễm trùng:

- Diệt vi trùng uốn ván: dùng 7-14 ngày 1 trong các kháng sinh theo thứ tự sau:

- Metronidazol 0,5 mg ngày x3 lần, uống

- Penicillin G (tiêm tĩnh mạch, test) hay Penicillin V(uống): 100.000 đơn vị/kg/ngày, chia 4-6lần.

- Erythromycin 0,5 mg ngày x3 lần, uống (khi người bệnh dị ứng PNC).

- Ngoài ra một số trường hợp đặc biệt (cơ địa, bệnh nhiễm trùng kết hợp, thở máy nhiều ngày...) có thể sử dụng: Cephalosporin III, Imipenem, Macrolide khác đơn thuần hoặc phối hợp với các nhóm kháng sinh khác.

- Điều trị bội nhiễm (nếu có).

2.4. Điều trị co giật:

*** Nhóm Benzodiazepines:**

- Diazepam khởi đầu:

- Tiêm tĩnh mạch 0,1-0,3 mg/kg/liều, mỗi 2-4 giờ, tối đa 10 mg/ liều. Tổng liều 1-2 mg/kg/ngày.

- Uống 1-3 mg/kg/ngày nếu đáp ứng tốt và không có xuất huyết tiêu hóa, tối đa 20mg/liều.

- Giảm ½ liều đối với người bệnh suy gan, già, giảm thể tích máu, rối loạn tri giác, suy hô hấp.

➤ Giải độc (antidote) của diazepam: Flumazenil liều 0,01mg/kg tiêm tĩnh mạch, tổng liều tối đa 1mg

- Midazolam(hypnovel) khởi đầu: tiêm tĩnh mạch 0,05-0,2 mg/kg/liều, mỗi 2-3 giờ, tối đa 7 mg/ liều ở người lớn. Được sử dụng ở người bệnh suy gan, suy hô hấp...

*** Nhóm dẫn cơ:**

Cần nhắc khi sử dụng, bắt buộc phải gắn máy thở cho người bệnh trước khi dùng thuốc: Pipercuronium(Arduan) với khởi đầu 0,05mg/kg/liều, tiêm tĩnh mạch, sau đó 0,02-0,05 mg/kg/giờ, tối đa 2 mg/giờ, truyền tĩnh mạch tùy tình trạng co giật.

2.5. Chỉ định mở khí quản khi có một trong các tiêu chuẩn: co thắt thanh quản; ứ đọng đàm dãi gây suy hô hấp; co giật liên tục không kiểm soát được bằng thuốc hay khi dùng thuốc dẫn cơ

2.6. Điều trị các biến chứng: suy hô hấp, suy tuần hoàn, rối loạn thần kinh thực vật...

2.7. Dinh dưỡng: đặt thông dạ dày nếu không ăn bằng đường miệng được. Nhu cầu năng lượng cao với 2.500 – 3.500 Kcal/ngày. Nên pha dung dịch dinh dưỡng 1ml = 1,5Kcal. Tốc độ nhỏ giọt qua sonde dạ dày 20-30 phút mỗi bữa ăn, 4-6 lần/ngày.

2.8. Theo dõi và chăm sóc: theo dõi sinh hiệu, SpO₂, co giật, tri giác, tình trạng vết thương, nước xuất nhập 24 giờ. Chăm sóc mở khí quản, thở máy, nằm lâu, hôn mê.

2.9. Chỉ định rút canuyn: khi người bệnh tỉnh táo, không còn co giật, đàm ít, khạc mạnh.

III. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:

Ăn uống bình thường, hết các biến chứng của bệnh, đi lại một mình không cần người giúp đỡ và không còn sử dụng diazepam làm mềm cơ.

IV. PHÒNG NGỪA SAU KHI BỊ UỐN VÁN:

Gây miễn dịch cơ bản bằng giải độc tổ uốn ván (VAT): 3 mũi

- Mũi 1: VAT 40 đơn vị, tiêm bắp hay dưới da ngay khi xuất viện.
- Mũi 2: VAT 40 đơn vị, 1 tháng sau mũi 1 .
- Mũi 3: VAT 40 đơn vị, 6-12 tháng sau mũi 1.
- Tiêm nhắc lại mỗi 5-10 năm sau.

