

**SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TRUNG TÂM AN GIANG**
Ký hiệu : NTK

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập–Tự do–Hạnh phúc



ISO 9001:2008
KHOA NỘI THẦN KINH

Biên soạn

Phê duyệt

Trưởng Khoa

Giám đốc

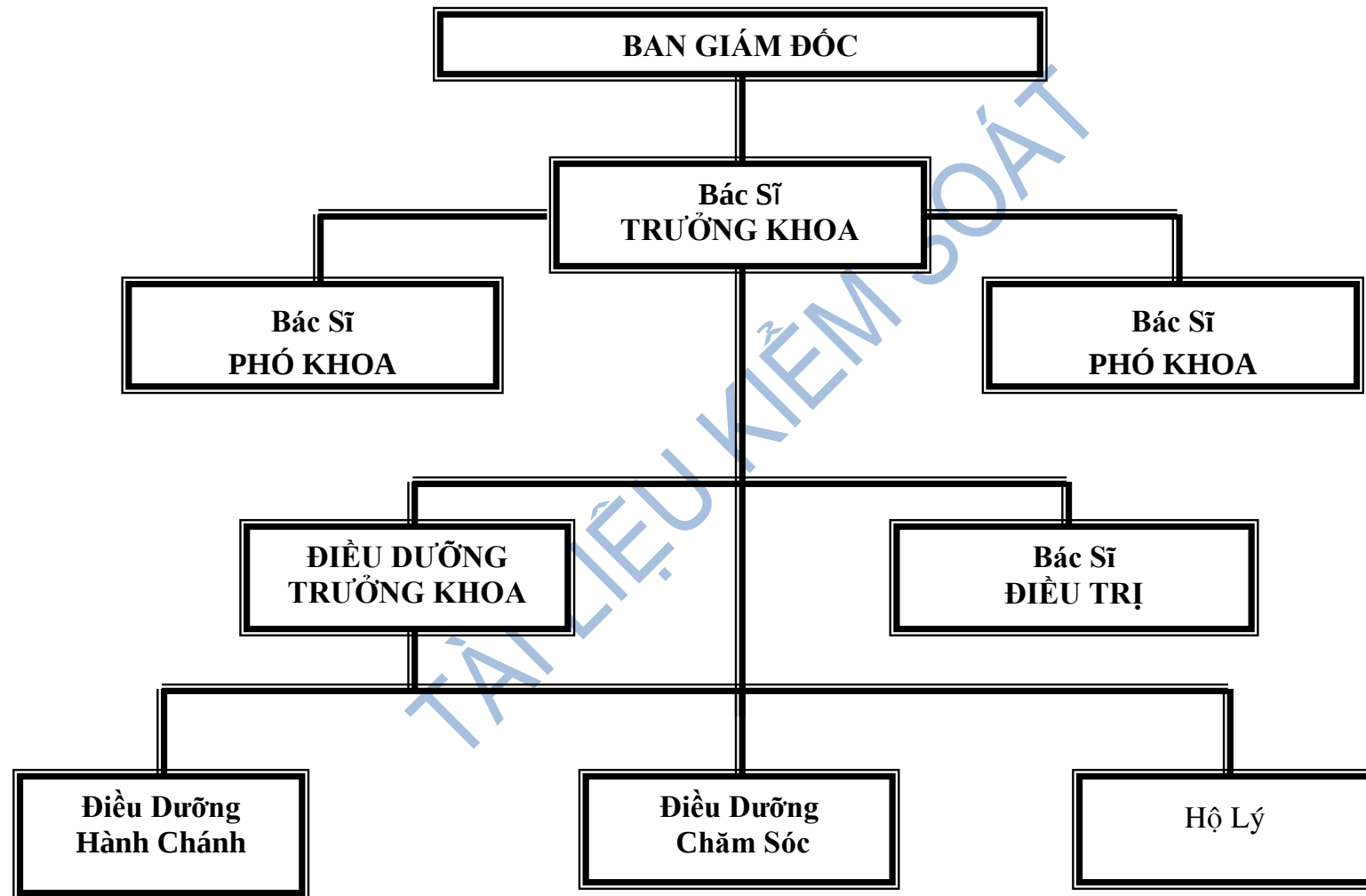
BS. NGUYỄN TRỌNG TÂN

TS.BS NGUYỄN VĂN SÁCH

MỤC LỤC

	Trang
– Trang bìa	01
– Mục lục	02
<u>Phần I:</u>	
– Sơ đồ tổ chức Khoa Nội Thần Kinh	03
<u>Phần II:</u>	
– Quy chế công tác khoa	04
– Quy định hoạt động khoa	05
– Quy định đối với nhân viên	06
<u>Phần III:</u>	
– Mô tả công việc	07 – 18
<u>Phần IV:</u>	
– Quy chế sử dụng thuốc	19 – 21
– Quy chế chống nhiễm khuẩn	22 – 23
– Quy chế hội chẩn	24 – 25
– Phác đồ xử trí sốc phản vệ	26 – 27
– Cấp Cứu Ngưng Tim – Ngưng Thở	28 – 29
– Bệnh Nhồi Máu Não	30 – 31
– Bệnh Xuất Huyết não	32 – 33
– Bệnh Động Kinh	34
– Bệnh Nhược Cơ	35 – 36
– Thở máy căn bản	37 – 39
– Quy trình chăm sóc bệnh nhân tai biến mạch máu não	40 – 42
– Quy trình chăm sóc bệnh nhân động kinh	43 – 44
– Quy trình chăm sóc bệnh nhân “ đặt nội khí quản ”	45 – 46
– Quy trình giám định y khoa thần kinh	47
<u>Phần V:</u>	
– Mục tiêu chất lượng năm 2010	48
– Đánh giá mục tiêu chất lượng	49
– Danh mục hồ sơ chất lượng	50 – 51
<u>Phần VI:</u>	
– Danh mục tài liệu nội bộ hiện hành	52
– Danh mục tài liệu bên ngoài	53

SƠ ĐỒ TỔ CHỨC KHOA NỘI THẦN KINH



QUY CHẾ CÔNG TÁC KHOA NỘI THẦN KINH

(Theo Quy chế Bệnh Viện - Ban hành theo quyết định của
Bộ Trưởng Bộ Y Tế số 1895/1997/BYT-QĐ, ngày 19/09/1997)

I. QUY ĐỊNH CHUNG :

1. Thực hiện quy chế công tác Khoa Nội.
2. Một số nhiệm vụ đặc thù của Khoa Nội Thần Kinh :
 - Khám bệnh, chữa bệnh của chuyên khoa Thần kinh
 - Thực hiện giám định sức khỏe và giám định pháp y thần kinh.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ : Tại Khoa điều trị

- a. Các thành viên trong khoa phải đặc biệt chú ý thực hiện quy chế công tác khoa nội.
- b. Một số công tác đặc thù của khoa thần kinh :
 - Trưởng khoa nội thần kinh có trách nhiệm :
 - Sắp xếp người bệnh thần kinh vào từng buồng bệnh nhỏ phù hợp với tính chất bệnh.
 - Bệnh thần kinh nhiễm khuẩn được bố trí khu vực riêng, thực hiện quy chế công tác khoa truyền nhiễm. Khi phát hiện những bệnh có tính chất dịch phải báo cáo ngay trưởng phòng kế hoạch tổng hợp, giám đốc để thông báo theo quy định.
 - Bác sĩ điều trị có trách nhiệm :
 - Hướng dẫn và động viên người bệnh thần kinh luyện tập nhằm chống loét, phục hồi chức năng.
 - Thăm khám, kiểm tra người bệnh buồng bệnh nặng ít nhất 2 lần trong ngày.
 - Tổ chức duyệt toàn bộ hồ sơ bệnh án hàng tuần để thống nhất chẩn đoán và hướng điều trị.
 - Kết hợp theo dõi lâm sàng với các xét nghiệm và thăm dò chức năng.
 - Chuẩn bị chu đáo khi tiến hành các kỹ thuật đặc biệt, giải thích cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh hiểu và kí vào giấy cam đoan xin thực hiện kỹ thuật.
 - Khi các kỹ thuật đặc biệt liên quan đến các khoa khác phải liên hệ trước để phối hợp thực hiện, theo dõi chu đáo và xử lý kịp thời những diễn tiến bất thường của người bệnh.
 - Điều dưỡng chăm sóc có trách nhiệm chăm sóc đặc biệt :
 - Người bệnh thần kinh hôn mê giẫy dụa phải được giữ vững trên giường, tránh té ngã.
 - Người bệnh thần kinh ở trạng thái kích thích phải được giữ yên tĩnh tránh các yếu tố kích thích như: ánh sáng, gió, tiếng động,...
 - Công tác giám định sức khỏe và giám định pháp y thần kinh thực hiện theo quy định hiện hành.

QUY CHẾ HOẠT ĐỘNG KHOA NỘI THẦN KINH

*** * * * ***

- 1/ Nhập viện phải qua Khoa Khám Bệnh và Khoa Cấp Cứu Trung Tâm.
- 2/ Một người bệnh chỉ được 01 người nuôi.
- 3/ Không được đưa trẻ em vào trong khoa.
- 4/ Không mang những vật sắc nhọn, dễ bể, dễ cháy nổ vào trong khoa.
- 5/ Không được nấu ăn trong khoa.
- 6/ Thân nhân không tự ý thay đổi giường của người bệnh.
- 7/ Uống thuốc đúng liều lượng theo sự chỉ dẫn của nhân viên khoa.
- 8/ Giữ vệ sinh, trật tự trong phòng bệnh.
- 9/ Thân nhân nuôi bệnh giúp đỡ lẫn nhau.

QUY ĐỊNH ĐỐI VỚI NHÂN VIÊN KHOA NỘI THẦN KINH

* * * * *

1/ Phải chấp hành tốt chủ trương, chính sách, pháp luật của đảng , nhà nước, nội quy và quy chế của 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 của mình.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. **BỘ PHẬN:** Khoa Nội Thần Kinh
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 Nội Thần Kinh
6. **TRÁCH NHIỆM :**

6.1/ Căn cứ vào kế hoạch bệnh viện đặt 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.

- Hằng ngày khám lại các 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, điều trị của các bác sĩ cho hướng điều trị nếu cần.

- Sẵn sàng thăm khám những tình trạng 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 hoặc ngoại viện.

- Khi có trường hợp tử vong phải phân tích nguyên nhân, cho ý kiến, hướng dẫn việc 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 thuốc độc, thuốc gây nghiện, đồ dùng trong cấp cứu và trong điều trị cho người bệnh.

6.7/ Tổ chức thực hiện công tác chỉ đạo chuyên môn, chỉ đạo kỹ thuật cho các tuyến dưới và có kế hoạch định kỳ xuống thăm các 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 thái độ tinh thần 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 để bạt khen thưởng.

6.10/ Nắm được tình hình tư tưởng của bệnh nhân 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 quản lý 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 bệnh nhân.