QUY TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH UỐN VÁN Ở NGƯỜI LỚN



1. Mục tiêu :

- Duy trì chức năng sống .
- Giữ an toàn cho người bệnh .
- Phòng ngừa biến chứng .
- Phòng bệnh .

2. Kế hoạch chăm sóc :

- * Duy trì chức năng sống :
 - Hô hấp: giữ thông đường hô hấp .
 - Tuần hoàn: đảm bảo và duy trì đủ khối lượng tuần hoàn .
 - Tiêu hóa: nâng tổng trạng qua ống thông dạ dày .
 - Bài tiết: qua ống thông tiểu .
- * Giữ an toàn cho người bệnh :
 - Nằm phòng yên tĩnh, ánh sáng dịu
 - Nằm giường có song chắn hoặc cố định người bệnh .
 - Theo dõi cơn co gồng .
 - Thực hiện thuốc theo y lệnh .
- * Phòng ngừa biến chứng :
 - Viêm phổi: xoay trở, vỗ lưng (khi bệnh hết co gồng) .
 - Chăm sóc vết mổ khí quản .
 - Chăm sóc vết thương .
 - Chăm sóc ống thông tiểu .
 - Chăm sóc ống thông dạ dày .
 - Chăm sóc da .
 - Tập vận động khi bệnh hết co gồng .
- * Phòng bệnh: (tiêm phòng uốn ván)
 - Đối với phụ nữ mang thai, trẻ em tiêm ngừa theo chương trình tiêm chủng mở rộng.
 - Khi bị vết thương : nếu bệnh tiêm phòng đầy đủ thì tiêm VAT nhắc lại, nếu chưa hoặc tiêm không đầy đủ thì tiêm SAT đồng thời tiêm VAT .

QUY TRÌNH TIẾP NHẬN VÀ CÁCH LY NGƯỜI MẮC HOẶC NGHI NGỜ MẮC CÚM A (H5N1)



Tất cả người bệnh có chẩn đoán nghi ngờ nhiễm virus cúm A (H5N1) nhập viện cần phải được cách ly ngay tại phòng cấp cứu và tuân theo đúng quy trình phòng ngừa lây nhiễm theo từng giai đoạn chẩn đoán và quy trình tiếp nhận người bệnh và cách ly (sơ đồ). Cần thông tin về lý do vì sao phải cách ly và hướng dẫn cho người bệnh, thân nhân người bệnh và khách thăm hợp tác, tuân thủ các biện pháp cách ly, phòng lây nhiễm.

1. Quy trình phòng ngừa lây nhiễm theo từng giai đoạn chẩn đoán:

1.1. Mục đích:

Ngăn ngừa nguy cơ lây nhiễm cúm A (H5N1) từ người bệnh này sang người bệnh khác, nhân viên y tế, thân nhân, khách thăm, môi trường bệnh viện và cộng đồng.

1.2. Nguyên tắc thực hiện:

- Sẵn sàng và ưu tiên thực hiện các biện pháp để nhận biết và chẩn đoán sớm những trường hợp cúm A (H5N1).
- Triển khai và thực hiện ngay các hướng dẫn, biện pháp phòng ngừa khi nghi ngờ người bệnh có nhiễm cúm A (H5N1).

1.3. Đối tượng và phạm vi áp dụng:

Mọi cơ sở y tế nhận người bệnh có các triệu chứng về đường hô hấp cấp kèm sốt.

1.4. Phương tiện:

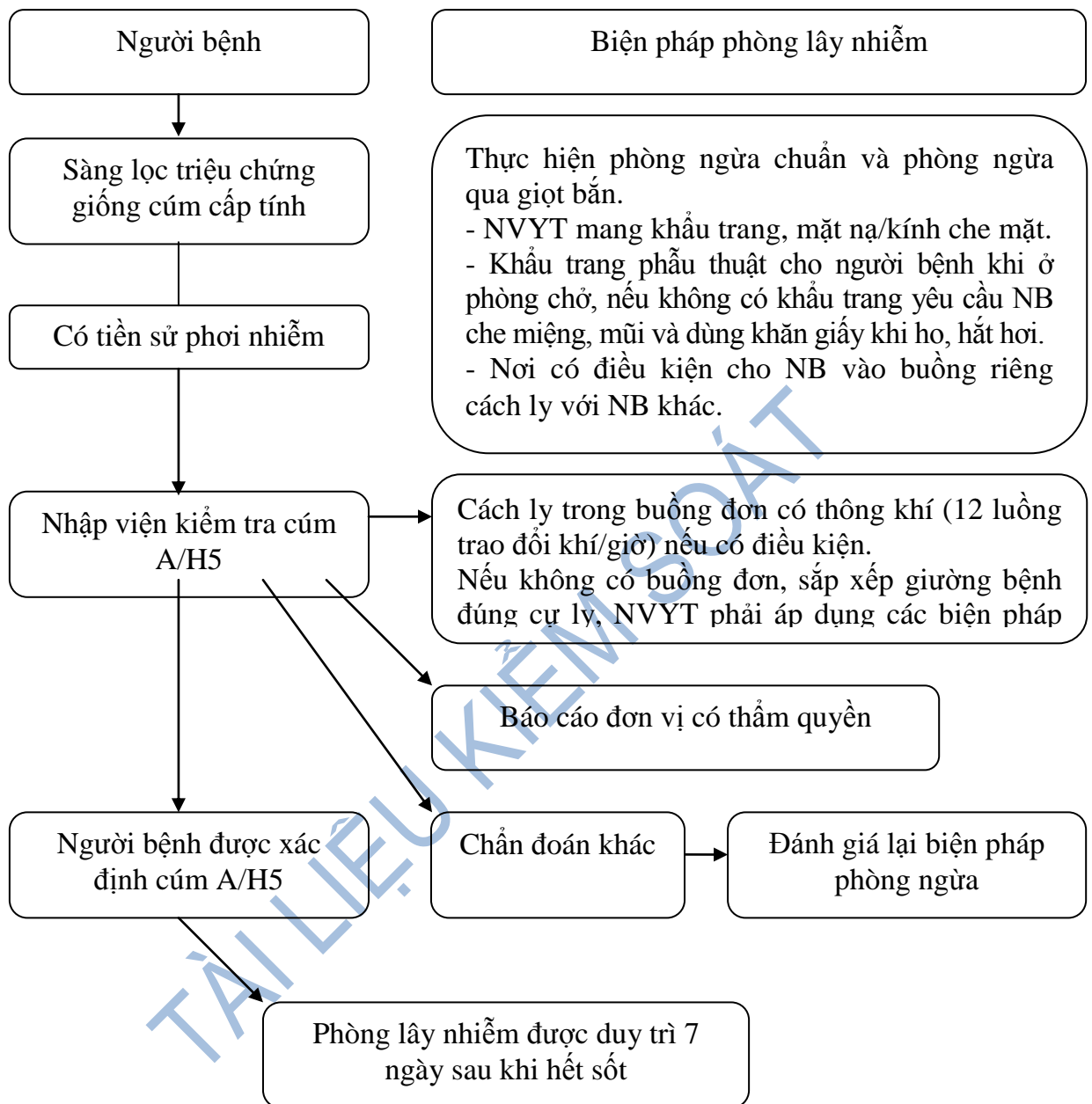
- Buồng cách ly.
- Phương tiện phòng hộ cá nhân.

1.5. Các bước thực hiện:

- Thực hiện ngay các biện pháp phòng lây nhiễm theo từng giai đoạn chẩn đoán theo sơ đồ.
- Báo cáo ngay lên Bệnh viện.

1.6. Kiểm tra giám sát:

- Buồng bệnh đạt tiêu chuẩn buồng cách ly.
- Có đầy đủ phương tiện phòng hộ cá nhân.
- Ý thức tuân thủ của nhân viên y tế về việc thực hiện cách ly theo từng giai đoạn chẩn đoán và điều trị.