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 và tuyến dưới.
- ☐ Ủy quyền cho Phó khoa giải quyết công việc khi vắng mặt.

8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

a) Học vấn:

- ☐ Tốt nghiệp đại học y khoa và có bằng cấp sau đại học : Chuyên khoa I hoặc Thạc sĩ.
- ☐ Ngoại ngữ: chứng chỉ B
- ☐ Tin học: thực hành được tin học văn phòng.

b) Kinh nghiệm: 03 năm thực hành lâm sàng.

c) Kỹ năng:

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

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. **BỘ PHẬN:** Khoa Nội Thần Kinh
2. **CHỨC DANH:** Bác Sĩ
3. **CHỨC VỤ:** Phó Trưởng Khoa
4. **CẤP BÁO CÁO:** Trưởng Khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** Khoa Nội Thần Kinh
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 24h phải hoàn thành hồ sơ bệnh án trại cấp cứu, 36h đối với bệnh trại thường, những trường hợp cấp cứu nặng phải hoàn thành hồ sơ bệnh án ngay..

6.3/ Hàng ngày mỗi buổi sáng phải khám từng người bệnh được phụ trách, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống, theo dõi hành vi.

6.4/ Thực hiện chế độ hội chẩn khoa, liên khoa theo qui định đối với các trường hợp :

- + Bệnh nặng nguy kịch
- + Người bệnh đã được chẩn đoán và điều trị nhưng thuyên giảm chậm hoặc không thuyên giảm.

6.5/ Thực hiện các thủ thuật do trưởng khoa phân công, trước khi thực hiện phải khám lại bệnh nhân 1 lần nữa, ra y lệnh chuẩn bị thủ thuật.

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

6.7/ Tham gia trực theo sự 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.

6.8/ Thực hiện nhiệm vụ do trưởng khoa ủy quyền. Báo cáo đầy đủ công việc được giao.

7. QUYỀN HẠN :

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

2/ Ký đơn thuốc, phiếu lĩnh thuốc

3/ Quản lý điều hành công việc của khoa, theo sự phân công của BGĐ, Trưởng khoa.

8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

- a. Học vấn: Tốt nghiệp đại học y khoa. Có bằng cấp sau đại học : Chuyên khoa I hoặc Thạc sĩ
- b. Kinh nghiệm: 02 năm hoạt động trong ngành.
- c. Kỹ năng khác:
 - Ngoại ngữ: chứng chỉ B
 - Kỹ năng lãnh đạo: truyền đạt.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



- | | |
|------------------------------|--------------------|
| 1. BỘ PHẬN: | Khoa Nội Thần Kinh |
| 2. CHỨC DANH: | Bác Sĩ |
| 3. CHỨC VỤ: | Bác Sĩ Điều trị |
| 4. CẤP BÁO CÁO: | Trưởng khoa |
| 5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: | Khoa Nội Thần Kinh |
| 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 24h phải hoàn thành hồ sơ bệnh án trại cấp cứu, 36h đối với bệnh trại thường, những trường hợp cấp cứu nặng phải hoàn thành hồ sơ bệnh án ngay..

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

6.4/ Hàng ngày mỗi buổi sáng phải khám từng người bệnh được phụ trách, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống, theo dõi hành vi.

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

- + Bệnh nặng nguy kịch
- + Người bệnh đã được chẩn đoán và điều trị nhưng thuyên giảm chậm hoặc không thuyên giảm.

6.6/ Thực hiện các thủ thuật do trưởng khoa phân công, trước khi thực hiện phải khám lại bệnh nhân 1 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 các y lệnh về thuốc có còn phù hợp không. Kiểm tra vệ sinh cá nhân của từng người bệnh, hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc

6.8/ Tham gia trực theo sự 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.

7. QUYỀN HẠN :

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

- Ký đơn thuốc, phiếu lĩnh thuốc

8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

- Có kỹ năng giao tiếp
- Thực hiện một số thủ thuật cần thiết
- Lập kế hoạch và thực hiện chăm sóc người bệnh.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG KHOA

- 1. BỘ PHẬN:** Khoa Nội Thần Kinh.
- 2. CHỨC VỤ:** Điều dưỡng trung học.
- 3. CHỨC DANH:** Điều dưỡng Trưởng khoa.
- 4. CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa.
- 5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** Khoa Nội Thần Kinh.
- 6. NHIỆM VỤ:**

6.1. Chăm sóc người bệnh:

- 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 thăm bệnh cùng bác sĩ để nhận định nhu cầu về điều trị và phân công điều dưỡng thực hiện cho phù hợp.
- Chuẩn bị mọi phương tiện để sẵn sàng cấp cứu người bệnh khi cần. Hướng dẫn cho các điều dưỡng viên về các kỹ thuật chăm sóc hay các kỹ thuật khó cấp cứu đối với các trường hợp nặng.
- Hàng ngày kiểm tra, đôn đốc các điều dưỡng và hộ lý giữ gìn buồng bệnh được sạch sẽ, trật tự trong khoa.
- Đóng góp ý kiến khi các bác sĩ cho y lệnh không phù hợp với bệnh lý để xử lý 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 của từng người nhằm đảm bảo các vị trí công tác chăm sóc người bệnh liên tục.
- 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 trực, ngày công nộp về phòng tổ chức.
- Kiểm tra sự hoàn thành nhiệm vụ, kỷ luật lao động đối với nhân viên khoa để biểu dương, đề bạt và 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 thủ tục cho người bệnh mới vào viện, chuyển viện, ra viện, bệnh tử vong, và hướng dẫn thân nhân người bệnh hoặc người bệnh các thủ tục hành chính cần thiết.
- Phổ biến cho nhân viên các thông báo, chỉ thị của các cấp lãnh đạo.

- Thường xuyên liên lạc 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 trong khoa:

- Chịu trách nhiệm tất cả các vật dụng, tài sản trong khoa.
- Lập những yêu cầu về trang thiết bị y tế, văn phòng phẩm,... phục vụ công tác chăm sóc người bệnh.
- Lập những yêu cầu sửa chữa và 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 dụng cụ 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.
- Kiểm soát việc sử dụng tiết kiệm các hàng tiêu dùng, điện, nước.

6.5 Công tác huấn luyện:

- Tiếp nhận và sinh hoạt nội quy, quy định của đơn vị cho nhân viên mới.
- Hướng dẫn và huấn luyện công tác điều dưỡng, hộ lý thành thạo và biết được các kỹ thuật chăm sóc người bệnh trong khoa.
- Hướng dẫn cho nhân viên thực hiện các kỹ thuật chăm sóc phức tạp, những cải tiến mới trong lĩnh vực điều trị và chăm sóc người bệnh.

7. QUYỀN HẠN:

- Phân công điều dưỡng, hộ lý đáp ứng yêu cầu các công việc của khoa.
- Kiểm tra điều dưỡng, hộ lý và nhân viên phục vụ thực hiện đúng những quy trình, quy chế của bệnh viện trong phục vụ và chăm sóc người bệnh.

8. NĂNG LỰC TỐI THIỂU:

a./ Học vấn: Tốt nghiệp trung học y tế.

b./ Kỹ năng khác:

- Hoàn thành tập huấn lớp điều dưỡng.
- Nắm vững quy chế bệnh viện.
- Quy trình tiếp xúc tâm lý người bệnh.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC ĐIỀU DƯỠNG HÀNH CHÍNH

- 1. BỘ PHẬN:** Khoa Nội Thần Kinh.
- 2. CHỨC VỤ:** Điều dưỡng trung học.
- 3. CHỨC DANH:** Điều dưỡng hành chính.
- 4. CẤP BÁO CÁO:** Điều dưỡng Trưởng khoa.
- 5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** Khoa Nội Thần Kinh.
- 6. NHIỆM VỤ:**

6.1 Nhiệm vụ chính:

- Ghi nhận và cập nhật sổ đăng ký bệnh vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện, tử vong.
- Lãnh và bảo quản dụng cụ y tế và văn phòng phẩm.
- Lập sổ theo dõi và cấp phát sử dụng theo kế hoạch.
- Báo cáo tình hình bệnh hàng ngày, hàng tháng, hàng quý và cả năm hoặc theo yêu cầu chuyên môn.
- Chuyển bệnh án đến phòng KHTH để lưu trữ khi đã được Trưởng khoa phê duyệt.
- Hàng tháng tổng kết bảng trực, độc hại và các chế độ khác.
- Bảo quản bệnh án, sổ, ấn chỉ và tài liệu trong khoa.
- Bảo quản thuốc dùng hàng ngày cho người bệnh trong khoa.
- Thay thế khi điều dưỡng trưởng khoa vắng mặt (có ủy quyền).

6.2 Nhiệm vụ về Dược chính:

- Tổng hợp lượng thuốc dùng trong ngày theo y lệnh qua hệ thống vi tính hoặc viết phiếu lãnh đề trình Trưởng khoa duyệt.
- Lãnh thuốc và bàn giao thuốc hàng ngày cho điều dưỡng chăm sóc thực hiện cho từng người bệnh theo y lệnh.
- Kiểm tra thuốc hàng ngày và bổ sung thuốc trực theo cơ số.
- Thu hồi thuốc thừa trả lại khoa Dược theo quy chế sử dụng thuốc.
- Tổng hợp thuốc đã dùng cho mỗi người bệnh trước khi ra viện.

6.3 Nhiệm vụ khác:

- Kết hợp với bác sĩ trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa lập kế hoạch sử dụng dụng cụ y tế - văn phòng phẩm và dự trữ đồ vải.
- Tham gia thường trực và chăm sóc người bệnh khi cần.

7. NĂNG LỰC TỐI THIỂU:

- Nắm vững các quy trình chăm sóc người bệnh.

- Nắm vững các quy trình sơ cứu, cấp cứu của khoa.
- Biết sử dụng vi tính.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC ĐIỀU DƯỠNG CHĂM SÓC

1. **BỘ PHẬN:** Khoa Nội Thần Kinh.
2. **CHỨC VỤ:** Điều dưỡng trung học.
3. **CHỨC DANH:** Điều dưỡng chăm sóc
4. **CẤP BÁO CÁO:** Điều dưỡng Trưởng khoa.
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** Khoa Nội Thần Kinh.
6. **NHIỆM VỤ:** Điều dưỡng chăm sóc.
 - Thực hiện giao nhận trực đầy đủ.
 - Chuẩn bị chu đáo việc giúp bác sĩ khám bệnh.
 - Thực hiện các quy trình kỹ thuật về điều trị: tiêm thuốc, truyền dịch,...
 - Hàng ngày ghi nhận vào phiếu theo dõi và chăm sóc các biểu hiện lâm sàng trong thời gian chăm sóc người bệnh.
 - Chấp hành nghiêm chỉnh và thực hiện đầy đủ y lệnh của bác sĩ và có quyền tạm ngưng y lệnh khi phát hiện người bệnh có diễn biến bất thường. Báo ngay đến bác sĩ trực để xin ý kiến.
 - Thực hiện các quy trình kỹ thuật về điều dưỡng như: đặt sonde dạ dày, sonde tiểu, thay băng, phun khí dung,...
 - Ghi bảng theo dõi và vào sổ bàn giao bệnh nặng.
 - Hướng dẫn người nuôi bệnh cách chăm sóc (vệ sinh cơ thể, cách ăn uống, diu đỡ, xoay trở,...) cho từng người bệnh cụ thể. Điều dưỡng phải biết nhận thông tin từ người nuôi bệnh trong quá trình chăm sóc nhằm ghi nhận thêm triệu chứng, hội chứng.
 - Bảo quản thuốc, dụng cụ y tế, tài sản, trật tự và vệ sinh buồng bệnh trong phạm vi được phân công.
 - Tham gia công tác 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 và người nuôi bệnh an tâm điều trị.
 - Bản thân phải tôn trọng và thực hiện tốt quy định về y đức.
 - Tham gia học tập, sinh hoạt chuyên môn hàng tuần.

1. NĂNG LỰC TỐI THIỂU:

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

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC HÀNG NGÀY CỦA PHÒNG VI TÍNH

1. **BỘ PHẬN:** Khoa Nội Thần Kinh.
2. **CHỨC VỤ:** Kỹ thuật viên Tin Học.
3. **CHỨC DANH:**
4. **CẤP BÁO CÁO:** Điều dưỡng Trưởng khoa.
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** Khoa Nội Thần Kinh.
6. **NHIỆM VỤ:**

6.1 Thực hiện quy chế bệnh viện:

- Tham gia hội họp.
- Học tập các quy chế bệnh viện.

6.2 Thực hiện công tác vi tính:

- Xuất nhập thuốc hàng ngày.
- Hoàn thành các công văn của khoa.

6.3 Bảo quản, quản lý máy móc:

- Quản lý máy.
- Lập kế hoạch dự trù sửa chữa máy.

7. NĂNG LỰC TỐI THIỂU:

- Trình độ trung cấp.
- Có tinh thần trách nhiệm.
- Đạo đức tốt.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC HÀNG NGÀY CỦA HỘ LÝ

1. **BỘ PHẬN:** Khoa Nội Thần Kinh.
2. **CHỨC VỤ:** Hộ lý.
3. **CHỨC DANH:**
4. **CẤP BÁO CÁO:** Điều dưỡng Trưởng khoa.
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** Khoa Nội Thần Kinh.
6. **NHIỆM VỤ:** Thực hiện công việc vệ sinh.
 - 6.1 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 buồng thủ thuật và quy chế chống nhiễm khuẩn bệnh viện.
 - 6.2 **Phục vụ người bệnh:**
 - Thay, đổi đồ vải của người bệnh theo quy định.
 - Xử lý nhanh chất tiết của bệnh nhân (vệ sinh tức khắc).
 - Cọ rửa và tiệt khuẩn dụng cụ đựng chất thải của người bệnh, đảm bảo luôn khô, sạch (bình chất thải).
 - 6.3 **Phụ điều dưỡng chăm sóc người bệnh toàn diện:**
 - Hỗ trợ người bệnh thực hiện vệ sinh thân thể (nếu cần).
 - Di chuyển người bệnh.
 - Di chuyển phương tiện, trang thiết bị phục vụ người bệnh và mang sửa chữa thiết bị hỏng.
 - 6.4 **Thu gom, quản lý chất thải trong khoa:**
 - Đặt các thùng rác tại các vị trí quy định của khoa (có lót túi nylon bên 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.
 - 6.5 Bảo quản tài sản trong phạm vi được phân công.

6.6 Thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn 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 lí, 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 :

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 :

a/ 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.

b/ 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.

c/ 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.

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

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

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

h/ Bác sĩ điều trị căn cứ vào tình trạng người bệnh, mức độ bệnh lí và tính chất dược lí 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.

i/ Chỉ dùng đường tiêm khi:

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

k/ 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.

l/ Dung môi pha chế thuốc đã chọc 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.

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

2) Lĩnh Thuốc Và Phát Thuốc :

a/ 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 kí duyệt.
- Thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện phải có phiếu lĩnh thuốc, đơn thuốc riêng theo quy chế thuốc độc.

b/ 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 kí 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.

3) Bảo Quản Thuốc :

a/ 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 được 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.

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

c/ 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.

4) Theo Dõi Người Bệnh Sau Khi Dừng Thuốc :

a/ 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.

b/ 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

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

5) Chống Nhầm Lẫn Thuốc :

a/ 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 viết 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 bằng A-B, thuốc gây nghiện, kháng sinh phải đánh số theo dõi ngày dùng, liều dùng, tổng liều.

b/ 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

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

QUY CHẾ CHỐNG NHIỄM KHUẨN

I) QUY ĐỊNH CHUNG :

1/ Công tác chống nhiễm khuẩn bệnh viện là việc thực hiện đúng quy định kỹ thuật bệnh viện về vô khuẩn, khử khuẩn, tiệt khuẩn; bao gồm các dụng cụ y tế, vệ sinh ngoại cảnh, vệ sinh khoa, phòng, vệ sinh cá nhân và vệ sinh an toàn thực phẩm.

2/ Các điều kiện để thực hiện công tác chống nhiễm khuẩn bao gồm : nước sạch, dụng cụ, phương tiện, hóa chất khử khuẩn...

II) QUY ĐỊNH CỤ THỂ :

1/ Kỹ Thuật Vô Khuẩn :

a- Dụng cụ, bông, gạc thuốc sử dụng trong những kỹ thuật vô khuẩn phải được tiệt khuẩn.

b- Dụng cụ y tế nhiễm khuẩn sau khi dùng xong phải được ngâm vào dung dịch tẩy uế trước khi loại bỏ hoặc xử lý để dùng lại. Dụng cụ, dây truyền dịch, dây truyền máu, kim lồn mạch máu, ống thông mạch máu, bơm tiêm nhựa được sử dụng một lần. Những dụng cụ được phép dùng lại phải cọ rửa đúng quy định trước khi khử khuẩn, tiệt khuẩn.

c- Dụng cụ, vật dụng sau khi khử khuẩn, tiệt khuẩn phải được bảo quản trong hộp kín, có niêm phong ghi rõ hạn dùng, cất giữ trong tủ kín.

d- Trước khi tiến hành các phẫu thuật, thủ thuật vô khuẩn, người thực hiện kỹ thuật phải thực hiện đúng quy định kỹ thuật bệnh viện về vô khuẩn.

e- Kỹ thuật vô khuẩn phải được tiến hành trong điều kiện vô khuẩn và đúng quy định kỹ thuật bệnh viện.

2/ Trật Tự Vệ Sinh Khoa Và Phòng Bệnh :

a- Vệ sinh buồng bệnh và các phòng khác :

- Có đủ thùng rác có nắp đậy, để trên hành lang, nơi thuận tiện, đủ để dễ sử dụng cho người bệnh và các thành viên trong khoa.

- Trần, tường, bề cửa, cánh cửa các khoa, buồng bệnh phải luôn sạch, không có mạng nhện.

- Nền các buồng bệnh được lát gạch men hoặc vật liệu tương đương bảo đảm nhẵn, khô, không thấm nước, luôn sạch.

- Thực hiện lau bằng dung dịch xà phòng, dung dịch khử khuẩn theo quy định kỹ thuật bệnh viện : nền nhà, tường nhà, bàn ghế, giường tủ, cộc truyền, xe tiêm, xe đẩy, cang đẩy, thiết bị y tế và thiết bị thông thường có trong các buồng bệnh.

- Buồng bệnh, buồng thủ thuật phải được tổng vệ sinh một tuần một lần.

- Gởi giặt tại Khoa Chống Nhiễm Khuẩn:

+ Quần áo chuyên môn các thành viên trong khoa

+ Quần áo người bệnh

- Buồng vệ sinh, buồng tắm bảo đảm sạch, không tắc, không mùi hôi, không có ruồi nhặng và các côn trùng khác.

b-Vệ sinh người bệnh :

- Người bệnh phải được mặc quần áo bệnh viện.
- Thân nhân trực tiếp vệ sinh người bệnh dưới sự hướng dẫn của nhân viên trong Khoa.

c-Vệ sinh cá nhân :

- Các thành viên trong bệnh viện phải bảo đảm vệ sinh cá nhân, móng tay cắt ngắn, mặc quần áo công tác, đội mũ y tế theo quy chế trang phục y tế.
- Gương mẫu vệ sinh cá nhân và vệ sinh chung, nơi làm việc vệ sinh ngăn nắp.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

QUY CHẾ HỘI CHẨN

1/ Khi Cần Hội Chẩn :

- a. Các trường hợp khó chẩn đoán xác định nguyên nhân bệnh.
- b. Các trường hợp người bệnh cấp cứu.
- c. Các trường hợp người bệnh có chỉ định làm các thủ thuật.
- d. 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 Khám lại người bệnh và cho ý kiến hướng dẫn điều tiếp.

2/ Hình Thức Hội Chẩn :

a) **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 hoặc phó 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.

b) **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.

c) **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 hoặc phó giám đốc chuyên môn.
- 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

3/ Trình Tự Và Nội Dung Hội Chẩn :

a) **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.

b) 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 hồ sơ bệnh án và thăm khám người bệnh trước.

c) 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 kí, ghi rõ họ tên và chức danh.

d) 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.

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

f) 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.

g) Khi người bệnh có chỉ định phẫu thuật phải được hội chẩn để xác định. Hội chẩn phải có đầy 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.

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

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SỐC PHẢN VỆ

I) TRIỆU CHỨNG :

Ngay sau khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc muộn hơn, xuất hiện:

- Cảm giác khác thường (bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi . . .) tiếp đó xuất hiện triệu chứng ở 1 hoặc nhiều cơ quan.
- Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù Quincke.
- Mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt có khi không đo được.
- Khó thở (kiểu hen, thanh quản), nghẹt thở.
- Đau quặn bụng, tiêu tiểu không tự chủ.
- Đau đầu chóng mặt, đôi khi hôn mê.
- Chóngang vàng, vật vã, giãy giụa, co giật.

II) XỬ TRÍ :

A. Xử trí ngay tại chỗ:

- 1) Ngừng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên (thuốc đang dùng tiêm, uống bôi, nhỏ mắt, mũi).
 - 2) Cho bệnh nhân nằm tại chỗ.
 - 3) Thuốc: Adrenaline là thuốc cơ bản để chống sốc phản vệ.
- ✓ Adrenaline dung dịch 1/1000 ống 1ml = 1mg, tiêm dưới da (hoặc TB) ngay sau khi xuất hiện sốc phản vệ với liều như sau:
 - + ½ - 1 ống ở người lớn.
 - + Không quá 0,3ml ở trẻ em (ống 1ml (1mg) + 9ml nước cất = 10ml sau đó tiêm 0,1ml/kg).
 - + Hoặc Adrenaline 0,01mg/kg cho cả trẻ em lẫn người lớn.
 - ✓ Tiếp tục tiêm Adrenaline liều như trên 10 – 15 phút/ lần cho đến khi huyết áp trở lại bình thường.
 - ✓ Ủ ấm, đầu thấp chân cao, theo dõi huyết áp 10 – 15 phút/ lần (nằm nghiêng nếu có nôn)

Nếu sốc quá nặng đe dọa tử vong, ngoài đường tiêm dưới da có thể tiêm Adrenaline dung dịch 1/10,000 (pha loãng 1/ 10) qua tĩnh mạch. Bơm qua ống nối khí quản hoặc tiêm qua màng nhĩ gấp.

B. Tùy theo điều kiện trang thiết bị y tế và trình độ chuyên môn kỹ thuật của từng tuyến có thể áp dụng các biện pháp sau:

1) Xử trí suy hô hấp:

Tùy theo tuyến và mức độ khó thở có thể sử dụng các biện pháp sau đây:

- Thở Oxy mũi – thổi ngạt

- Bóp bóng Ambu có oxy.
- Đặt ống nội khí quản, thông khí nhân tạo. Mở khí quản nếu có phù thanh môn.
- Truyền tĩnh mạch chậm: Aminophyllin 1mg/kg/giờ hoặc Terbutaline 0,2microgam/kg/phút.

Có thể dùng:

- Terbutaline 0.5mg, 01 ống tiêm dưới da ở người lớn và 0.2ml/10kg ở em. Tiêm lại sau 6 – 8 giờ nếu không đỡ khó thở.
- Xịt họng Terbutaline, Salbutamol mỗi lần 4 – 5 nhát bóp, 4 – 5 lần trong ngày.

2) Thiết lập đường truyền tĩnh mạch: Adrenaline để duy trì huyết áp bắt đầu bằng 0.1microgam/kg/phút điều chỉnh tốc độ theo huyết áp (khoảng 2mg Adrenaline/giờ cho người lớn 55kg)

3) Các thuốc khác:

- Methylprenisolone 1 – 2mg/kg/4giờ hoặc Hydrocortisone hemissuccinate 5mg/kg/giờ tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở). Dùng liều cao hơn nếu sốc nặng (gấp 2 – 5 lần)
- Natriclorua 0.9% 1 – 2 lít ở người lớn, không quá 20ml/kg ở trẻ em.
- Pipolphen 50mg/2ml 1 – 2 ống tiêm bắp hay tĩnh mạch.

4) Điều trị phối hợp:

- Uống than hoạt 1g/kg nếu dị nguyên qua đường tiêu hóa.
- Băng ép chi phía trên chỗ tiêm hoặc đường vào của nọc độc.

Chú ý:

- Theo dõi bệnh nhân ít nhất 24giờ sau khi huyết áp đã ổn định.
- Sau khi sơ cứu nên tạm dừng đường tiêm tĩnh mạch đùi (vì tĩnh mạch to nằm phía trong động mạch đùi, dễ tìm)
- Nếu huyết áp vẫn không lên sau khi truyền đủ dịch và Adrenaline thì có thể truyền thêm huyết tương, Albumin (hoặc máu nếu mất máu) hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào có sẵn.
- Điều dưỡng có thể sử dụng Adrenaline dưới da theo phác đồ khi Bs không có mặt.

Hỏi kỹ tiền sử dị ứng và chuẩn bị hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ trước khi dùng thuốc là cần thiết.

CẤP CỨU NGỪNG TIM – NGỪNG THỞ

I. NGUYÊN NHÂN:

- Thường gặp: bệnh tim, TBMMN, tai nạn, SHH cấp, chấn thương;...
- Có thể phục hồi được hay không:
 - Có thể: giảm thể tích tuần hoàn, ngộ độc, chèn ép tim cấp, tràn khí màng phổi, rối loạn chuyển hóa, nhồi máu cơ tim...
 - Không thể: ung thư, bệnh giai đoạn cuối, tai nạn quá nặng.

II. CHẨN ĐOÁN :

- 1 – Mất ý thức
- 2 - Ngưng thở
- 3– Mất mạch bẹn, mạch cảnh.

** Các dấu hiệu khác:

- Da nhợt nhạt nếu mất máu cấp.
- Da tím ngắt nếu có suy hô hấp, ngạt thở.
- Máu ngưng chảy khi đang mổ.

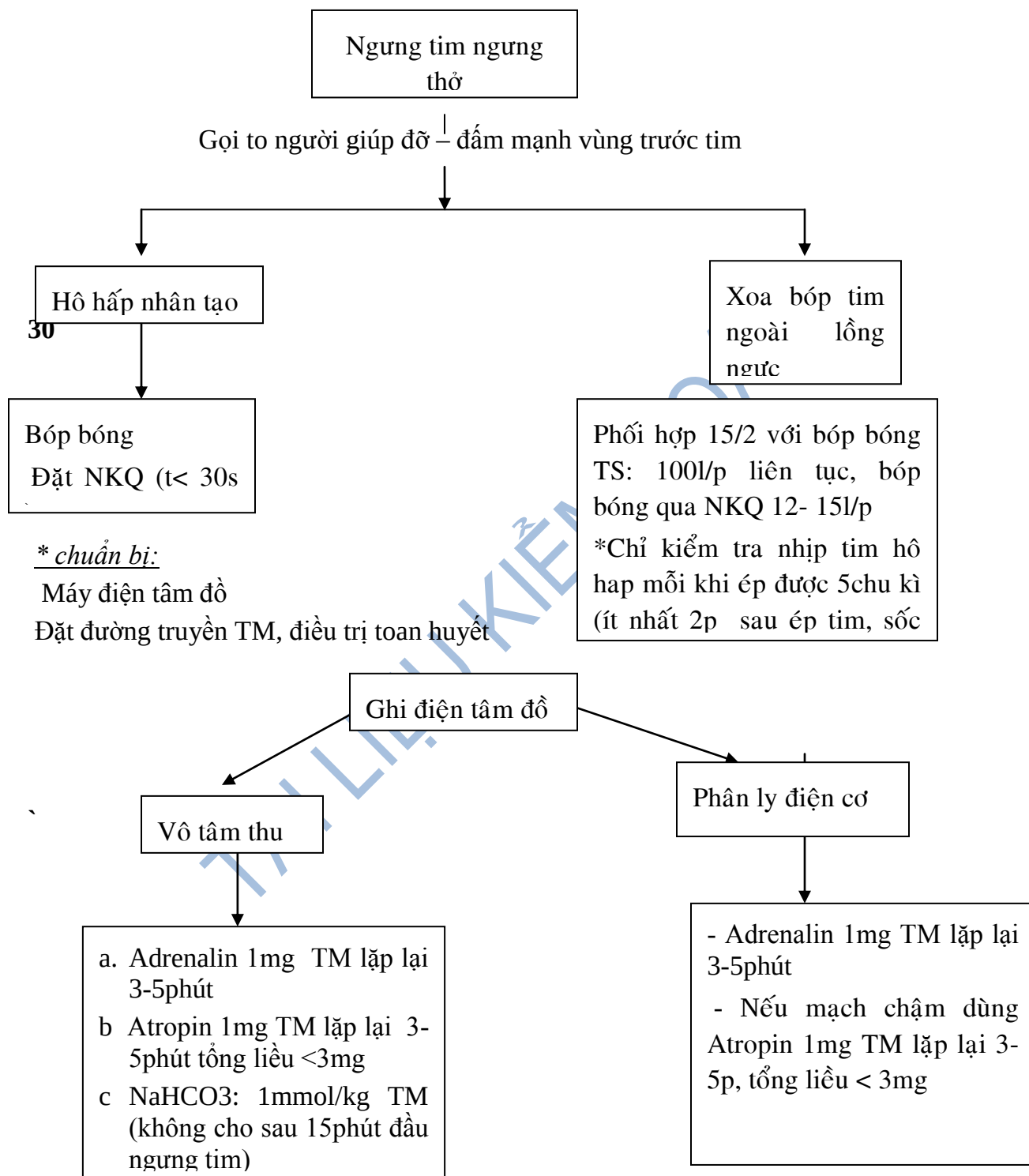
III. XỬ TRÍ : (Xem sơ đồ)

* Xử trí sau ép tim có kết quả:

- Đặt NKQ (nếu chưa đặt)
- Tụt HA: truyền dịch, Dopamin
- Thuốc chống loạn nhịp tái phát trong rung thất, nhịp nhanh thất.
- Điều trị nguyên nhân.
- Thở máy trong 24h đầu, phòng tái phát.

* Chỉ định kết thúc hồi sức: khi bệnh nhân không sống được sau thực hiện hồi sức nâng cao.

1. Đặt NKQ thành công.
2. Đặt đường truyền tĩnh mạch.
3. Vô tâm thu kéo dài hoặc có những biến đổi nghiêm trọng trên ECG.
4. Xác định những nguyên nhân không thể hồi phục.
5. Ngưng hồi sức hợp lý theo tình huống.



Adrenalin 1mg TM lập
lại 3-5p

ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU NÃO

I- CHẨN ĐOÁN :

Chẩn đoán dựa trên khám lâm sàng và các xét nghiệm : CTM, đường huyết, điện giải, chức năng đông máu, ECG, XQ lồng ngực. Chụp CT đầu là kỹ thuật quan trọng để chẩn đoán và phân biệt với XHN và các nguyên nhân khác.

II- ĐIỀU TRỊ TRONG GIAI ĐOẠN CẤP

1- Các vấn đề chủ yếu chăm sóc tích cực đối với đột quỵ

- Tim mạch:** Đột quỵ có thể gây biến đổi trực tiếp đến tim mạch mà không liên quan đến thiếu máu cơ tim trước đó. Cần theo dõi ECG ít nhất 48-72 giờ
- Đường thở:** Thở oxy hỗ trợ 2-5 lít/phút, đạt độ bão hoà oxy $> 95\%$, đảm bảo đường thở lưu thông, BN có rối loạn ý thức hút đàm nhớt thường xuyên, nằm nghiêng phòng ngừa tắc nghẽn đường thở và viêm phổi hít.
- Huyết áp(HA):** Tăng HA là hậu quả của đột quỵ do đau, căng bàng quang, đáp ứng sinh lý cho hiện tượng thiếu máu hoặc tăng áp lực nội sọ, HA sẽ giảm trong 24-48 giờ sau đột quỵ. Giảm HA nhanh chóng sẽ gây thiếu máu não cấp cho BN. Điều trị tăng HA bao gồm:
 - Tránh lo lắng, đau, buồn nôn, nôn
 - Tăng áp lực nội sọ
 - Sử dụng thuốc điều trị tăng HA trước đột quỵ
 - Hạ áp từ từ, tránh dùng Nifedepine ngâm dưới lưỡi
 - Giới hạn HA: Tâm thu: 160-180 mmHg, tâm trương dưới 100mmHg
 - HA tâm thu $> 180\text{mmHg}$, tâm trương $> 100\text{mmHg}$ thì dùng thuốc hạ ápCác thuốc thường dùng: Labetalol, Nifedipin, Captopril, lợi tiểu.
 - Hạ HA hiếm khi xảy ra, nếu có thường do giảm thể tích tuần hoàn
- Tăng thân nhiệt:** Tăng thân nhiệt làm tăng chuyển hoá ở não. Khi nhiệt độ tăng dùng thuốc hạ nhiệt, nếu có nhiễm trùng dùng kháng sinh
- Tăng đường huyết:** Khi đường huyết tăng cần điều chỉnh để đạt mức 120-150mg%. Từ ngày thứ hai trở đi nên điều chỉnh để đường huyết trở lại mức bình thường.
- Nuôi dưỡng và chăm sóc:** Năng lượng cung cấp 1200-1400 Calo/ngày, cần chú ý đến chức năng ruột, bàng quang, chăm sóc răng miệng, thêm vitamine. BN hôn mê được xoay trở tại giường 1-2 giờ/lần

2- Điều trị các biến chứng thần kinh

- Điều trị phù não và tăng áp lực nội sọ:**
 - Nâng cao đầu giường. Tăng thông khí để đạt tới PCO_2 25-35mmHg

- Giảm tối thiểu các kích thích.
- Lượng nước vào khoảng 2 lít/ngày (không dùng glucose 5%)
- Manitol 20%, 0,25-0,5g/kg mỗi 4-6 giờ. Không quá 1,5g/kg/24giờ

b) Kiểm soát co giật:

- Seduxen 10mg TMC 5mg/phút, tác dụng sau 30-45phút, liều tối đa 40mg
- Phenobarbital 10-20mg/kg, TTM 50mg/phút

3- Phòng ngừa các biến chứng bán cấp

- Tắc tĩnh mạch sâu và nhồi máu phổi:** Vận động sớm tại giường, tập thể dục cho bên liệt. Dùng heparin (5000UI/ 2lần/ 24giờ), aspirin khi BN có chống chỉ định với heparin. Trường hợp chống chỉ định cả hai thuốc trên thì dùng Ticlopidin
- Phòng ngừa nhiễm trùng hô hấp:** Vận động sớm, vỗ lưng, BN hôn mê cần dẫn lưu tư thế, ngăn ngừa trào ngược.
- Nhiễm trùng tiết niệu:** Cần cung cấp đủ nước, acid hoá nước tiểu và đặt sond tiểu ngắt quãng. Dùng kháng sinh sớm khi có nhiễm trùng.
- Loét:** Làm tăng kê tỷ lệ tử vong và tàn phế. Cần xoay trở thường xuyên.
- Loét dạ dày:** BN xuất hiện loét dạ dày thường dùng thuốc ức chế H2 và antacid .
Tránh dùng aspirin cho BN có tiền căn loét dạ dày

III- ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU THIẾU MÁU NÃO CẤP

Thuốc tiêu huyết khối: rtPA TTM 0,9mg/kg, liều tối đa 90mg trong đó truyền nhanh 10%, số còn lại trong 60 phút, cửa sổ điều trị là 3 giờ đầu sau đột quy. **Thuốc kháng đông:** Hiện tại không có chỉ định sử dụng rộng rãi heparin. Trừ trường hợp TIA sau khi xác định rõ nguyên nhân.

Chống kết tập tiểu cầu: Aspirin liều 160-325mg, trong 48 giờ sau đột quy. Không sử dụng khi: GCS< 8 điểm, HA cao dao động, tổn thương não diện rộng

Thuốc bảo vệ thần kinh: Các thuốc thường dùng: piracetam, cerebrolysin, vinpocétine, raubasin + almitrin, citicolin.

IV- ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG :

BN đột quy cần hoạt động phục hồi chức năng và bắt đầu ngay khi có thể. BN mất ý thức được tập động để ngăn ngừa co cơ và các biến chứng khác.

V- PHÒNG NGỪA TÁI PHÁT ĐỘT QUY :

1- Điều trị các yếu tố nguy cơ:

- Tăng HA
- Tăng cholesterol máu
- Ngưng hút thuốc lá
- Các yếu tố nguy cơ khác: béo phì, uống rượu, tăng hematorit

2- Điều trị chống huyết khối:

- Nếu không có rung nhĩ: Aspirin liều 80-325mg/ngày hoặc Ticlopidin liều 75mg/ngày
- Nếu có rung nhĩ: sử dụng kháng đông đường uống (warfarin), nếu có chống chỉ định thì dùng aspirin.

XUẤT HUYẾT NÃO

I. LÂM SÀNG

- Đau đầu
- Chóng mặt
- Rối loạn thị giác
- Rối loạn cảm giác
- Rối loạn ngôn ngữ
- Yếu và liệt nửa người
- Các kiểu hôn mê

II. CẬN LÂM SÀNG

- CT đầu
- MRI
- Siêu âm xuyên sọ
- Siêu âm động mạch cảnh và cột sống
- DSA
- ECG
- CTM, SGOT, SGPT, ion đồ, ure, creatinin

III. CHẨN ĐOÁN: Dựa vào triệu chứng lâm sàng: Nhức đầu, nôn ói, biến đổi tri giác sớm, HA tăng, dấu thần kinh khu trú.

- *CT sọ não là tiêu chuẩn vàng* chẩn đoán xuất huyết não, loại trừ nhồi máu não và những tổn thương thần kinh do các nguyên nhân khác

* **Chẩn đoán phân biệt:**

- Hạ đường huyết
- Rối loạn điện giải
- Ngộ độc
- Liệt Todd sau cơn động kinh

IV. ĐIỀU TRỊ CHUNG:

1. Chăm sóc đường thở: giữ thông đường hô hấp

- Nằm đầu cao 30 độ
- Thở oxy 2-5 l/ph
- Duy trì PaCO₂ 25-30mmHg
- Đặt nội khí quản, thở máy (nếu cần)

2.Điều trị tăng thân nhiệt: Hạ sốt tích cực bằng lau mát và acetaminophen

3.Kiểm soát đường huyết:

- Khi Glycemie > 200 mg% (11,2 mmol/L) cần điều chỉnh
- Duy trì Glycemie # 120-150 mg% (7-8 mmol/L)

4.Dự phòng xuất huyết tiêu hóa: Thuốc ức chế bơm proton hoặc kháng H2

5.Nuôi dưỡng và chăm sóc:

- Natriclorid 0.9% # 1.5 l /24h, những ngày sau tùy lượng nước xuất/24h
- Điều chỉnh điện giải ,duy trì Na+ > 140 mEq/L, K+ > 3,5 mE q/L
- Không dùng dung dịch nhược trương và dung dịch có đường
- Quan trọng là nuôi ăn qua đường dạ dày
- Xoay trở vỏ lung chống loét

6.Ổn định huyết áp:

- HA tâm thu > 180mmHg/HA, HA tâm trương >100mmHg cần dùng thuốc hạ áp
- Hạ HA từ từ, duy trì HA tâm thu # 160-180mmHg
- Thuốc : ức chế men chuyển, furosemide, ức chế canxi uống.

V. CHỐNG PHÙ NÃO VÀ TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ:

1.Dấu hiệu lâm sàng gợi ý chống phù não:

- Tình trạng ý thức xấu dần và/hoặc hôn mê
- Có dấu hiệu chèn ép não đôi bên tổn thương
- Huyết áp cao và dao động
- Tổn thương diện rộng trên CT scan
- Đau đầu tăng lên và xuất hiện đau đầu mới

2.Điều trị:

- Nâng cao đầu giường 30 độ
- An thần (Diazepam, Barbituric) khi người bệnh kích thích,vật vã
- Duy trì PCO2 # 25-30mmHg
- Mannitol 20%.Liều 0.25-0.5g/kg trong 20-30',mỗi 4-6 giờ,<= 1.5g/kg/24giờ, trong 3-5 ngày

VI.THAM VẤN PHẪU THUẬT THẦN KINH:

- Xuất huyết tiêu não > 3cm
- Dẫn não thất do tắc nghẽn
- Có bằng chứng của chèn ép thân não
- Xuất huyết do vỡ phình mạch, AVM, u mạch hang
- Bệnh nhân trẻ với xuất huyết não thùy lớn hoặc vừa

VII. YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG

- Tuổi > 60
- Glasgow <9 điểm
- Ổ xuất huyết > 80ml
- Xuất huyết não thất lượng nhiều
- Huyết áp cao khó kiểm soát

- Rối loạn hô hấp
- Rối loạn thân nhiệt.

ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH

I. LÂM SÀNG:

- Khởi phát bất chợt
- Có xu hướng lặp lại
- Con kéo dài khoảng vài phút

II. CẬN LÂM SÀNG

- EEG
- CTM, ure, creatinine, ion đồ
- CT đầu

III. ĐIỀU TRỊ

- **Valproic acid**(Depakin viên 500mg)
Khởi đầu liều 200 – 400mg/ngày, tăng 5 – 10mg/kg mỗi 3 – 7 ngày.
Liều duy trì 10 – 40mg/kg/ngày.
- **Topiramate** (topiramate viên 25, 50mg)
liều khởi đầu 50mg/ngày sau đó tăng 50 mg mỗi 1- 2 tuần cho tới liều 200 – 600mg/ngày.
Liều duy trì 200 – 600mg/ngày.
- **Gabapentin**
Khởi đầu 300mg mỗi ngày và mỗi ngày tăng 300mg chia làm 3 lần. Liều tối đa 4800mg/ngày.
Liều duy trì 900 – 4800mg/kg/ngày.
- **Phenobarbital:**
Khởi đầu 0,5 – 1mg/kg/ngày(người lớn 30 -60mg/ngày), tăng liều 0,5 -1mg mỗi 3-4 tuần.
Duy trì 1- 3 mg/kg/ngày(60 – 240mg/ngày)
- **Ethosuximide**
Liều khởi đầu 250 – 500mg/ngày tăng 250mg mỗi tuần cho đến khi kiểm soát được cơn.
Liều duy trì 15 – 40mg/kg/ngày

▪ **Carbamazepine**

Liều khởi đầu 400mg/ngày và tăng 200mg mỗi tuần

Liều duy trì 8 – 20 mg/kg/ngày (400 – 1800mg/ngày)

NHƯỢC CƠ

I. Định nghĩa:

Nhược cơ (MG) là một bệnh ảnh hưởng đến khớp thần kinh–cơ. Trong bệnh MG các kháng thể làm giảm các thụ thể tiếp nhận acetylcholine(Ach), do đó làm giảm dẫn truyền thần kinh–cơ. Đặc điểm chính của MG là yếu và mỏi cơ vận, yếu cơ tăng khi vận động gắng sức và cải thiện khi nghỉ ngơi.

II. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Yếu cơ thay đổi trong ngày, thường sau lao động hoặc về buổi chiều.
- Nghiệm pháp Tensilon, Prostigmin (+).
- Nghiệm pháp Jolly (+) và có phản ứng nhược cơ trên điện cơ.
- Xét nghiệm có kháng thể kháng thụ thể Acetylcholin.

III. Xếp loại lâm sàng của Jaretzki:

Loại I	Sụp mí hay yếu các cơ vận nhãn khác, không yếu cơ toàn thân
Loại II mắt	<u>Yếu cơ nhẹ</u> ảnh hưởng đến bất kỳ nhóm cơ nào, có hay không có các cơ
IIa	Ảnh hưởng rõ đến các cơ chân và cánh tay và/hoặc thân. Cũng thường tổn thương đến cơ miệng hầu
IIb	Ảnh hưởng rõ đến các cơ miệng hầu, hô hấp. Cũng thường tổn thương đến cơ chân, cánh tay và thân.
Loại III mắt	<u>Yếu cơ vừa</u> ảnh hưởng đến bất kỳ nhóm cơ nào, có hay không có các cơ
IIIa	Ảnh hưởng rõ đến các cơ chân và cánh tay và/hoặc thân. Cũng thường tổn thương đến cơ miệng hầu
IIIb	Ảnh hưởng rõ đến các cơ miệng hầu, hô hấp. Cũng thường tổn thương đến cơ chân, cánh tay và thân.
Loại IV mắt	<u>Yếu cơ nặng</u> ảnh hưởng đến bất kỳ nhóm cơ nào, có hay không có các cơ

IVa	Ảnh hưởng rõ đến các cơ chân và cánh tay và/hoặc thân. Cũng thường tổn thương đến cơ miệng hầu
IVb	Ảnh hưởng rõ đến các cơ miệng hầu, hô hấp. Cũng thường tổn thương đến cơ chân, cánh tay và thân.
Loại V	Thể bệnh nặng nhất, cơ nhược cơ: phải đặt nội khí quản hỗ trợ hô hấp. nuôi ăn bằng sond dạ dày cho bệnh nhân loại IVb

IV. Điều trị:

1. Điều trị nhược cơ:

a. Thuốc kháng men Cholinesterase:

- Neostigmin 15mg 3v/ngày, uống trước bữa ăn. Tiêm bắp 0.5-1mg, ngày 2-4 ống trước bữa ăn.
- Mestinon 60mg 1-4v/ngày, chia nhiều lần trước bữa ăn

Chú ý dùng liều cao dẫn đến nguy cơ tăng dự trữ acetylcholin đưa đến các rối loạn muscarinic, nicotinic, thần kinh trung ương

Khi xuất hiện các hội chứng trên nên ngừng thuốc hay giảm liều và dùng Atropin để điều trị.

- ###### b. Corticoid:
- Thường có chỉ định từ loại IIb trở đi. Khởi đầu liều 15-20mg, sau đó tăng 5mg cho mỗi 3-5 ngày, liều tối đa 1mg/kg/ngày, khi đạt liều tác dụng giảm dần, duy trì 5-10mg, có thể dùng cách nhật kéo dài 2-3 tháng,

- ###### c. Cắt tuyến ức:
- bệnh thuyên giảm, đặc biệt ở những bệnh nhân nữ

2. Điều trị cơ nhược cơ:

Neostigmin 0.5-1mg iv. Nếu tiếp tục suy hô hấp, hồi sức tích cực (mở khí quản, thở máy).

Cần duy trì ức chế men Cholinesterrasa bằng cách truyền liên tục Neostigmine liều 0.15-0.5mg/giờ, tổng liều 16-20mg/ngày, dùng trong 48-72 giờ

Chú ý: các thuốc làm nặng bệnh nhược cơ:

- Các thuốc làm giảm quá trình dẫn truyền thần kinh-cơ: Morphine
- Thuốc gây tê (nếu cần thuốc nhóm amid tốt hơn nhóm ester)
- Các thuốc chống loạn nhịp: Quinin, Quinidine, Procainamide, Verapamin
- Các kháng sinh nhóm aminoglycoside, quinolone, macrolide.
- Thuốc ức chế beta.
- Thuốc ức chế kênh canxi
- Các dẫn chất: Benzodiazepin, Valium, Tranxene.

THỞ MÁY CƠ BẢN

I-Thông khí thể tích (volume ventilation):

- Ở mỗi nhịp thở, thể tích khí thường lưu (V_t) sẽ không đổi dựa vào mức ta cài đặt sẵn

••Do đó khi có sự thay đổi về sức cản đường thở, sức đàn của phổi thì áp lực đỉnh đường thở (PIP) sẽ thay đổi.

Sức cản tăng, áp lực đường thở tăng (co thắt phế quản, nội khí quản nhỏ, đàm trong nội khí quản...)••Sức đàn của phổi giảm thì áp lực đường thở tăng (viêm phổi, phù phổi, tràn dịch, tràn khí màng phổi ...)

*Thuận lợi

- - V_t cố định bảo đảm được thông khí phút (V_E)

••-Dễ dàng nhận diện được sự thay đổi trong sức cản đường thở và sức đàn của phổi thông qua sự thay đổi PIP.

*Bất lợi

•-PIP thay đổi có thể tăng cao quá mức gây ra tổn thương phổi do áp lực (barotrauma): vỡ phế nang gây tràn khí trung thất, tràn khí màng phổi, tràn khí dưới da.

••-Theo dõi: cài đặt báo động áp lực đỉnh đường thở cao (PIP alarm) 10cmH₂O trên mức PIP trung bình

II-Thông khí áp lực (pressure ventilation):

- Ở mỗi nhịp thở, áp lực đỉnh đường thở không đổi theo mức ta cài đặt sẵn.

••Do đó khi có sự thay đổi về sức cản đường thở, sức đàn của phổi thì thể tích khí thường lưu (tidal volume: V_t) sẽ thay đổi.

••Nếu sức cản đường thở tăng ® thể tích khí thường lưu V_t ?

••Nếu sức đàn của phổi giảm ® thể tích khí thường lưu V_t ?

••Ảnh hưởng như thế nào đến thông khí phế nang?

*Thuận lợi của thông khí áp lực là PIP cố định theo mức ta cài đặt ® làm giảm nguy cơ tổn thương phổi do áp lực (barotrauma).

••Ngoài ra dạng tốc độ dòng giảm dần cải thiện sự phân phối khí.

*Bất lợi :

- Sức cản tăng, sức đàn giảm ® giảm Vt, giảm thông khí phế nang ® ứ CO₂•Khó nhận diện được sự thay đổi về sức cản đường thở cũng như sức đàn của phổi, ví dụ như đàm trong ống nội khí quản hoặc co thắt phế quản.

Theo dõi: cài đặt báo động thể tích khí thường lưu thấp (low Vt alarm), thấp hơn 20% Vt trung bình.

Ví dụ: đang sử dụng mode PSV

- Cài mức áp lực 20 cmH₂O ® Vt dao động trong khoảng 450ml, 480ml, 500ml, 550ml.
- Tính Vt trung bình, sau đó cài mức báo động Vt thấp hơn 20%, tức khoảng 400ml.

III-CÁC MODE THỞ:

1-Control mode:

- Tần số thở luôn bằng tần số cài đặt với Vt hoặc mức áp lực đường thở chúng ta cài đặt sẵn.
- Mode thở này không quan tâm đến thở tự nhiên của bệnh nhân ® chống máy vì thể hiện chỉ còn một số máy thở có mode này.

2-Thông khí trợ giúp / kiểm soát Assist / Control mode: A/C mode

- Ta cài đặt tần số tối thiểu, bệnh nhân có thể trigger máy với tần số cao hơn nhưng mỗi nhịp thở máy sẽ cung cấp thể tích khí thường lưu hoặc áp lực hít vào đã được cài đặt.
- Ví dụ: mode A/C thông khí thể tích, cài tần số 14, Vt 500 ml.

Thông khí phút (V_E) = 14 x 500ml=6.000ml

- A/C mode thông khí áp lực (PCV)
- Cài tần số 14, mức áp lực 20 cmH₂O

Chỉ có thể dự đoán dựa vào Vt trung bình, vì Vt thay đổi theo từng nhịp thở tùy thuộc:

- bệnh nhân hít vào có sâu không
- sức cản đường thở (cả ống nội khí quản)
- Sức đàn của phổi.

Ví dụ Vt thay đổi 450ml, 580 ml, 500ml, 550 ml, nếu bệnh nhân thở 20 lần phút thì V_E vào khoảng 10 lít/phút

- A/C Là mode thở khởi đầu và là mode thở chính cho bệnh nhân trong suốt quá trình thở máy.

•Thuận lợi:

- an toàn, luôn bảo đảm thông khí.
- duy trì thở tự nhiên của bệnh nhân.

•Bất lợi:

- Nếu bệnh nhân thở nhanh gây ra kiềm hô hấp
- Thở kéo dài gây ra teo cơ hô hấp.

3-Thông khí bắt buộc ngắt quãng đồng bộ SIMV:

Máy thở chỉ cung cấp thể tích khí thường lưu hoặc áp lực hít vào đã cài đặt ở các nhịp thở bắt buộc (tần số cài đặt) nhưng đồng bộ với bệnh nhân

- Giữa các nhịp thở bắt buộc bệnh nhân được thở tự nhiên vì thể tích khí thường lưu ở các nhịp thở này sẽ thay đổi tùy theo gắng sức hô hấp của bệnh nhân.

- Cài SIMV thông khí thể tích, tần số khởi đầu 10 lần / phút sau đó nếu Bn tự thở tốt ta giảm dần còn 8 , 6 , 4lần / phút sau đó cai máy (có thể cai máy sớm hơn ở mức 6 – 8 lần / phút).

- *Chỉ định:

- -Cai máy

- -Bệnh nhân thở máy dài ngày có thở tự nhiên tương đối tốt

- *Thuận lợi: mode SIMV ít có tình trạng kiềm hô hấp và ít teo cơ hô hấp hơn so với mode A/C.

- *Bất lợi của SIMV là làm tăng công thở vì thể lâm sàng kết hợp SIMV với PSV để giảm công thở.

4-Pressure support PSV:

- Ta cài đặt mức hỗ trợ áp lực (pressure support level) ® mỗi nhịp thở máy sẽ duy trì áp lực hít vào ở mức ta cài đặt.

- Tất cả các nhịp thở đều do bệnh nhân quyết định (bệnh nhân trigger máy) ® bệnh nhân ngưng thở máy sẽ không đẩy khí vào.

- Thể tích khí lưu thông sẽ thay đổi ở từng nhịp thở tùy thuộc vào •mức hỗ trợ áp lực, •gắng sức hít vào của bệnh nhân , sức cản đường thở, sức đàn của hệ thống hô hấp.

- *Thuận lợi:

- Bệnh nhân thường dung nạp tốt

- Duy trì thở tự nhiên của bệnh nhân, tránh tình trạng teo cơ.

- *Bất lợi:

- Nhịp thở hoàn toàn lệ thuộc vào bệnh nhân ®nguy hiểm nếu bệnh nhân ngưng thở

- Vì vậy một số máy có chế độ apnea backup ventilation, khi bệnh nhân ngưng thở máy tự động chuyển sang mode A/C/

- Nếu máy không có chế độ tự động chuyển sang mode A/C khi bệnh nhân ngưng thở, để an toàn cho bệnh nhân nên phối hợp SIMV + PSV

- Nếu bệnh nhân ngưng thở máy vẫn đẩy khí vào phổi bệnh nhân với tần số và Vt của SIMV

QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH “ TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO ”

SỐ =>	Vấn đề NB / Mục tiêu cần đạt	HÀNH ĐỘNG ĐIỀU DƯỠNG			
			S	C	D
1 =>	Hôn Mê Cải thiện tri giác	a. Cho NB nằm nghỉ ngơi tại giường, nằm đầu cao 20° - 30°.	x→	→	→
		b. Di chuyển NB nhẹ nhàng tránh làm bệnh nặng thêm.	x→	→	→
		c. Theo dõi DHST.	x→	→	→
		d. Tri giác 6 giờ/lần dựa vào thang điểm glasgow.	x→	→	→
2 =>	Khó thở do tăng tiết đàm Lưu thông đường thở	a. Đặt NB nằm mặt nghiêng 1 bên tránh hít phải đàm dãi.	x→	→	→
		b. Hút đàm nhớt cho người bệnh.	x→	→	→
		c. Đặt Airway tránh tuột lưỡi.	x→	→	→
		d. Thực hiện thở Oxy theo y lệnh	x→	→	→
		e. Hướng dẫn thân nhân thường xuyên vỗ rung lồng ngực giúp loãng đàm.	x→	→	→
		f. TD nhịp thở 30 phút/ lần, Td màu sắc da và niêm mạc.	x→	→	→
3 =>	Liệt hoặc yếu 1 bên Đề phòng biến chứng	a. Cho NB nằm nệm nước hoặc nệm hơi để phòng loét ép.	x→	→	→
		b. Thường xuyên thay đổi tư thế 2 giờ/ lần	x→	→	→

		c. Xoa bóp vùng tì đè để lưu thông máu tốt.	x→	→	→
		d. Vệ sinh cá nhân sạch sẽ, giữ drap giường luôn khô sạch.	x→	→	→
		e. Hướng dẫn vỗ rung lồng ngực, tập thở, tập ho để phòng viêm phổi.	x→		
		f. Thường xuyên tập luyện, vận động chống teo cơ, cứng khớp.	x→	→	→
4	Nuôi dưỡng qua sonde dạ dày. => Đảm bảo dinh dưỡng.	a. Giải thích việc đặt sonde dạ dày.	x→		
		b. Thử ống an toàn trước khi cho ăn.	x→	→	→
		c. Vệ sinh ống trước và sau khi ăn.	x→	→	→
		d. Hướng dẫn chế độ ăn thích hợp.	x→		
		e. Hướng dẫn người nhà cách bơm thức ăn cho người bệnh.	x→		
		f. Thường xuyên kiểm tra ống sonde tránh gập, tuột ống.	x→	→	→
5	Đặt ống thông tiểu => Tránh nhiễm trùng ngược dòng	a. Thực hiện y lệnh đặt sonde tiểu theo nguyên tắc vô trùng.	x→		
		b. Cố định ống và thường xuyên tránh gập và tuột ống.	x→	→	→
		c. Thường xuyên vệ sinh sạch sẽ ống và bộ phận sinh dục NB.	x→	→	→
		d. Túi nước tiểu phải đặt thấp hơn NB và thay túi mỗi ngày.	x→	→	→
		e. TD số lượng, màu sắc nước tiểu mỗi ngày.	x→	→	→
		f. Tập kích thích bàng quang co bóp bằng cách kẹp ống lại.	x→	→	→
6	Nguy cơ xảy ra biến chứng => Ngăn ngừa biến chứng.	a. Thường xuyên thay đổi tư thế 2 giờ / lần.	x→	→	→

		b. Vệ sinh da sạch sẽ và xoa bóp da vùng tì đè giúp lưu thông máu tránh loét ép.	x→	→	→
		c. Giữ drap giường luôn khô ráo sạch sẽ.	x→	→	→
		d.Cho NB uống nhiều nước chín để nguội và kết hợp với vỗ lưng ngừa viêm phổi.	x→	→	→
		e. Thường xuyên tập luyện vận động càng sớm càng tốt, để hạn chế di chứng teo cơ cứng khớp.	x→	→	→
7	NB và gia đình thiếu kiến thức về bệnh. => Tăng cường sự hiểu biết.	a. Giải thích về sự cần thiết của việc chăm sóc và nuôi dưỡng lâu dài.	x→	→	→
		b. Khuyến khích người bệnh thường xuyên tập luyện, vận động.	x→	→	→
		c. Hướng dẫn NB tuân thủ chế độ dùng thuốc theo toa bác sĩ, không được tùy tiện bỏ thuốc.	x→	→	→
		d. Hướng dẫn NB tích cực điều trị các bệnh kèm theo như: tăng HA, tiểu đường,...	x→	→	→
		e.Tránh các yếu tố gây căng thẳng, stress,...	x→	→	→
Điều dưỡng ký tên :			S		
			C		
			Đ		

=> : mục tiêu cần đạt ;

S: sáng (7h – 15h) ; **C** : chiều (15h – 23h) ; **Đ** : đêm (23h – 7h)

x→ : bắt đầu thực hiện ; **→** : tiếp tục thực hiện ; **O** : không thực hiện

QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH “ ĐỘNG KINH ”

SỐ =>	Vấn đề NB / Mục tiêu cần đạt	HÀNH ĐỘNG ĐIỀU DƯỠNG			
			S	C	Đ
1 =>	Co giật toàn thân An toàn NB	a. Cố định NB, cho NB nằm nghiêng 1 bên tránh hít phải đờm dãi, nằm giường có song chắn, phải có người nuôi bên cạnh.	x→	→	→
		b. Theo dõi tình trạng tăng tiết, hút đàm dãi, thở oxy theo y lệnh.	x→	→	→
		c. Dùng gạt quần vào cây đè lưỡi đặt giữa 2 hàm răng.	x→	→	→
		d. Theo dõi DHST.	x→	→	→
		e. Thực hiện thuốc cắt cơn co giật theo y lệnh.	x→	→	→
		f. Theo dõi thời gian và khoảng cách giữa các cơn co giật.	x→	→	→
2 =>	Tình trạng NB sau cơn co giật. Phát hiện sớm các biểu hiện bất thường.	a. Theo dõi DHST.	x→	→	→
		b. Theo dõi tình trạng tri giác NB (dựa vào thang điểm glasgow).	x→	→	→
		c. Vệ sinh cá nhân cho NB sau cơn co			

		giặt.	x→	→	→
		d. Giữ drap giường luôn khô, sạch.	x→	→	→
		e. Luôn thay đổi tư thế NB 2 giờ/lần để phòng loét ép.	x→	→	→
		f. Thường xuyên vỗ lưng, hút sạch đàm nhớt.	x→	→	→
3 =>	Đau đầu. Giảm đau	a. Giải thích tình trạng bệnh để NB yên tâm điều trị.	x→	→	→
		b. Chườm ấm vùng đau.	x→	→	→
		c. Xoa bóp vùng trán, thái dương giúp NB dễ chịu.	x→	→	→
		d. Theo dõi DHST.	x→	→	→
		f. Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh.	x→	→	→
4 =>	Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng. Đảm bảo đủ dinh dưỡng.	a. Vệ sinh răng miệng trước và sau ăn.	x→	→	→
		b. Khuyến khích NB ăn đủ thành phần : đạm, đường, vitamin và muối khoáng.	x→	→	→
		c. Cho NB ăn mềm, lỏng, dễ tiêu và chia làm nhiều bữa trong ngày.	x→	→	→
		d. Cho NB uống nhiều nước chín để nguội hoặc nước ép trái cây....	x→	→	→
		e. Nếu NB không nuốt được thì cho ăn qua sonde dạ dày.	x→	→	→
5 =>	NB và gia đình thiếu kiến thức về bệnh. Tăng cường sự hiểu biết.	a. Cung cấp thông tin về bệnh tật, giải thích và trả lời những thắc mắc cho NB và gia đình.	x→		
		c. Hướng dẫn NB đừng quá lo lắng, căng thẳng để tái phát bệnh.	x→		

		d. Hướng dẫn NB tuân thủ chế độ dùng thuốc theo toa BS, không tùy tiện bỏ thuốc.	x→		
		e. Khi ra viện tái khám định kỳ.	x→		
Điều dưỡng ký tên :			S		
			C		
			Đ		

=> : mục tiêu cần đạt; S: sáng (7h – 15h); C: chiều (15h – 23h); Đ: đêm (23h – 7h)

x→ : bắt đầu thực hiện ; → : tiếp tục thực hiện ; O : không thực hiện

QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH “ ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN ”

SỐ =>	Vấn đề NB / Mục tiêu cần đạt	HÀNH ĐỘNG ĐIỀU DƯỠNG			
			S	C	Đ
1 =>	Đặt nội khí quản. Cải thiện tri giác	a. Vô lung, hút đàm.	x→	→	→
		b. Chăm sóc miệng, họng, ống nội khí quản.	x→	→	→
		c. Kiểm tra vị trí ống, báo BS khi có tắc nghẹt.	x→	→	→
		d. Theo dõi sát DHST, tri giác.	x→	→	→
		e. Vệ sinh cá nhân, xoay trở.	x→	→	→
2 =>	Sốt 39 ° Hạ sốt	a. Mặc quần áo thoáng mát.	x→	→	→
		b. Lau mát bằng nước ấm.	x→	→	
		c. Đặt Airway tránh tuột lưỡi.	x→	→	→
		d. Thực hiện thuốc hạ sốt theo y lệnh.	x→	→	→
		e. Theo dõi T ° sau 30 phút dùng thuốc.	x→	→	→
		f. Cho NB uống nhiều nước chín để nguội.	x→	→	→

3 =>	Nằm lâu Phòng chống loét	a. Giải thích và hướng dẫn thân nhân hiểu về tình trạng bệnh.	x→		
		b. Hướng dẫn người nhà xoay trở và vỗ lưng NB 2 giờ/ lần. Chú ý các vùng dễ bị tì đè, cắn.	x→	→	→
		d. Vệ sinh cá nhân, drap giường, thay quần áo khi ướt.	x→		→
		e. Hướng dẫn vỗ rung lồng ngực, tập thở, tập ho để phòng viêm phổi.	x→		
		f. Thường xuyên tập luyện, vận động chống teo cơ, cứng khớp.	x→	→	→
4 =>	Tổn thương niêm mạc, mũi miệng. Vết thương sạch, không nhiễm trùng, mau lành.	a. Kiểm tra kích cỡ ống nội khí quản, sử dụng phù hợp.	x→		
		b. Vệ sinh răng miệng 3 lần/ ngày.	x→	→	→
		c. Rửa các vết xây xước bằng dung dịch nước muối sinh lý.	x→	→	→
		d. Hút mũi, miệng thao tác nhẹ nhàng.	x→	→	→
Điều dưỡng ký tên :			S		
			C		
			Đ		

=> : mục tiêu cần đạt ;

S : sáng (7h – 15h) ; **C** : chiều (15h – 23h) ; **Đ** : đêm (23h – 7h)

x→ : bắt đầu thực hiện ; **→** : tiếp tục thực hiện ; **O** : không thực hiện

QUY TRÌNH GIÁM ĐỊNH Y KHOA THẦN KINH

I/ MỤC ĐÍCH:

Giám Định Y Khoa Gồm Có :

- Khám xin chế độ nghỉ hưu, khám giám định sức khỏe cho học sinh , sinh viên. khám tại khoa trong giờ hành chánh.
- Thực hiện hàng tuần
- Trường hợp đặc biệt phức tạp hoặc vượt khả năng chuyên môn phải có trách nhiệm chuyển tuyến trên.

II/ PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: khoa thần kinh

III/ THÀNH PHẦN GIÁM ĐỊNH:

- Bác sĩ giám định viên pháp y thần kinh

IV/ NỘI DUNG :

*** CÁC BƯỚC CỤ THỂ :**

- Xác định cơ quan yêu cầu giám định : Hội đồng Giám định Y Khoa Tỉnh AG
- Khám và chẩn đoán.
- Hoàn tất phiếu kết quả (có kết luận, ký xác nhận, đóng dấu khoa)
- Trả kết quả ngay sau khi khám

MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG NĂM 2010

KHOA NỘI THẦN KINH

I. ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH:

1) KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC:

- Tổng kết hoạt động khoa Nội Thần kinh năm 2009 (02 tháng từ khi tách thành khoa độc lập), tổng số bệnh nhập vào khoa là 516, với tổng số ngày điều trị là 2900, ngày điều trị trung bình là 5.6 ngày/bệnh.

2) PHÂN TÍCH ĐÁNH GIÁ:

☺ Thuận Lợi

- Chuyên môn: Bác sĩ và điều dưỡng phần lớn có kiến thức chuyên môn về thăm khám và chăm sóc bệnh Thần kinh.

- Nhân sự ; đã được bổ sung đầy đủ.

☹ Khó Khăn:

Bệnh thường xuyên quá tải.

Bệnh nhân tai biến mạch máu não ngày điều trị kéo dài.

II. MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG CỦA KHOA:

Qua phân tích đánh giá khoa chọn mục tiêu là duy trì ngày điều trị trung bình và mục tiêu đề ra là 5.6 ngày/người trở lại.

☺ Công thức tính hoặc chỉ số:

[tổng số ngày điều trị trong năm/ Tổng số hồ sơ trong năm]

Nguồn dữ liệu: số liệu tổng hợp từ phòng Kế hoạch tổng hợp bệnh viện.

III. KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG:

STT	Bước Công Việc	Thời gian thực hiện	Người Thực Hiện	Người Giám Sát
1	Áp dụng tối ưu phác đồ điều trị và qui trình chăm sóc .	Năm 2010	Bác sĩ và điều dưỡng tại khoa	Trưởng khoa
2	Tổ chức sinh hoạt, tập huấn định kỳ mỗi quý về qui chế chuyên môn và các qui trình chăm sóc nhằm đảm bảo cho nhân viên ngày càng thành thạo hơn.	Ngày thứ sáu của tuần đầu mỗi quý	Ban chủ nhiệm khoa	Trưởng khoa
3	Tổng hợp, báo cáo thực hiện mục tiêu	Mỗi quý	Trưởng/ phó khoa	BGD bệnh viện

ĐÁNH GIÁ MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG

TÊN MỤC TIÊU	NGÀY ĐIỀU TRỊ TRUNG BÌNH < 5.6 ngày
- Mục đích	- Duy trì ngày điều trị trung bình của bệnh tại khoa
- Công thức đo	- Tổng ngày điều trị / số bệnh nhập vào khoa
- Thời gian thực hiện	- Từ tháng 01/2010
- Kết quả phải đạt	- Ngày điều trị trung bình bệnh < 5.6 ngày
- Nguồn dữ liệu	- Số liệu lấy từ Phòng Kế hoạch tổng hợp
- Tần suất đo	- Tính theo từng quý để so sánh
- Người chịu trách nhiệm đo	- Bs điều trị, điều dưỡng khoa Nội Thần kinh
- Người chịu trách nhiệm hành động	- Trưởng khoa Nội Thần Kinh
- Kế hoạch hành động	- Thống kê từng hồ sơ bệnh án, tổng hợp cuối tháng. Số liệu từ phòng KHTH bệnh viện.

Kết quả:

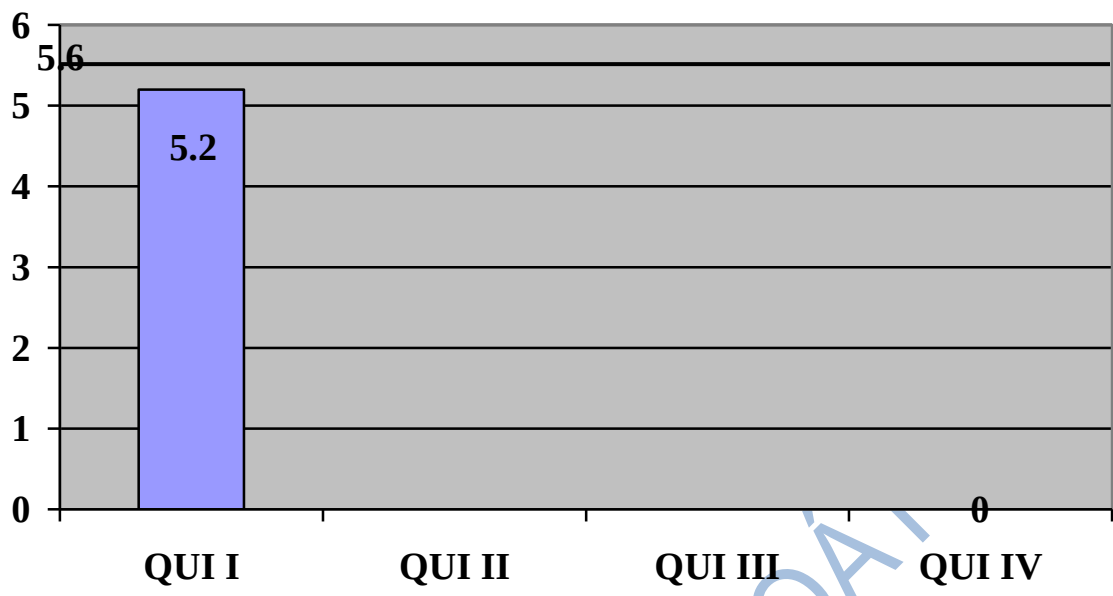
QUÍ I: 5.2 ngày

QUÍ II: ngày

QUÍ III: ngày

QUÍ IV: ngày

BIỂU ĐỒ SO SÁNH



DANH MỤC HỒ SƠ CHẤT LƯỢNG

STT	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
01	Sổ bàn giao thuốc tử trực		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
02	Sổ bàn giao y dụng cụ		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
03	Sổ bàn giao bệnh nặng		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
04	Sổ bàn giao bệnh chuyển khoa		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
05	Sổ mời hội chẩn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
06	Sổ biên bản hội chẩn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
07	Sổ theo dõi thủ thuật		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
08	Sổ trả hồ sơ ra viện		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
09	Sổ in toa ra viện		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
10	Sổ đăng ký miễn phí		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
11	Sổ trả phiếu BHYT		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
12	Sổ trả HS miễn phí		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
13	Sổ họp giao ban		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
14	Sổ họp khoa		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
15	Sổ bình bệnh án		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
16	Sổ bình hồ sơ CS		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
17	Sổ VV-RV-CV		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH

18	Sổ mô tả công việc		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
19	Sổ theo dõi rủi ro vật sắc nhọn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
20	Sổ theo dõi nhằm lẫn thuốc		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
21	Sổ chỉ đạo tuyến		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
22	Sổ đào tạo bồi dưỡng chuyên môn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
23	Sổ sinh hoạt chuyên môn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
24	Sổ góp ý của người bệnh		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
25	Sổ chấm điểm kiểm tra hàng tháng		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
26	Sổ đi buồng		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
27	Sổ chấm công		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
28	Sổ sinh hoạt hội đồng người bệnh		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
29	Sổ biên bản tử vong		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
30	Sổ kiểm tra tuần		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
31	Sổ phân công		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
32	Sổ lưu công văn đến		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
33	Sổ lưu công văn đi		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
34	Sổ lãnh VPP		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
35	Sổ tài sản khoa		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
36	Sổ theo dõi khám bệnh nhân viên		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH

DANH MỤC TÀI LIỆU NỘI BỘ HIỆN HÀNH

TT	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
01	Qui chế công tác khoa Nội Thần kinh		01	18/03/2009	X	X					
02	Qui chế sử dụng thuốc		01	18/03/2009	X	X					
03	Qui chế hội chẩn		01	18/03/2009	X	X					
04	Qui chế hoạt động khoa Nội Thần kinh		01	18/03/2009	X	X					
05	Qui trình chăm sóc		01	18/03/2009	X	X					
06	Phác đồ điều trị		01	18/03/2009	X	X					
07	Mục tiêu chất lượng 2010 - KNTK		01	18/03/2009	X	X					
08	Chính sách chất lượng BVĐKTT-AG		01	25/03/2009	X	X					
09	Sổ tay chất lượng		01	25/03/2009	X	X					

DANH MỤC TÀI LIỆU BÊN NGOÀI HIỆN HÀNH

STT	Tên tài liệu	Mã số	Tác giả/Nơi ban hành	Ngày ban hành	Nơi lưu trữ		Ghi chú
					Máy tính	Tủ tài liệu	
01	Bản phân loại bệnh quốc tế 10 (ICD-10)		Bộ Y Tế			X	
02	Phác đồ điều trị Nội Thần Kinh – Bệnh Viện Chợ Rẫy.					X	
03	Chăm sóc bệnh nhân đột quỵ					X	
04	Current Treatment Options in Neurology		William J. Weiner Indian	26/11/2008		X	