Sơ đồ. Quy trình thực hiện phòng ngừa lây nhiễm theo từng giai đoạn chẩn đoán

MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG KHOA TRUYỀN NHIỄM



TÊN MỤC TIÊU	Rút ngắn thời gian điều trị nội trú trung bình bệnh nhân sốt xuất huyết dưới 7 ngày
Mục đích	Giảm quá tải khoa
Nguồn dữ liệu	Thống kê số liệu tổng hợp từ phòng KHTH bệnh viện
Công thức đo	Tổng số ngày điều trị SXH trong năm/Tổng số hồ sơ SXH trong năm
Tần suất đo	Mỗi quý
Kết quả phải đạt	Ngày điều trị SXH nội trú trung bình < 7 ngày
Người chịu trách nhiệm đo	Trưởng khoa Truyền Nhiễm
Người chịu trách nhiệm hành động đối với dữ liệu	Các Trưởng khoa, phòng trong bệnh viện
Kế hoạch hành động	Xem bảng kế hoạch

KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG



STT	HÀNH ĐỘNG	TRÁCH NHIỆM	THỜI GIAN
1	Thống kê số liệu bệnh nhân SXH nội trú mỗi tháng tại khoa	Y tá hành chánh	
2	Sơ kết, báo cáo mỗi quý	Trưởng khoa và Điều dưỡng trưởng	Cuối mỗi quý
3	Phân tích số liệu mỗi quý	Trưởng khoa và nhân viên vi tính	Cuối mỗi quý

DANH MỤC HỒ SƠ CHẤT LƯỢNG



S T T	Tên hồ sơ	Mã số	Nơi lưu trữ	NV lưu trữ	Phương pháp lưu trữ	Người được phép xem hồ sơ	Thời gian lưu	Phương pháp hủy bỏ
1	Sổ khám bệnh phòng khám		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
2	Sổ lưu báo cáo ra vào viện		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
3	Sổ lãnh thuốc ngày		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
4	Sổ sao y lệnh trực		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
5	Sổ bàn giao thuốc tủ trực		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
6	Sổ bàn giao y, dụng cụ		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
7	Sổ bàn giao bệnh nặng		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
8	Trả phòng KHTH		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
9	Sổ ban giao bệnh chuyển viện		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
10	Sổ mời hội chẩn		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
11	Sổ biên bản hội chẩn		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
12	Sổ theo dõi thủ thuật		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
13	Sổ trả hồ sơ ra viện		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
14	Sổ in toa ra viện		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
15	Sổ đăng ký miễn phí		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
16	Sổ trả phiếu BHYT		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
17	Sổ trả phiếu miễn phí		Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	05 năm	Trả phòng KHTH

DANH MỤC TÀI LIỆU NỘI BỘ HIỆN HÀNH



STT	Tên tài liệu	Mã số	Lần ban hành	Ngày ban hành	Nơi lưu trữ		Lần sửa đổi				
					Máy tính	Tủ tài liệu	01	02	03	04	05
1	Quy chế chống nhiễm khuẩn		01	17/05/2010	x	x					
2	Quy chế công tác khoa Truyền Nhiễm		01	17/05/2010	x	x					
3	Quy chế sử dụng thuốc		01	17/05/2010	x	x					
4	Quy chế xử lý chất thải		01	17/05/2010	x	x					
5	Quy chế hội chẩn		01	17/05/2010	x	x					
6	Quy chế hoạt động khoa Truyền Nhiễm		01	17/05/2010	x	x					
7	Quy trình chăm sóc		01	17/05/2010	x	x					
8	Quy trình cách ly Cúm A		01	17/05/2010	x	x					
9	Phác đồ điều trị		01	17/05/2010	x	x					
10	Mục tiêu chất lượng 2009-KTT		01	17/05/2010	x	x					
11	Chính sách chất lượng BVĐKTT-AG		01	25/03/1009	x	x					
12	Sổ tay chất lượng		01	25/03/1009	x	x					

DANH MỤC TÀI LIỆU BÊN NGOÀI HIỆN HÀNH



ST T	Tên tài liệu	Mã số	Tác giả/Nơi ban hành	Ngày ban hành	Nơi lưu trữ		Ghi chú
					Máy tính	Tủ tài liệu	
1	Bệnh Truyền Nhiễm		Nhà xuất bản Y học	2006		X	
2	Bảng phân loại ICD 10		Nhà xuất bản Y học	2001		X	
3	Quy chế Bệnh viện		Nhà xuất bản Y học	1998		X	
4	Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh nhiễm trùng thường gặp		Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh	2009		X	

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT