

**SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TRUNG TM AN GIANG**
Ký hiệu : KTT

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



ISO 9001 KHOA TÂM THẦN

Biên soạn

Phê duyệt

Trưởng Khoa

Giám đốc

Bs. HUỖNH VĂN ĐIỆN

TS.BS NGUYỄN VĂN SÁCH

MỤC LỤC

	Trang
– Trang bìa	1
– Mục lục	2 - 3
<u>Phần I:</u>	
– Sơ đồ tổ chức khoa	4
<u>Phần II:</u>	
– Quy chế công tác khoa	5 - 6
– Quy định hoạt động khoa	7
– Quy định đối với nhân viên	8
<u>Phần III:</u>	
– Mô tả công việc	9 – 22
<u>Phần IV:</u>	
– Quy chế sử dụng thuốc	23 – 26
– Quy chế chống nhiễm khuẩn	27 – 28
– Quy chế hội chẩn	29 – 30
– Quy chế xử lý chất thải	31
– Phác đồ sóc phản vệ	32 – 33
– Bệnh tâm thần phân liệt	34 – 36
– Bệnh động kinh	37 – 38
– Bệnh trầm cảm	39 – 40
– Bệnh hưng cảm	41 – 42
– Bệnh loạn thần do rượu	43 – 45
– Kỹ năng tiếp xúc	46 – 47
– Quy trình phụ giúp thầy thuốc khám bệnh	48 – 52
– Quy trình cho bệnh nhân uống thuốc	53 – 55
– Quy trình chăm sóc bệnh nhân có ý tưởng HV tự sát	56 – 57
– Quy trình chăm sóc bệnh nhân kích động	58 – 59
– Quy trình chăm sóc bệnh nhân căng trương lực	60
– Quy trình chăm sóc bệnh nhân bỏ ăn	61 – 62
– Quy trình chăm sóc bệnh nhân tâm thần có ý tưởng bỏ viện	63
– Quy trình chăm sóc bệnh nhân hoang tưởng	64 – 65
– Quy trình chăm sóc bệnh nhân bắt buộc chữa bệnh tâm thần	66 - 67
– Quy trình điều trị ngoại trú	68

– Qui trình điều trị nội trú	69
– Qui trình giám định pháp y	70 – 71
– Qui trình tiếp nhận phòng khám	72 – 73

Phần V:

– Mục tiêu chất lượng	74 – 75
– Đánh giá mục tiêu chất lượng	76
– Danh mục hồ sơ chất lượng	77 – 79

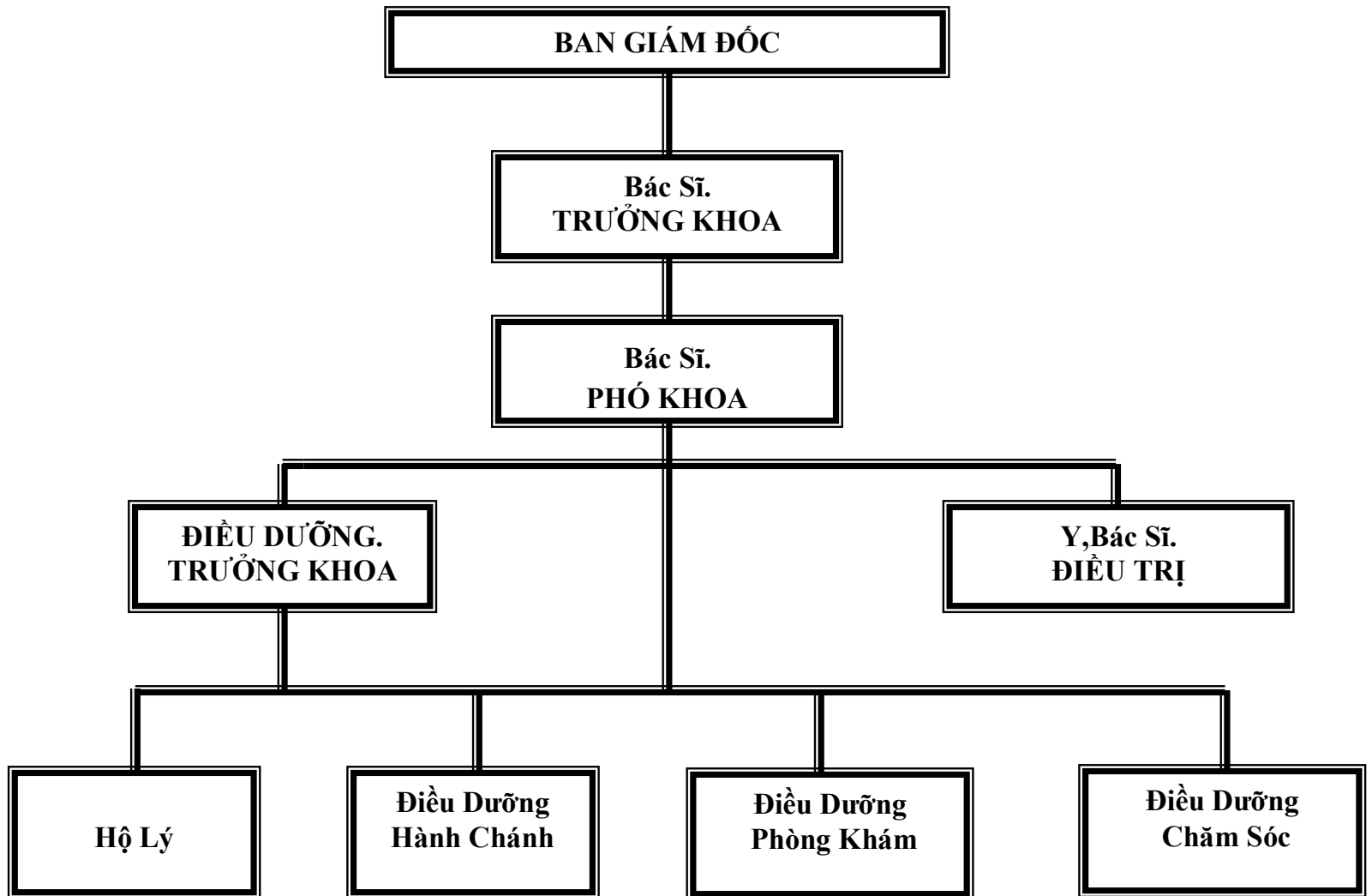
Phần VI:

– Danh mục tài liệu nội bộ	80
----------------------------	----

Phần VII:

– Danh mục tài liệu bên ngoài	81
-------------------------------	----

SƠ ĐỒ TỔ CHỨC KHOA TÂM THẦN



QUY CHẾ CÔNG TÁC KHOA TÂM THẦN

*(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)*

A) Qui định chung:

1. Thực hiện quy chế công tác Khoa nội.
2. Một số công tác đặc thù của Khoa Tâm Thần:
 - a) Khám bệnh, chữa bệnh, và tạo điều kiện cho người bệnh tâm thần tái thích ứng xã hội.
 - b) Chỉ đạo quản lý người bệnh tâm thần trong khu vực dân cư.
 - c) Thực hiện giám định sức khỏe và giám định pháp y tâm thần.
3. Khoa điều trị ở khu vực riêng biệt có nhiều buồng nhỏ, bảo đảm yên tĩnh, cảnh quan sạch đẹp.

B) QUY ĐỊNH CỤ THỂ :

1/ Tổ Chức Buồng Bệnh Đặc Thù :

Giám đốc bệnh viện có trách nhiệm tạo mọi điều kiện thuận lợi cho khoa hoạt động và bố trí các buồng đặc thù khi cần.

2/ Tại Buồng Khám Bệnh Chuyên Khoa Tâm Thần :

a) Các thành viên của buồng khám bệnh tâm thần phải đặc biệt chú ý thực hiện đầy đủ quy chế công tác khoa tâm thần.

b) Một số công tác đặc thù khi khám chuyên khoa tâm thần:

✱ **Bác Sĩ Chuyên Khoa Khám Bệnh Có Nhiệm Vụ :**

-Lập hồ sơ bệnh án theo mẫu quy định chuyên khoa, mỗi lần khám lại phải ghi kết quả điều trị, nhận xét của bác sĩ, những ý kiến của người bệnh hoặc gia đình người bệnh.

-Hướng dẫn gia đình người bệnh hoặc y tế cơ sở: lĩnh, bảo quản và hàng ngày cho người bệnh uống thuốc

3/ 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 tâm thần

✱ **Trưởng Khoa Tâm Thần Có Nhiệm Vụ :**

-Tổ chức khoa điều trị gồm các buồng nhỏ cho người bệnh theo bệnh lý

- Bảo đảm điều kiện làm việc của buồng điều trị:

+ Giường thấp và có thiết bị giữ người bệnh khỏi ngã.

- + Ánh sáng vừa phải, màu sắc êm dịu.
- + Cửa ra vào, cửa sổ chắc chắn, nhẹ nhàng không gây cho người bệnh có cảm giác bị giam giữ.

- + Buồng thực hiện các thủ thuật đặc biệt phải kín đáo.

- Bác Sĩ Điều Trị Có Trách Nhiệm:

- + Thăm khám, kiểm tra người bệnh cấp tính ít nhất 2 lần trong ngày.

- + Tổ chức duyệt toàn bộ hồ sơ bệnh án hàng tuần để thống nhất chẩn đoán và rút kinh nghiệm điều trị.

- + Theo dõi sát những diễn biến lâm sàng, kết hợp các xét nghiệm cơ bản và chuyên sâu.

- + Giám định sức khỏe tâm thần, giám định pháp y tâm thần phải thận trọng, khách quan, chính xác và bảo đảm tính pháp lý.

- + Theo dõi chăm sóc đặc biệt đối với người bệnh trầm cảm với ý tưởng hoặc hành vi tự sát.

- + Chỉ định các kỹ thuật đặc biệt phải đảm bảo an toàn phải giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu và ký vào giấy cam đoan.

- + Báo cáo ngay với trưởng khoa xin ý kiến giải quyết khi người bệnh có dấu hiệu mắc bệnh truyền nhiễm nguy hiểm hoặc liên quan đến pháp y.

✱ Điều Dưỡng Có Trách Nhiệm :

- Chăm sóc người bệnh theo quy chế công tác hoạt động Khoa Tâm Thần.

- Các thành viên trong khoa phải đề cao y đức, tận tụy và kiên trì giúp đỡ người bệnh mau lành bệnh, tái thích ứng xã hội.

QUY ĐỊNH HOẠT ĐỘNG KHOA TÂM THẦN

- 1/ **Nhập viện** phải qua phòng khám, trừ trường hợp ngày nghỉ, ngày lễ hay hết giờ hành chính.
- 2/ **Một** người bệnh chỉ được 01 người nuôi. Nếu 02 người nuôi do nhân viên khoa sắp xếp theo tình trạng bệnh.
- 3/ **Không** được đưa trẻ em vào trong khoa.
- 4/ **Không** mang những vật sắc nhọn, dễ bể, dễ cháy và dễ nổ vào trong khoa.
- 5/ **Không** được nấu ăn trong khoa.
- 6/ **Thân nhân** không tự ý thay đổi giường của người bệnh.
- 7/ **Thân nhân** không được đưa người bệnh từ bỏ phép khi đang nằm điều trị.
- 8/ **Uống** thuốc đúng liều lượng theo sự chỉ dẫn của nhân viên khoa.
- 9/ **Giữ** vệ sinh, trật tự trong phòng bệnh.
- 10/ **Thân nhân** nuôi bệnh giúp đỡ lẫn nhau.
- 11/ 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 TÂM THẦN

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 đổi 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 + người nhà để bảo vệ tốt sức khỏe tâm thần.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

1. **BỘ PHẬN:** khoa tâm thần
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 tâm thần
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.

-Hàng 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 y, bs 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 y,bs 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 y,bs 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 đề 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/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 tâm thần và tuyến dưới.
- Uy quyền cho phó khoa giải quyết công việc khi vắng mặt.

8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

a) Học vấn:

- Tốt nghiệp đại học y dược.
- Ngoại ngữ: chứng chỉ A
- 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

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 tâm thần
2. **CHỨC DANH:** Bác sĩ
3. **CHỨC VỤ:** Phó khoa
4. **CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** khoa tâm thần
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, 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 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.

Buổi chiều phải khám lại người bệnh 1 lần nữa, cho y lệnh bổ sung.

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/ 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 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.

6.10/ 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 dược.

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

c. Kỹ năng khác:

- Ngoại ngữ: chứng chỉ A
- 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
- Kỹ năng lãnh đạo: truyền đạt.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. **BỘ PHẬN:** khoa tâm thần
2. **CHỨC DANH:** Y, BS
3. **CHỨC VỤ:** điều trị
4. **CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** khoa tâm thần
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, 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.

Buổi chiều phải khám lại người bệnh 1 lần nữa, cho y lệnh bổ sung.

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/ 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 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.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

1. **BỘ PHẬN:** khoa tâm thần
2. **CHỨC DANH:** Y, BS điều trị tại phòng khám
3. **CHỨC VỤ:**
4. **CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** khoa tâm thần
6. **TRÁCH NHIỆM :**

6.1/ Trách nhiệm của Y – BS điều trị.

6.2/ Tổ chức chu đáo việc tiếp đón người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú. Tổ chức đưa người bệnh vào tận khoa điều trị khi người bệnh được nhập viện.

- Không được gây phiền hà cho người bệnh, điều hòa công việc không để người bệnh đợi lâu.

6.3/ Tổ chức tốt công tác cấp cứu, kịp thời cấp cứu những bệnh nhân đến tại Phòng khám, trường hợp bệnh có nguy kịch phải báo ngay đến BS Trưởng khoa xin ý kiến.

6.4/ Nếu phát hiện những sai sót do tuyến dưới chuyển đến phải báo cáo đến Phòng kế hoạch tổng hợp để thông báo rút kinh nghiệm tới cơ sở chuyển người bệnh đến.

6.5/ Đảm bảo ghi chép, cập nhật chính xác số liệu người bệnh đến

khám tại khoa, lưu giữ đầy đủ hồ sơ tài liệu theo quy định.

6.6/ Tổ chức tuyên truyền giáo dục sức khỏe cho mọi người đến khám bệnh tại khoa.

6.7/ Nắm tình hình giường bệnh tại khoa nội trú để bố trí người bệnh vào viện.

6.8/ Theo dõi quản lý người bệnh ngoại trú theo quy chế điều trị ngoại trú.

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/ Quyết định cho người bệnh điều trị nội trú, ngoại trú, hoặc giới thiệu lên tuyến trên.

7.4/ Được cho người bệnh nghỉ ốm hoặc làm việc theo chế độ phù hợp với sức khỏe.

8. NĂNG LỰC TỐI THIỂU

- Có kỹ năng giao tiếp
- Khám bệnh và chẩn đoán. Điều trị các bệnh nội khoa thông thường
- Thực hiện một số thủ thuật cần thiết
- Lập kế hoạch và thực hiện chăm sóc người bệnh.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

1. **BỘ PHẬN:** khoa tâm thần
2. **CHỨC DANH:**
3. **CHỨC VỤ:** điều dưỡng trưởng khoa
4. **CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** khoa tâm thần
6. **NHIỆM VỤ :**

1) **Chăm Sóc Người Bệnh:**

-Tiếp nhận người bệnh khi mới vào khoa, kiểm tra các thủ tục hành chánh, 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 để 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, đôn đốc các điều dưỡng và hộ lý giữ buồng bệnh được sạch sẽ, trật tự trong khoa.

-Đóng góp ý kiến khi các Y,BS cho y lệnh không phù hợp với bệnh lý để xử lý kịp thời.

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.

-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 công trực 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.

3) **Công Tác Quản Lý Hành Chánh:**

-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 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.

4) **Công Tác Quản Lý Tài Sản Vật Tư Khoa:**

-Chịu trách nhiệm tất cả các vật dụng và tài sản 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 dụng cụ trong khoa

-Lập bản 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.

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.

-Hướng dẫn công việc, giải thích nhiệm vụ, giám sát và đánh giá các nhân viên mới về khoa.

-Cung cấp cơ sở thực hành, giúp đỡ phương tiện và tạo điều kiện cho học sinh thực tập.

-Hàng tuần tổ chức các cuộc họp tại khoa để phổ biến, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân người bệnh.

7. QUYỀN HẠN :

-Phân công điều dưỡng và hộ lý đáp ứng yêu cầu các công việc của khoa.

-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:

- Nắm vững những quy chế quản lý.
- Quy trình tiếp xúc tâm lý người bệnh.
- Thành thạo các thủ thuật chuyên khoa
- Nắm vững các quy trình chăm sóc người bệnh tâm thần có trong danh mục.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

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

❖ **Hành Chánh Khoa**

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

❖ **Hành Chánh Dược**

1. Quản lý thuốc dùng hàng ngày cho bệnh nhân trong khoa:
2. Tổng hợp thuốc dùng hàng ngày theo y lệnh và viết phiếu lãnh thuốc để trình Trưởng khoa duyệt.
3. Lãnh thuốc và bàn giao thuốc hàng ngày để ĐD chăm sóc thực hiện cho từng người bệnh theo y lệnh.
4. Kiểm tra sử dụng thuốc trực hàng ngày và bổ sung thuốc trực theo cơ sở quy định.
5. Thu hồi thuốc thừa để trả lại khoa dược theo quy chế sử dụng thuốc.
- 6) Tổng hợp thuốc đã dùng cho mỗi người bệnh trước lúc ra viện.

- Tham gia trực và chăm sóc người bệnh (như ĐD chăm sóc) khi khoa cần.

7. **NĂNG LỰC TỐI THIỂU:**

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

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

1. **BỘ PHẬN:** khoa tâm thần
2. **CHỨC DANH:**
3. **CHỨC VỤ:** Điều dưỡng chăm sóc
4. **CẤP BÁO CÁO:** ĐD Trưởng khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** khoa tâm thần
6. **TRÁCH NHIỆM :**
 - 1) Công tác chuẩn bị bệnh nhân chu đáo, phụ giúp Y, Bs khám bệnh mỗi buổi sáng.
 - 2) Có nhiệm vụ ghi nhận sinh hiệu, các biểu hiện lâm sàng trong ngày (thường trong thời gian thực hiện chăm sóc người bệnh) ghi nhận vào phiếu theo dõi và chăm sóc báo cáo đến Y, Bs trực.
 - 3) 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. Báo cáo ngay đến Y, Bs nội trú xin ý kiến.
 - 4) ĐD phải hướng dẫn thân nhân người bệnh cách chăm sóc (vệ sinh cơ thể, ăn uống, diu đỡ, xoay trở. . .) cho từng người bệnh cụ thể. ĐD phải biết ghi nhận thông tin từ người nhà trong quá trình nuôi bệnh nhằm ghi nhận thêm triệu chứng, hội chứng . . .
 - 5) Bảo quản tài sản, thuốc, dụng cụ y tế, trật tự và vệ sinh buồng bệnh, buồng trực trong phạm vi được phân công.
 - 6) Tham gia nghiên cứu khoa học và hướng dẫn học viên khi được ĐD trưởng phân công.
 - 7) Tham gia trực gác theo sự phân công.
 - 8) Động viên người bệnh an tâm điều trị. Bản thân phải thực hiện tốt qui định và y đức.
 - 9) Thường xuyên tự học tập, cập nhật kiến thức.
7. **NĂNG LỰC TỐI THIỂU:**
 - Nắm vững các qui 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 tâm thần
2. CHỨC DANH:
3. CHỨC VỤ: Hộ Lý
4. CẤP BÁO CÁO: ĐD Trưởng khoa
5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: khoa tâm thần
6. TRÁCH NHIỆM :

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 lí buồng bệnh và buồng thủ thuật và quy chế chống nhiễm khuẩn bệnh viện.

6.2/ Phục vụ người bệnh :

a- Thay, đổi đồ vải của người bệnh theo quy định.

b- Đồ chất thải của người bệnh.

c- Cọ rửa và tiệt khuẩn dụng cụ đựng chất thải của người bệnh, đảm bảo luôn khô, sạch.

6.3/ Phụ điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh toàn diện :

a- Hỗ trợ người bệnh thực hiện vệ sinh thân thể.

b- Vận chuyển người bệnh.

c- Vận chuyển phương tiện và trang thiết bị phục vụ người bệnh và mang sửa chữa thiết bị hỏng.

6.4/ Thu gom, quản lí chất thải trong khoa :

a- Đặt các thùng rác tại các vị trí quy định của khoa (có lót túi nylon ở trong).

b- Tập trung, phân loại rác từ các buồng bệnh, buồng thủ thuật vào thùng rác chung của khoa.

c- Thu gom và bỏ rác vào thùng không để rác rơi vãi ra ngoài.

d- Cọ rửa thùng rác hàng ngày.

5/ Bảo quản tài sản trong phạm vi được phân công.

6.6/ 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 :

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 tổn 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 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.

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 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.

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 ký 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 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.

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 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.

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 bảng 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

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, bệ 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 Chông 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.
 - Giương mẫu vệ sinh cá nhân và vệ sinh chung, nơi làm việc vệ sinh ngăn nắp.

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 thăm 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.
- 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.
- 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.

QUY CHẾ CÔNG TÁC XỬ LÝ CHẤT THẢI

I) QUY ĐỊNH CHUNG :

1) Chất thải bệnh viện bao gồm chất thải rắn, lỏng và khí là những chất thải được thải ra trong quá trình điều trị, chẩn đoán, chăm sóc và sinh hoạt.

- Chất thải bệnh viện có đặc tính lý học, hóa học và sinh học vừa là nguồn gây ô nhiễm môi trường vừa là nguồn lây bệnh, vì vậy xử lý và kiểm soát nghiêm ngặt chất thải là nhiệm vụ quan trọng của bệnh viện.

2) Khoa chịu trách nhiệm tổ chức thực hiện và giám sát việc xử lý chất thải trong Khoa.

3) Nơi tập trung thùng chứa chất thải của Khoa phải tiện cho việc thu chất thải

II) QUY ĐỊNH CỤ THỂ :

1) Xử Lý Chất Thải Rắn :

a/ Mọi người làm phát sinh ra chất thải phải tự thu gom, phân loại bỏ vào đúng nơi quy định.

b/ Chất thải rắn được phân làm 3 loại và đựng trong túi nilon hoặc hộp cứng theo quy định.

- Túi nilon màu xanh đựng chất thải chung không độc.
- Túi nilon màu vàng đựng chất thải nhiễm khuẩn.
- Hộp cứng màu vàng đựng các vật sắc nhọn.

c/ Tập trung chất thải tại nơi quy định để tiện cho mỗi buổi sáng Khoa Chông Nhiễm khuẩn thu gom.

2) Xử Lý Chất Thải Lỏng, nước thải sinh hoạt :

Nước thải cọ rửa dụng cụ , nước thải sinh hoạt được thải theo hệ thống công chung tại bệnh viện

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.
- Chóng mặt, 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 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.
- Diphenhydramine 1 – 2 mg 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 dụng 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.
- Hồi kỹ tiền sử dị ứng và chuẩn bị hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ trước khi dùng thuốc là cần thiết.

ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT

CHẨN ĐOÁN TÂM THẦN PHÂN LIỆT: Theo ICD 10

(1) Tư duy vang thành tiếng, tư duy bị áp đặt. Tư duy bị đánh cắp và tư duy bị phát thanh.

(2) Các hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối hay bị động có liên quan rõ rệt với vận động thân thể hay các chi hoặc có liên quan với những ý nghĩ, hành vi hay cảm giác đặc biệt, tri giác hoang tưởng.

(3) Các ảo thanh bình luận thường xuyên về hành vi của người bệnh hoặc thảo luận với người bệnh hoặc các ảo thanh xuất hiện từ bộ phận nào đó của cơ thể (ảo thanh giả).

(4) Các loại hoang tưởng dai dẳng khác

(5) Ảo giác dai dẳng bất kỳ loại nào

(6) Tư duy gián đoạn hay thêm lời khi nói dẫn đến tư duy không liên quan, bịa lời khi nói.

(7) Tác phong căng trương lực như kích động tấn công hay sùng sờ giữ nguyên tư thế.

(8) Các triệu chứng âm như thiếu hòa hợp, vô cảm rõ rệt, ngôn ngữ nghèo nàn, cảm xúc cùn mòn hay không thích hợp đưa đến cách ly xã hội, giảm sút hiệu suất lao động: các triệu chứng trên không do trầm cảm hay dùng thuốc tâm thần không phù hợp.

(9) Biến đổi nhân cách toàn diện như mất thích thú, thiếu mục đích, lười nhác (giảm sút thể năng tâm thần) mãi mê suy nghĩ về bản thân ; cách ly xã hội (tính tự kỷ).

* Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán theo ICD 10

a. Có ít nhất 01 triệu chứng rõ nét từ mục (1) đến (3), các triệu chứng khác phải ít nhất có 2 triệu chứng (4) - -> (9).

b. Triệu chứng phải kéo dài ít nhất 1 tháng.

c. Không chẩn đoán tâm thần phân liệt khi có các triệu chứng rối loạn khí sắc, nghiện rượu, ma túy, chấn thương sọ não, chậm phát triển tâm thần, nhiễm độc hoặc bệnh cơ thể gây ảnh hưởng não rõ rệt.

d. Hạn chế chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt khi bắt đầu ở người trên 40 tuổi.

CÁC THỂ BỆNH TTPL THEO ICD-10 :

1/ Thể hoang tưởng : F20.0

2/ Thể thanh xuân : F 20.1

3/ Thể căng trương lực : F20.2

- 4/ Thể không biệt định : F20.3
- 5/ Thể đơn thuần : F20.6
- 6/ Thể di chứng :
 - Thể trầm cảm sau phân liệt : F20.4
 - Thể mãn tính : F20.5

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT :

- 1/ Loạn thần phản ứng
- 2/ Rối loạn cảm xúc nội sinh
- 3/ Loạn thần thực thể
- 4/ Rối loạn tâm thần do rượu, ma túy
- 5/ Các trạng thái loạn thần:
 - Rối loạn dạng phân liệt
 - Các rối loạn tâm thần cấp
 - Rối loạn hoang tưởng ...

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ :

- Điều trị sớm, cắt cơn sớm đưa bệnh nhân hoà nhập xã hội phục hồi chức năng lao động.
- Chọn loại và liều thuốc cho phù hợp với từng người bệnh.
- Nên dùng một loại chống loạn thần, chỉ kết hợp nhiều loại khi bệnh lý bất buộc.

**** Xác định T/C dương tính – T/C âm tính***

Dùng thang PANNS

a/ Triệu chứng dương tính

- Chống loạn thần cổ điển:

Aminazin: liều tối đa 800mg/ 24giờ

Levomepromazin: liều tối đa 400mg/ 24giờ

Haloperidol: liều tối đa 15mg _ 30mg/ 24giờ

Thioridazone: liều tối đa 800mg/ 24giờ

Fluphenazine Decanoat: 25mg_50mg/ 1 tuần hoặc 2 tuần tùy đáp ứng lâm sàng

Paroxetine: liều 20mg – 60mg/ngày

- Chống loạn thần thế hệ mới

Risperidon: liều dùng 4mg _ 8mg/ngày

Olanzapin: liều dùng 10mg _ 40mg/ ngày

Clozapin: liều dùng 200mg _ 400mg/ngày

Amisulpiride: liều tối đa 800mg/ngày

Sulpiride: liều dùng 400mg _ 800mg/ ngày

b) Triệu chứng âm tính : F20.6 ; F20.1 ; F20.5

+ Aminazin: liều dưới 200mg/ngày hoặc Thiodidazine liều dùng dưới 200mg/ngày hoặc Sulpiride.

+ Kết hợp :

Amitryptillin: 50mg _ 100mg/ ngày

Theralene: 20mg _ 60mg/ ngày

Phenobarbital: 200mg _ 400mg/ ngày

Có thể thay chống loạn thần cổ điển bằng chống loạn thần thế hệ mới.

c) **Lưu ý** các trường hợp phân liệt cảm xúc phải kết hợp chống loạn thần và điều chỉnh khí sắc

2. Choáng điện : có chỉ định khi:

- Hành vi tự sát mãnh liệt
- Bỏ ăn tuyệt đối
- Hoang tưởng, ảo giác, kích động kéo dài. Không đáp ứng thuốc.
- Căng trương lực

3. Tâm lý liệu pháp :

Trực tiếp và gián tiếp

- Giúp cho gia đình người bệnh nhận thức được bệnh TTPL, chấp nhận người bệnh : cảm thông, đừng quá mặc cảm ruồng bỏ người bệnh.

- Giúp đỡ, chăm sóc người bệnh trong cơn cấp tính

- Tránh các căng thẳng và mâu thuẫn trong gia đình và cộng đồng.

PHÒNG BỆNH : theo 3 cấp độ

Cấp độ 1: Chưa mắc bệnh đừng để mắc bệnh: giữ gìn sức khỏe toàn thân, sống thoải mái, tích cực, hữu ích, tránh tác hại của stress, không bê tha nghiện ngập.

Cấp độ 2: Có các triệu chứng báo trước đi khám và điều trị sớm không để thành mãn tính, tránh tái phát.

Cấp độ 3: Đã mắc bệnh lâu năm, tích cực điều trị hồi phục chức năng lao động.

Người bệnh tâm thần phân liệt sau ra viện vẫn có thể làm việc với cường độ phù hợp, cần dùng thuốc lâu dài tránh tái phát.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

BỆNH NHÂN LÊN CƠ ĐỘNG KINH LIÊN TỤC

Định nghĩa: hai cơn liên tiếp nhau không quá 30 phút hoặc giữa hai cơn bệnh nhân vẫn hôn mê. Thường do tự ngưng thuốc chống động kinh đột ngột.

1. MỤC ĐÍCH :

- Cắt cơn.
- Giải quyết tình trạng phù não thứ phát bảo đảm tính mạng.

2. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1/ Đảm bảo hô hấp – tuần hoàn :

- Đặt bệnh nhân nằm tư thế dẫn lưu đảm bảo hô hấp
- Đảm bảo đường hô hấp được thông thoáng : thở oxy, hút đàm liên tục
- Truyền dịch : Ưu tiên Glucose

2/ Chống phù não :

Theo dõi bệnh nhân đến khi hồi phục ý thức hoàn toàn

- Thở oxy : 5 lít/phút
- Dịch truyền : đường ưu trương
- Corticoid : Soludecadron 4mg (TB) hay TM, lập lại theo lâm sàng
- Thuốc tăng tuần hoàn não Nootropyl 12g.

3/ Chống co giật :

- Seduxen 10mg : 1-2 ống TM lập lại sau 30 phút nếu còn co giật. Duy trì 10mg pha trong dung dịch đẳng trương (khoảng 200ml) truyền XL giọt/phút.
→ Thường bệnh nhân hết cơn co giật sau khi được xử trí
- Tổng liều Seduxen là 80mg/24giờ.
- Nếu còn co giật thì gây mê.

4/ Theo dõi và chăm sóc :

- Theo dõi : Sát ý thức và cơn co giật đến khi ổn định.
- Tránh va chạm vật cứng gây thương tích do co giật mạnh.
- Chú ý dinh dưỡng, xoay trở phòng chống loét tư thế.

5/ Cho uống thuốc chống động kinh :

Khi bệnh nhân uống được, thường dùng kết hợp:

- + Valproat sodium : liều 30 mg/kg cân nặng/24h
- + Rivotril (clonazepam)
 - Người lớn : 2 – 4mg/ngày
 - Trẻ em : 0,1mg/kg/ngày (nhỏ hơn 30kg)

4. DẶN DÒ HƯỚNG DẪN :

* *Đối với người bệnh :*

- Uống thuốc đúng liều, đúng chỉ định không ngưng đột ngột.

** Đối với gia đình :*

- Phải quản lý thuốc cho người bệnh uống đúng chỉ dẫn.
- Đưa tái khám đúng hẹn, tuyệt đối không để trễ thuốc.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN TRẦM CẢM

1- MỤC ĐÍCH

- Cần hiểu rõ trầm cảm đưa đến ý tưởng, hành vi tự sát nên cần lưu ý đặc biệt.
- Giúp bệnh nhân ổn định khí sắc, phục hồi chức năng lao động.
- Tránh tái phát.

2- CHĂM SÓC:

2.1/ Bệnh nhân trầm cảm nhẹ và vừa

- Thường xuyên gần gũi, tiếp xúc với người bệnh
- Tìm hiểu tâm lý người bệnh, biết nguyên nhân trầm cảm
- Thực hiện tốt công tác tâm lý, giải thích, động viên bệnh nhân yên tâm chữa bệnh, tin tưởng vào điều trị, tạo môi trường tâm lý xã hội lành mạnh.
- Tăng cường vui chơi giải trí cho bệnh nhân để loại bỏ những ý nghĩ xấu không muốn sống, những hiểu biết lệch lạc về bệnh tật.
- Thường xuyên động viên bệnh nhân tham gia lao động và các hoạt động liệu pháp khác.
- Sắp xếp bệnh nhân trầm cảm vào buồng bệnh cùng với bệnh nhân ổn định để theo dõi.

2.2/ Bệnh nhân trầm cảm nặng có ý tưởng hành vi tự sát

- Làm tốt như các phần việc trên
- Loại bỏ vật dụng nguy hại đến tính mạng (dao kéo, dây, vật nhọn...)
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng vệ sinh thân thể bệnh nhân.
- Thường xuyên theo dõi sát người bệnh đặc biệt lúc đêm khuya, giao trực giai đoạn bệnh nhân tinh táo đủ sức khỏe để thực hiện ý tưởng tự sát.
- Phải đi kiểm tra thường xuyên
- Thông báo cho nhân viên trong toàn khoa về diễn biến của bệnh nhân để cùng phối hợp.
- Điều trị các triệu chứng loạn thần kèm theo.

Nếu bệnh nhân phải choáng điện, y tá điều dưỡng phải chăm sóc theo mục chăm sóc bệnh nhân choáng điện.

3-ĐIỀU TRỊ:

Thuốc chống trầm cảm:

Amitriptyllin viên 25mg: liều khởi đầu 25 _ 50mg, tăng dần 100 _ 300mg.

Anafranil viên 25mg: liều khởi đầu 25 _ 50mg, tăng dần 100 _ 250mg.

Paroxetine viên 20mg: liều khởi đầu 20mg, tăng dần 60mg.

Venlafaxine viên 37,5mg: khởi đầu liều 37,5mg, tăng dần 75mg _ 225mg.

Citopam: liều 10 – 60mg/ngày

Thuốc giải lo âu _ gây ngủ:

Diazepam viên 5mg: dùng trong 1 – 4 tuần.

Thuốc điều chỉnh khí sắc:

Valproat: liều 15 _ 30mg/ Kg/ ngày.

Carbamazepin: 400mg _ 800mg/ ngày.

Điều trị nâng đỡ cơ thể:

Dịch truyền: đạm, Glucose 30%, Glucose 5%. . . .

Vitamin

Chống loạn thần: sử dụng chống loạn thần thế hệ mới khi bệnh nhân có triệu chứng loạn thần kèm theo:

+ Risperidon 2mg: liều 2 _ 6mg/ ngày

+ Olanzapine: liều 5 _ 10mg/ ngày.

+ Clozapin 25mg: liều 100 _ 400mg/ngày

điều trị cắt cơn: 6 _ 8 tuần.

điều trị duy trì: 4 _ 6 tháng

4- GHI CHÉP CÔNG VIỆC ĐÃ LÀM

- Các diễn biến bất thường đã xảy ra
- Trạng thái tâm lý, tâm thần đặc biệt
- Các dấu hiệu mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Cân nặng, tình trạng ăn uống của bệnh nhân

5- DẶN DÒ HƯỚNG DẪN :

** Bệnh nhân :*

- Uống thuốc đều theo chỉ dẫn thầy thuốc đề phòng cơn tái phát
- Kiên trì, tránh rượu, cà phê và các chất kích thích

** Gia đình :*

- Thường xuyên động viên bệnh nhân
- Tạo môi trường gia đình xã hội hài hòa, tránh gây sang chấn tâm lý
- Quản lý thuốc chặt chẽ (đề phòng bệnh nhân lấy thuốc để thực hiện hành

vi tự sát)

- Đưa bệnh nhân đến khám lại theo định kỳ.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

CƠN HUNG CẢM

MỤC ĐÍCH:

- Bệnh nhân có thể suy kiệt do hưng phấn quá mức, hoạt động liên tục. Nâng đỡ thể trạng, chống suy kiệt có thể ảnh hưởng đến sinh mạng.
- Ổn định khí sắc.
- Cắt cơn nhanh chóng.
- Bệnh nhân hưng cảm vẫn có thể tự sát do không lường được tính nguy hiểm: cần điều trị nội trú

ĐIỀU TRỊ CẮT CƠN:

Thuốc điều chỉnh khí sắc:

- Carbamazepine 200mg (viên): có viên Tegretol CR 200mg liều thấp 400mg, tăng dần liều theo đáp ứng lâm sàng. Liều tối đa 1200mg/ 24 giờ.
- Topamax (viên 25 _ 50mg): liều 50 _ 500mg/ngày
- Valproat: liều 500 _ 2000mg/ 24giờ.
- Gabapentine viên 150mg: liều khởi đầu 300mg/ ngày, liều tối đa 3600mg/ngày.

Các thuốc phối hợp:

BZD: có thể dùng Seduxen 10 _ 40mg/ngày.

Thuốc chống loạn thần:

+ Cổ điển: Aminazin, Clopromazin: 400 – 600mg/ngày

Melleril: 400 – 600mg/ngày

Haloperidol: 10 – 15mg/ngày

+ Không cổ điển:

Risperidon: 2 – 6mg/ngày

Clozapin: 50 – 200mg/ngày

Olanzapine: 5 – 10mg/ngày

Các thuốc phối hợp được giảm liều từ từ và ngưng khi các triệu chứng đã hết.

Điều trị nâng đỡ:

Kết hợp dịch truyền: đạm, Glucose 30%, Glucose 5%.

CHĂM SÓC:

- Thường xuyên gần gũi tiếp xúc tốt với người bệnh.
- Loại bỏ các vật dụng nguy hiểm.
- Nâng đỡ thể trạng đảm bảo dinh dưỡng.
- Theo dõi sát bệnh nhân: lúc giao ca, đêm khuya, đặc biệt khi lao động và sinh hoạt cùng Bệnh nhân khác.

GHI CHÉP CÔNG VIỆC ĐÃ LÀM

Các diễn biến bất thường đã xảy ra
Trạng thái tâm lý, tâm thần đặc biệt
Các dấu hiệu mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
Cân nặng, tình trạng ăn uống của bệnh nhân.

DẶN DÒ HƯỚNG DẪN :

** Bệnh nhân :*

- Uống thuốc đều theo chỉ dẫn thầy thuốc để phòng cơn tái phát
- Không trà, rượu, cà phê và các chất kích thích

** Gia đình :*

- Thường xuyên động viên bệnh nhân
- Tạo môi trường gia đình xã hội hài hòa, tránh gây sang chấn tâm lý
- Quản lý thuốc chặt chẽ (để phòng bệnh nhân lấy thuốc để thực hiện hành vi tự sát)
- Đưa bệnh nhân đến khám lại theo định kỳ.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CẮT CỜN LOẠN THẦN DO RƯỢU

CÁC VẤN ĐỀ THƯỜNG GẶP Ở B/N LOẠN THẦN DO RƯỢU:

Hội chứng sáng: dù ở thể bệnh nào cũng có nguy cơ xuất hiện hội chứng sáng vì bị cai bắt buộc. Tỷ lệ tử vong lý thuyết cao 20% ,xuất hiện trong vòng 72 giờ sau cai rượu.

Mất nước, điện giải do tình trạng kích động và rối loạn thần kinh thực vật nặng. Sốt là dấu tiên lượng xấu , tiên sáng run.

Dễ truy tìm mạch vì các nguyên do trên cộng với bệnh lý thiếu sinh tố nhóm B do nghiện rượu mãn tính.

Suy dinh dưỡng, thiếu dưỡng do nghiện rượu. Hay có bệnh nhiễm trùng, bệnh cơ thể đi kèm, đôi khi có co giật do rượu.

Kích động do hoang tưởng ảo giác chi phối có thể có tự sát.

Là nhóm nguy cơ nghiện đa chất, lây nhiễm bệnh truyền theo đường tình dục như giang mai, HIV.

Một số có biểu hiện sa sút tâm thần (hội chứng Walther Buel, viêm não giả Wernicke) hồi phục chậm nhưng đáp ứng tốt với điều trị.

Điều trị bằng an thần kinh dễ bị say thuốc, ngủ nhiều hay hạ huyết áp tư thế (các thể hoang tưởng ảo giác hay giống phân liệt) có thể té gây thương tích.

Tái sử dụng rượu sau trị liệu : 25% các trường hợp sau cắt cơn, dùng rượu và bả tái phát .

CÁC BƯỚC CHĂM SÓC TRỊ LIỆU CỤ THỂ:

1/ KHI TIẾP NHẬN:

Nhanh chóng ổn định bệnh nhân bằng kỹ năng tiếp xúc tâm lý hay bằng thuốc theo phác đồ chống kích động. Kiểm tra sinh hiệu trước và sau xử trí. Cho nằm nơi đầy đủ ánh sáng. Thay áo bệnh viện ngay khi có thể được.

Xác định nhân thân bệnh nhân, tình huống nhập viện, quan hệ của người đưa đến, tiền sử dùng rượu: bao lâu, tửu lượng, lần uống gần nhất.

Báo Y Bác sĩ phụ trách để khám nội khoa và tâm thần

Khám nội khoa: tìm bệnh lý hệ tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, các vết thương và hội chứng nhiễm trùng, dấu mất nước điện giải, các dấu thần kinh định vị.

Khám tâm thần: xác định ngay các hội chứng rối loạn ý thức (hôn mê, sáng, lú lẫn) bằng thang điểm Glassgow, hội chứng co giật, các hoang tưởng ảo giác, tình trạng kích động . Hội chứng rối loạn trí nhớ, trí năng, cảm xúc xác định sau.

Khi đã sơ bộ chẩn đoán loạn thần do rượu, xử trí phác đồ của Khoa theo thứ tự:

+ Nootropyl 12g truyền tĩnh mạch Xlgiọt/phút

+ Citicolin 500 – 1000mg tiêm bắp.

+ Becobion 2ml: 1 ống x 2 lần tiêm bắp.

Hoặc Neuvicalm: 1 ống x 2 lần tiêm bắp.

Tiêm bắp sinh tố nhóm B và thuốc tăng biên dưỡng não. Xử dụng thuốc an thần chống kích động nếu cần (theo phác đồ chống kích động)

Lấy máu xét nghiệm đặc thù của loạn thần do rượu: Huyết đồ, Ion đồ, Đường huyết, Ure huyết, Creatinin, Gamma GT, GOT, GPT.

Truyền dịch: Đường ưu trương 30% 200 ml XXX – XL giọt/phút trước khi truyền các dịch khác. Lactate, Glucose 5%, Mặn đẳng trương tùy theo bệnh cảnh xử dụng phù hợp. Lượng dịch truyền phải đảm bảo tối thiểu 1500 ml /ngày. Xử dụng kim lùn tránh kích động hay co giật làm trật kim truyền. Lưu ý: truyền Glucose khi đã loại trừ bệnh lý tiểu đường.

An thần nhóm Benzodiazepine liều 10-20mg ,tiêm mạch chậm, tiêm bắp hay uống tùy lâm sàng. Có thể lập lại lần 2 sau 30 phút khi còn kích động. Liều tối đa 60 mg/ 24 giờ . Liều cao hơn phải có hội chẩn khoa. Kết hợp chống loạn thần theo đúng phác đồ chống kích động (lưu ý: chống loạn thần không cổ điển được ưu tiên). Điều chỉnh khí sắc: Tegretol: 400 – 800mg/ngày hoặc Oxetol: 300 – 600mg/ngày

Xử trí các thuốc phụ như kháng sinh, hạ nhiệt , hạ áp v.v. theo y lệnh. Nâng đỡ cơ thể, trợ gan.

Khi bệnh nhân nằm yên, tiếp xúc gia đình giải thích , hướng dẫn cách chăm sóc, diu đỡ, cho ăn uống, xoay trở.

2/ NGÀY 2 ĐẾN NGÀY 3:

Hoàn thành các xét nghiệm cơ bản và các xét nghiệm phát sinh như điện tim, Xquang, HIV.

Theo dõi chặt sinh hiệu, ý thức , xử trí thuốc theo đúng phác đồ. Hộ lý cấp 1 theo dõi 4 lần /ngày, khám bệnh 2 lần /ngày để chỉnh liều an thần thích hợp. Phát hiện kịp thời hội chứng cai và hội chứng sáng , hội chứng co giật.

Đặt sonde dạ dày nuôi ăn nếu cần.

Tuyên truyền giáo dục cho người nhà về bệnh loạn thần do rượu, ý nghĩa của việc điều trị. Tìm hiểu gia cảnh và các yếu tố tâm lý thúc đẩy bệnh nhân uống rượu.

3/ NGÀY 4- NGÀY 7:

Khám bệnh 2 lần hàng ngày, tiếp tục thực hiện y lệnh, theo dõi chăm sóc chặt chẽ đề phòng hội chứng cai, hội chứng sáng xuất hiện chậm.

Hạ dần liều an thần , dịch truyền, chuyển thuốc uống thay thuốc tiêm.

Làm xét nghiệm siêu âm, điện tim nếu còn sót. Đo điện não nếu bệnh nhân hợp tác.

4/ TUẦN 2:

Sơ kết bệnh án ngày 7: đánh giá diễn biến ,kết quả trị liệu, bổ sung chi tiết hồ sơ còn thiếu (như địa chỉ, gia cảnh, lượng rượu, giải thích kế hoạch chăm sóc sau khi ra viện v.v.)

Đo điện não nếu chưa thực hiện

Sinh hoạt lại lần nữa cho gia đình và bệnh nhân tác hại của rượu và chế độ uống thuốc , ăn uống ,kiêng cử, lao động.

Cuối tuần tổng kết bệnh án chuẩn bị cho ra viện. Làm sổ theo dõi ngoại trú.

III. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:

Lập sổ theo dõi ghi nhận các vấn đề nội khoa, tâm thần gặp ở từng bệnh nhân.

Hồ sơ tổng kết theo quy định.

CHỈ TIÊU :

Không để xảy ra tử vong do các tai biến nội khoa và hội chứng sảng run vì không phát hiện kịp thời.

KỸ NĂNG TIẾP XÚC BỆNH NHÂN TÂM THẦN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Tiếp xúc tốt sẽ tạo quan hệ tốt với bệnh nhân, các thông tin chính xác, đầy đủ giúp đánh giá và hiểu được bệnh nhân; đồng thời bệnh nhân và gia đình hiểu được phương thức, mục đích và ích lợi của cách điều trị; tức là đảm bảo kết quả trị liệu tốt nhất.

II. CÁCH ĐẶT CÂU HỎI:

1. **Giới thiệu:** chức danh, nhiệm vụ, công việc, gắn với chào hỏi thông thường. Lưu ý chào mời, xưng hô đúng với tuổi tác. Càng ân cần càng tốt, nhưng vẫn giữ khoảng cách nhất định. Bố trí ghế ngồi có hướng nhìn vuông góc với bệnh nhân.
2. **Câu làm rõ:** ai, cái gì, ở đâu, ra sao, tại sao, có ý nghĩa gì, vì mục đích gì? và các câu làm rõ tính chất sự việc có nhiều chi tiết rõ ràng; để giúp bệnh nhân và người nhà nhớ việc đề khai.
 - Vài thủ thuật: nhìn giữa tránh bệnh nhân, tay bắt mạch, hờ chồm tới trước: biểu lộ chú ý và giúp bệnh nhân dễ nói vấn đề. Nếu bệnh nhân không nói: chờ 30 giây, lặp lại câu hỏi giọng nhỏ chờ 30 giây, trong khi làm các điều trên; nếu vẫn im lặng: ghi hồ sơ bệnh nhân không tiếp xúc. Nên nhớ: nhìn thẳng vào mắt bệnh nhân có ý khêu khích, thách thức: nên tránh.
 - Có thể đổi câu hỏi nội dung sang chuyện khác, từ từ trở lại vấn đề (hướng tâm) hay ngược lại, từ vấn đề chính bệnh nhân khai lan ra chuyện khác (ly tâm)
 - Tuyệt đối không nhận ký thác bí mật của bệnh nhân, dứt khoát cho bệnh nhân biết tôi giữ kín nhưng có trách nhiệm báo với cấp trên, đó là nhiệm vụ. (đặc biệt các bệnh nhân tâm căn, cai nghiện)
3. **Khẳng định:** hỏi lại bệnh nhân vấn đề chính để bệnh nhân tái xác nhận.
4. **Tóm ý:** tóm lược lại ý chính của vấn đề, cho bệnh nhân biết mình hiểu, ghi nhận đúng.
5. **Đương đầu:** đặt thẳng vấn đề với bệnh nhân, buộc bệnh nhân trở lại việc chính, không đi vào chi tiết vụn, lạc đề, vừa giúp bệnh nhân nhìn rõ vấn đề.
6. **Giải quyết:** gợi ý cách giải quyết cho bệnh nhân suy nghĩ và tự chọn.

III. THÁI ĐỘ CỬ CHỈ:

- Cần rõ ràng, giữ khoảng cách nhất định, không suồng sã tự nhiên quá, phân biệt rõ quen lạ, già trẻ, nơi chốn.

Không nên:

- ✓ Cười lớn tiếng, múa tay chân (biểu lộ cảm xúc ồn ào)
- ✓ Xoa đầu: chỉ dành cho trẻ nhỏ.
- ✓ Vỗ vai: dành cho người quen thân.
- ✓ Ngoắc ngửa bàn tay: khiêu khích.
- ✓ Tin vào cái gật đầu, nụ cười, hay tiếng dạ: chưa hẳn là dấu đồng ý.
- ✓ Tin vào bảng hiệu, chữ viết đưa cho bệnh nhân đọc.

- ✓ Có các cử chỉ đụng chạm bệnh nhân vì hiểu lầm; riêng bệnh nhân già nên tăng cử chỉ có đụng chạm vì người già có đặc điểm ít nhiều cô đơn, lo sợ khi bệnh, lại không sợ hiểu lầm.

QUY TRÌNH PHỤ GIÚP THẦY THUỐC KHÁM BỆNH NHÂN TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH:

- Giúp bệnh nhân tâm thần giảm bớt căng thẳng, an tâm điều trị
- Tăng hiệu quả điều trị, giúp bệnh nhân sớm phục hồi.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Khoa Tâm Thần

III. TÀI LIỆU LIÊN QUAN:

IV. ĐỊNH NGHĨA THUẬT NGỮ:

V. NỘI DUNG:

1. BỐ TRÍ PHÒNG KHÁM CHO BỆNH NHÂN TÂM THẦN

- Phòng khám là nơi tiếp đón bệnh nhân đầu tiên, đa số các bệnh nhân tâm thần tự cho mình là không bị bệnh nên từ chối sự khám bệnh, vì vậy cách bố trí phòng khám phải làm cho bệnh nhân có cảm giác dễ chịu thoải mái, yên tâm và hợp tác để thầy thuốc khám bệnh. Cách bố trí phòng khám phải gọn gàng, sạch đẹp, màu sắc phải hài hòa dễ chịu để làm giảm bớt sự căng thẳng về tâm thần cho bệnh nhân.

- Thái độ, lời nói, cử chỉ của nhân viên y tế khi tiếp đón bệnh nhân phải niềm nở, ân cần, chu đáo, nhẹ nhàng và thực sự tôn trọng bệnh nhân để bệnh nhân tin tưởng và hợp tác khám bệnh.

2. PHỤ GIÚP THẦY THUỐC KHÁM BỆNH NHÂN TÂM THẦN

- Hướng dẫn chi tiết cho gia đình bệnh nhân khai đầy đủ và chính xác về tiền sử, bệnh sử tâm thần của bệnh nhân.

- Giải quyết các thủ tục hành chính cần thiết : ghi chép vào sổ khám bệnh đầy đủ các mục (tên, tuổi, nghề nghiệp, quê quán, nơi giới thiệu bệnh nhân ...)

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp và đánh giá toàn trạng bệnh nhân để báo cáo thầy thuốc.

- Thực hiện y lệnh của thầy thuốc một cách đầy đủ, chính xác và kịp thời.

- Cùng với thầy thuốc xử trí tích cực và kịp thời các trường hợp bệnh nhân cấp cứu.

3. HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NHÀ BỆNH NHÂN SỬ DỤNG THUỐC

- Giải thích cho người nhà bệnh nhân biết và phải quản lý chặt chẽ, không để cho bệnh nhân tự động lấy thuốc uống để đề phòng trường hợp bệnh nhân uống quá liều hoặc bệnh nhân tự sát.

- Cẩn dặn người nhà cho bệnh nhân uống thuốc đều đặn hàng ngày, uống đủ liều và uống đúng giờ quy định.

- Nói rõ cho người nhà bệnh nhân biết các biến chứng và các tác dụng phụ của thuốc an thần kinh (như táo bón, khô miệng, khó nuốt, chảy dãi, chân tay run ...) để người nhà yên tâm và khi thấy bệnh nhân có biểu hiện khác thường như mất ngủ, dị ứng, đi loạng choạng ... thì phải báo ngay cho thầy thuốc để xử trí kịp thời.

- Căn dặn bệnh nhân và người nhà phải đưa bệnh nhân đến khám đầy đủ, đều đặn theo định kỳ để thầy thuốc điều chỉnh lại thuốc và có hướng điều trị thích hợp.

4. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ, PHƯƠNG TIỆN, BỆNH NHÂN VÀ PHỤ GIÚP THẦY THUỐC LÀM CÁC THỦ THUẬT, THEO DÕI CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU KHI LÀM THỦ THUẬT :

4.1. Sốc điện

- Sốc điện là một liệu pháp điều trị bằng cách cho một dòng điện qua não để gây cơn co giật (giống cơn động kinh) nhưng không gây tổn thương tế bào não.

- Chỉ định sốc điện chủ yếu cho những bệnh nhân trầm cảm nặng có ý tưởng hành vi tự sát, trạng thái căng trương lực trong bệnh tâm thần phân liệt, hoang tưởng ảo giác hoặc kích động ở bệnh nhân tâm thần mãn tính và điều trị bằng thuốc không có kết quả.

4.1.1/ Chuẩn bị dụng cụ :

- Kiểm tra lại máy sốc, điện cực, dây điện trước khi sốc để đảm bảo an toàn tuyệt đối cho bệnh nhân và nhân viên y tế.

- Quan sát lại xem trong phòng sốc điện đã đầy đủ các phương tiện và dụng cụ để tiến hành sốc điện.

+ Dụng cụ cấp cứu, thuốc cấp cứu

+ Paste để bôi vào điện cực (nếu không có Paste có thể dùng nước muối 0,9% tẩm vào gạc để thay).

+ Gạc hoặc băng cuộn để ngáng lưỡi

+ Gối kê lưng, khăn mặt để lau đờm dãi cho bệnh nhân.

4.1.2/ Chuẩn bị bệnh nhân :

- Giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân yên tâm

- Dặn bệnh nhân nhịn ăn trước khi sốc điện ít nhất là 3 giờ để tránh tình trạng thức ăn trào ngược vào đường hô hấp.

- Bệnh nhân đi đại tiểu tiện trước khi sốc.

- Tháo răng giả (nếu có), tháo các đồ trang sức trên người bệnh nhân để đề phòng tai biến có thể xảy ra.

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp của bệnh nhân trước khi sốc điện. Nếu thấy bất thường phải báo cáo ngay với thầy thuốc.

- Tuyệt đối không cho người nhà vào phòng sốc điện, dặn họ chờ ở ngoài đến khi bệnh nhân tỉnh mới cho vào tiếp xúc.

4.1.3/ Phụ thầy thuốc làm sốc điện :

- Thông thường một kíp sốc điện ít nhất là 3 người : Bác sĩ chỉ huy chung và bấm máy. Một người phụ giữ vai bệnh nhân và điều chỉnh ngáng lưỡi trong khi sốc . Một người phụ giữ điện cực đặt vào hai bên thái dương của bệnh nhân.
- Đặt bệnh nhân nằm ngửa trên giường một cách thoải mái, kê gối thấp dưới lưng bệnh nhân để đề phòng tai biến trật cột sống khi bệnh nhân lên cơn co giật, cho ngáng lưỡi vào giữa hai hàm răng bệnh nhân để cho khỏi cắn vào lưỡi, bảo bệnh nhân nhắm mắt lại, tay để thẳng dọc theo hai bên hông, cởi thắt lưng, khuy áo của bệnh nhân.
- Bôi Paste vào hai cực, sau đó đặt hai điện cực vào hai bên thái dương bệnh nhân.
- Thầy thuốc điều chỉnh các thông số của máy sốc cho phù hợp với bệnh nhân, cắm điện vào máy sốc, bấm nút điện trên máy sốc.
- Người phụ giữ hai vai bệnh nhân, để các chi ở tư thế thoải mái để đề phòng gãy xương, trật khớp.
- Khi bệnh nhân hết cơn co giật thì rút gối ở lưng ra và kê gối lên đầu cho bệnh nhân, đặt đầu bệnh nhân nghiêng sang một bên, rút ngáng lưỡi. Nếu còn đờm dãi thì lấy khăn mặt lau sạch cho bệnh nhân và kiểm tra xem bệnh nhân có bị xây xát không ?
- Thông thường sau cơn co giật bệnh nhân có rối loạn ý thức trong một thời gian ngắn và sau đó bệnh nhân sẽ ngủ. Nhưng có một số trường hợp bệnh nhân sau làm sốc còn ở trong tình trạng ú ở quờ quạng, lúc này bệnh nhân không biết gì nên phải giữ bệnh nhân nằm yên tại giường cho đến khi bệnh nhân tỉnh hoàn toàn mới thôi để tránh tai biến.
- Thu dọn dụng cụ, máy móc.

4.1.4/ Theo dõi, chăm sóc bệnh nhân sau sốc điện :

Nếu chuẩn bị tốt, chỉ định đúng, tiến hành đúng thao tác thì sẽ không xảy ra những tai biến do sốc điện (gãy xương, trật khớp, ngừng thở lâu ...). Khi có tai biến xảy ra thì phải tiến hành xử trí kịp thời.

- Trật khớp vai : phải nắn vào đúng phương pháp và kịp thời.
- Ngừng thở lâu : ấn nhẹ vào vùng trên rốn phía dưới lồng ngực vài lần để kích thích bệnh nhân thở. Thông thường ấn vài lần là bệnh nhân có thể thở được bình thường. Nếu ngừng thở kéo dài hơn thì phải cho thở ôxy đồng thời dùng thêm thuốc trợ hô hấp.
- Nếu bệnh nhân có trạng thái lú lẫn hoặc vật vã quờ quạng thì phải giữ bệnh nhân tại giường cho đến khi bệnh nhân tỉnh hẳn mới thôi.
- Nếu bệnh nhân ra đờm dãi nhiều phải lau sạch cho bệnh nhân và đặt đầu nghiêng sang một bên. Nếu bệnh nhân có nhiều mồ hôi phải lau sạch và thay quần áo cho bệnh nhân.
- Kiểm tra lại mạch, nhiệt độ, huyết áp và nhịp thở của bệnh nhân, nếu thấy bất thường phải báo ngay thầy thuốc để xử lý.

Ngoài ra sau khi sốc điện bệnh nhân có thể nhức đầu, đau lưng, giảm trí nhớ, mệt mỏi... cần phải giải thích cho bệnh nhân và người nhà yên tâm và các triệu chứng trên sẽ mất dần sau một thời gian ngừng sốc điện.

4.2. Liệu pháp tâm lý :

Liệu pháp tâm lý là phương pháp tác động của người thầy thuốc một cách tích cực, có hệ thống vào tâm thần người bệnh thông qua lời nói, thông qua các yếu tố tiếp xúc khác.

- Liệu pháp tâm lý cần được áp dụng từ lúc bệnh nhân đặt chân đến phòng khám và phải được tiếp tục duy trì trong suốt quá trình bệnh nhân điều trị tại bệnh viện đến khi bệnh nhân ra viện điều trị ngoại trú. Liệu pháp tâm lý bao gồm liệu pháp tâm lý gián tiếp và liệu pháp tâm lý trực tiếp.

4.1.1/ Liệu pháp tâm lý gián tiếp :

Khi khám bệnh, làm xét nghiệm, thủ thuật, tiêm truyền ... phải đảm bảo làm đúng theo các quy tắc chế độ chuyên môn, tiến hành một cách nhẹ nhàng. Các thủ thuật trong bệnh viện cố gắng thực hiện, tránh trói buộc và có hành vi thô bạo với bệnh nhân.

Khi tiếp xúc với bệnh nhân tâm thần cần tránh thái độ sợ sệt hoặc coi thường bệnh nhân. Khi đón tiếp bệnh nhân phải niềm nở ân cần và chỉ dẫn chu đáo. Kịp thời loại bỏ những diễn biến tâm lý phức tạp của bệnh nhân có cảm giác bị bỏ rơi sinh ra lo lắng sợ hãi.

Phải đảm bảo môi trường “Vô khuẩn về tâm lý”, mọi lời nói của nhân viên phục vụ phải ăn khớp với nội dung lời nói của thầy thuốc. Những lời nói không khéo, những cái cười thiếu ý thức, những lời giải thích không có trách nhiệm ... có thể làm mất tác dụng của liệu pháp tâm lý rất công phu của thầy thuốc.

Thái độ của nhân viên y tế đúng mực, niềm nở, chỉ dẫn tỉ mỉ, chu đáo tận tình sẽ tác động tốt đến tâm thần của bệnh nhân.

4.2.2/ Liệu pháp tâm lý trực tiếp

Là liệu pháp dùng lời nói trực tiếp tác động vào tâm thần của bệnh nhân để chữa bệnh.

Liệu pháp tâm lý trực tiếp thường dùng ở Việt Nam bao gồm : giải thích hợp lý, ám thị khi thức, tự ám thị và thư giãn luyện tập.

Nhân viên y tế phải có mặt trong liệu pháp tâm lý trực tiếp theo yêu cầu của thầy thuốc để làm cho bệnh nhân yên tâm, tin tưởng tiếp thu lời nói của thầy thuốc, gây ấn tượng mạnh mẽ cho bệnh nhân.

- Trong khi thực hiện liệu pháp, nhân viên phục vụ phải tỏ ra hết sức tôn trọng người thầy thuốc (thực hiện y lệnh đầy đủ, chính xác và kịp thời), lời nói và cử chỉ nhẹ nhàng, lịch thiệp, phối hợp ăn khớp với thầy thuốc.

- Nhân viên phục vụ có mặt và phụ cho thầy thuốc trong khi tiến hành các liệu pháp còn đóng vai trò thực hiện các động tác phụ trợ để làm tăng tác dụng tâm lý

chữa bệnh của lời nói như : dùng các thuốc kích thích, tiêm thuốc, châm cứu, bấm huyệt ...

- Liệu pháp tâm lý trực tiếp bao gồm nhiều liệu pháp, thầy thuốc chỉ định liệu pháp nào tùy theo từng bệnh nhân cụ thể. Nhân viên y tế phụ thầy thuốc tuyệt đối không được phát ngôn bừa bãi hoặc giải thích vô trách nhiệm, trái với lời nói của thầy thuốc sau khi đã tiến hành xong liệu pháp.

- Trong quá trình phụ thầy thuốc làm các liệu pháp, nhân viên phụ cần phải biết cách động viên, an ủi và khích lệ bệnh nhân đúng lúc, đúng chỗ và kịp thời, làm cho bệnh nhân tin tưởng tuyệt đối vào kết quả chữa bệnh của liệu pháp.

QUY TRÌNH

CHO BỆNH NHÂN TÂM THẦN DÙNG THUỐC

I. MỤC ĐÍCH:

- Cho bệnh nhân tâm thần uống thuốc hoặc tiêm thuốc theo y lệnh đồng thời phát hiện báo cáo kịp thời tác dụng không mong muốn xảy ra cho Bs điều trị để xử lý.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Khoa Tâm Thần

III. NỘI DUNG:

1- CHO BỆNH NHÂN TÂM THẦN UỐNG THUỐC VÀ TIÊM THUỐC

1.1. Nguyên tắc chung :

- Thực hiện đầy đủ và chính xác y lệnh của thầy thuốc
- Dùng đúng thuốc, đủ liều lượng và đúng thời gian
- Trước khi cho bệnh nhân dùng thuốc phải thực hiện :
 - + Ba kiểm tra, năm đôi chiếu
 - + Tuân thủ tuyệt đối các quy chế sử dụng thuốc độc
 - + Đảm bảo quy tắc vô khuẩn tuyệt đối.
- Nếu phát hiện thấy điều gì bất thường hoặc sau khi sử dụng thuốc phải báo cáo ngay cho bác sĩ biết để điều chỉnh và xử lý kịp thời.

1.2. Tiêm thuốc cho bệnh nhân tâm thần :

- Tiêm thuốc thường được thực hiện trong giai đoạn cấp tính lúc bệnh nhân mới nhập viện, kích động chống đối không chịu nằm viện, không chịu uống thuốc.
- Trước khi tiêm cần phải giải thích, động viên để bệnh nhân yên tâm, trong trường hợp bệnh nhân không hợp tác, chống đối kích động thì phải chờ đông người giữ bệnh nhân để tiêm (thường ít nhất 3 người nam giữ người bệnh).
- Khi tiêm phải chọn ở tư thế thuận lợi, thoải mái, dễ tiêm. Đề phòng tình trạng bệnh nhân kích động, giãy giụa làm gãy kim hoặc vỡ bơm tiêm.
- Vị trí tiêm : thường tiêm ở mông hoặc mặt trước ngoài của đùi, là nơi có nhiều cơ nên thuốc dễ tan.
- Khi tiêm xong phải để bệnh nhân nằm tại giường,, đề phòng tình trạng tụt huyết áp khi thay đổi tư thế.
- Tiêm xong phải theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp và toàn trạng của bệnh nhân, phát hiện kịp thời các biến chứng để báo cáo cho bác sĩ xử trí.
- Thuốc tiêm cho bệnh nhân tâm thần thường là số lượng nhiều, nếu thuốc lâu tan sờ vào chỗ tiêm thấy cứng thì phải chườm nóng vào chỗ tiêm cho bệnh nhân, lần tiêm tiếp theo nên thay đổi vị trí tiêm cho phù hợp. Phải đảm bảo nguyên tắc vô trùng trong khi tiêm để tránh áp xe. Thông thường bơm tiêm và kim tiêm chỉ dùng cho một lần tiêm.

1.3. Cho bệnh nhân tâm thần uống thuốc

- Phần lớn bệnh nhân tâm thần ngại uống thuốc, thường giấu thuốc một cách rất tinh vi như ở kẽ ngón tay, dưới lưỡi, khe lợi, ống tay áo, túi áo... cho nên phải có biện pháp kiểm tra bệnh nhân có uống thuốc thật sự không, đảm bảo nguyên tắc thuốc phải đủ liều và đến tận dạ dày của bệnh nhân.

- Thời gian quy định cho bệnh nhân uống thuốc thường là sau bữa ăn sáng, trưa và tối (lúc 19 giờ 30 phút). Thông thường bệnh nhân uống thuốc ngày 2 lần (buổi sáng và buổi tối). Khi cho bệnh nhân uống thuốc phải cho từng bệnh nhân uống một, không phát thuốc đồng loạt cho bệnh nhân uống cùng một lúc sẽ không kiểm tra được. Bệnh nhân uống thuốc xong phải kiểm tra miệng bệnh nhân (dưới lưỡi, khe lợi...) nếu thấy không còn thuốc thì mới cho bệnh nhân khác uống tiếp.

- Nếu bệnh nhân không tự uống được, phải hòa thuốc vào nước cho bệnh nhân uống.

- Khi bệnh nhân uống thuốc xong, dặn bệnh nhân nằm nghỉ tại giường, không nên đi lại nhiều và theo dõi các diễn biến bất thường của bệnh nhân để báo cáo bác sĩ.

1.4. Hướng dẫn sử dụng thuốc cho bệnh nhân tâm thần điều trị ngoại trú :

- Sau khi ra viện, bệnh nhân cần phải được điều trị ngoại trú tại nhà, thông thường liều thấp hơn ở bệnh viện.

- Khi bệnh nhân ra viện, phải dặn người nhà quản lý thuốc chặt chẽ và hàng ngày cho bệnh nhân uống thuốc đều đặn theo chỉ định của bác sĩ

- Hướng dẫn cho người nhà bệnh nhân biết các tác dụng phụ của thuốc hoặc các biến chứng có thể xảy ra để có biện pháp theo dõi và báo cáo bác sĩ xử trí kịp thời.

- Hướng dẫn cho người nhà bệnh nhân biết cách phát hiện và kiểm tra được bệnh nhân dấu thuốc hoặc vứt bỏ để có biện pháp đề phòng.

2- CÁC BIẾN CHỨNG CÓ THỂ XẢY RA KHI SỬ DỤNG THUỐC HƯỚNG THẦN

2.1 Xuất hiện tác dụng không mong muốn của thuốc :

- Xuất hiện mạch nhanh, huyết áp hạ, rối loạn thần kinh thực vật, bồn chồn bất an, táo bón, run tay chân, khó nuốt, tăng tiết nước bọt, tăng trương lực cơ.

- Biểu hiện dị ứng thuốc như mẩn đỏ, ngứa, mề đay

- Có thể ngộ độc cấp hoặc xuất hiện hội chứng an thần kinh ác tính

- Nếu sử dụng các thuốc an thần kinh kéo dài, có thể xuất hiện loạn động muộn.

2.2. Khi đã phát hiện được các biến chứng do dùng thuốc

Phải kịp thời báo cáo cho bác sĩ biết để xử trí, có thể giảm thuốc hoặc cắt toàn bộ thuốc an thần đang sử dụng, có thể phải cho thêm các thuốc làm giảm tác dụng phụ.

2.3. Phòng các tai biến có thể xảy ra :

Dẫn bệnh nhân nên nằm nghỉ tại giường sau khi dùng thuốc và uống thuốc sau khi ăn. Cần kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp thường xuyên. Nếu phát hiện bất thường phải báo cáo kịp thời cho bác sĩ xử trí .

QUI TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH NHÂN

CÓ Ý TƯỞNG VÀ HÀNH VI TỰ SÁT

I- MỤC ĐÍCH

Để phát hiện kịp thời ý tưởng và hành vi tự sát của người bệnh để xử trí kịp thời và hiệu quả:

- Biết diễn biến tâm lý nhất là bệnh nhân trầm cảm, nằm viện lâu ngày, vào viện nhiều lần, bị quan chấn nản về bệnh tật.
- Biết diễn biến bệnh lý như ảo thanh bảo bệnh nhân phải chết, hoang tưởng bị tội.
- Phòng ngừa phản ứng tâm lý bất thường dẫn đến hành vi tự sát
- Ngăn chặn hành vi xung động đột ngột
- Phòng ngừa ý tưởng tự sát thành hành vi tự sát thực sự.

II- PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Khoa Tâm Thần

III- NỘI DUNG:

2- CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC

2.1/ Bệnh nhân có ý tưởng tự sát :

- Thường xuyên gần gũi tiếp xúc với người bệnh
- Làm tốt công tác tâm lý để giải thích, khuyên giải, động viên bệnh nhân yên tâm chữa bệnh, tin tưởng điều trị, tạo môi trường điều trị tốt, loại bỏ những ý nghĩ xấu như không muốn sống, muốn chết cho xong, hoặc những hiểu biết lệch lạc về bệnh tật.
- Loại bỏ những vật dùng nguy hại đến tính mạng người bệnh (dao, kéo dầy, vật nhọn...)
- Thường xuyên theo dõi giám sát người bệnh nhất là khi giao trực và đêm khuya.
- Thông báo cho mọi nhân viên trong khoa về diễn biến của bệnh nhân
- Báo cáo bác sĩ để kịp thời xử trí

2.2/ Hành vi tự sát

- Nhanh chóng loại trừ yếu tố gây tự sát : cắt nới dây thắt cổ, cắt nguồn điện, đưa lên bờ, cầm máu, gây nôn...
- Thực hiện các qui trình cấp cứu : hà hơi thổi ngạt, hô hấp nhân tạo, xoa bóp tim...
- Sử dụng máy giúp thở khi cần.
- chuyển đến chuyên môn cao hơn để cấp cứu.

3- GHI CHÉP CÔNG VIỆC ĐÃ LÀM

- Các diễn biến bất thường đã xảy ra
- Trạng thái tâm lý, tâm thần đặc biệt
- Các dấu hiệu : mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở

4- DẶN DÒ HƯỚNG DẪN

** Bệnh nhân :*

- Uống thuốc theo chỉ dẫn của thầy thuốc.
- Không uống rượu, bia, trà, các chất kích thích khác

** Gia đình :*

- Thường xuyên động viên bệnh nhân
- Theo dõi sát và đề phòng hành vi tự sát
- Quản lý thuốc chặt chẽ không để bệnh nhân dùng thuốc làm phương tiện tự sát.
- Tạo môi trường gia đình xã hội hài hòa, tránh gây sang chấn tâm lý.

QUI TRÌNH CHĂM SÓC

BỆNH NHÂN KÍCH ĐỘNG

I. MỤC ĐÍCH

- Ngăn ngừa bệnh nhân kích động
- Xử trí kịp thời bệnh nhân kích động tránh hoặc giảm tối thiểu tổn hại đến vật chất, con người

II. PHẠM VI ÁP DỤNG

- Khoa Tâm Thần

III. NỘI DUNG:

1. NGUYÊN NHÂN:

- Do căng thẳng tâm lý: khám bệnh ngồi chờ quá lâu, sợ bị đưa đi bệnh viện giam nhốt; bị bệnh nhân khác gây hấn.
- Do hoang tưởng, ảo giác chi phối.
- Do môi trường bệnh viện chật chội, nóng bức.
- Tình trạng bồn chồn, bứt rứt do tác dụng phụ chống loạn thần.
- Phủ định bệnh.

2. CHUẨN BỊ

- Có phương tiện cố định tạm thời tại giường bằng dây to bản.
- Thuốc : An thần kinh gây ngủ thiết yếu dạng chích Aminazin, Haloperidol, Seduxen, phenobarbital, pipolphen, dịch truyền, sinh tố.

3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC

3.1/ Tìm hiểu nguyên nhân và hoàn cảnh phát sinh kích động hỏi gia đình, người đi theo hoặc cơ quan :

- Dùng lời lẽ điềm đạm nói chuyện với bệnh nhân, giải thích thuyết phục.
- Cởi trói cho bệnh nhân nếu có thể được.
- Bình tĩnh lắng nghe ý kiến của bệnh nhân.

3.2/ Trường hợp bệnh nhân kích động dữ dội chống đối, đập phá phải cố định thì cần 3-4 người, khống chế bệnh nhân đưa vào giường cố định. Không đi trước bệnh nhân, nên đi hai bên hoặc đi sau bệnh nhân.

Giữ bệnh nhân tại giường bằng cách cố định 2 cổ tay và cổ chân. Nếu bệnh nhân chống đối mãnh liệt có thể cố định thêm 2 bả vai bệnh nhân, thường xuyên kiểm tra theo dõi sát hàng giờ.

Chú ý : kiểm tra trong người bệnh nhân, thu giữ đồ vật nguy hiểm nếu có.

+ Buồng bệnh không để dụng cụ đồ vật gây nguy hiểm để bệnh nhân có thể đập phá và đảm bảo an toàn cho người bệnh.

+ Không cố định chặt quá làm tổn thương vùng cố định, cản trở lưu thông máu và chèn ép dây thần kinh. Không lỏng quá tránh bệnh nhân tụt được tay ra ngoài...

+ Điều dưỡng được phép xử trí ở giai đoạn 1 sao đó báo cáo đến Bs điều trị.

+ Mạch, huyết áp sau khi xử trí 15phút để phát hiện tụt huyết áp.

3.3/ Theo dõi dấu hiệu tái kích động và biểu hiện trầm cảm sau cơn.

3.4/ Chế độ ăn uống

Trong trạng thái kích động người bệnh thường mệt mỏi suy kiệt cần chú ý bồi dưỡng cơ thể bằng chế độ ăn uống đầy đủ calo và sinh tố.

Bệnh nhân chống đối không ăn phải đặt sonde dạ dày.

3.5/ Đảm bảo vệ sinh cơ thể, xoay trở chống loét.

3.6/ Giải quyết các nguyên nhân gây kích động, tùy trường hợp cụ thể.

4. GHI CHÉP CÔNG VIỆC ĐÃ LÀM

- Đo sinh hiệu theo y lệnh.

- Các diễn biến bất thường

- Tình trạng đáp ứng thuốc.

5. DẶN DÒ HƯỚNG DẪN

** Bệnh nhân :*

Khi bệnh nhân chịu uống thuốc, chuyển thuốc tiêm sang thuốc uống.

- Không uống rượu, bia, trà, đặc và các chất kích thích

** Gia đình :*

Chăm sóc theo hướng dẫn

- Tránh gây sang chấn tâm lý bệnh nhân vì dễ bị kích động lại

- Khi bệnh nhân đã ổn định thì đưa về chế độ quản lý chung.

Gia đình quản lý thuốc chặt chẽ, cho bệnh nhân uống thuốc theo chỉ dẫn của thầy thuốc.

QUI TRÌNH CHĂM SÓC

BỆNH NHÂN CĂNG TRƯƠNG LỰC

I- MỤC ĐÍCH

- Phân biệt hội chứng căng trương lực do nhiều bệnh lý gây nên. Ví dụ : bệnh nhân tâm thần phân liệt, bệnh gây tổn thương thực thể não (nhiễm trùng, nhiễm độc, u não...)

- Hiểu rõ diễn biến bệnh lý để điều trị chăm sóc hợp lý.

II- PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Khoa Tâm Thần

III. NỘI DUNG CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC

- Làm công tác tâm lý gần gũi tiếp xúc với người bệnh

- Đo nhiệt độ, mạch, huyết áp làm xét nghiệm xác định nguyên nhân gây bệnh.

- Loại bỏ vật dụng có thể gây nguy hại đến tính mạng người bệnh và người xung quanh.

- Điều trị thuốc theo chỉ định.

3.1/ Bệnh nhân kích động căng trương lực

- Điều trị và chăm sóc như bệnh nhân kích động do các nguyên nhân khác. Khi bệnh nhân kích động dữ dội có hành vi tấn công phá hoại có thể tạm thời cố định bệnh nhân tại giường xử trí theo phác đồ.

3.2/ Sững sờ căng trương lực

- Bệnh nhân im lặng hoặc bất động

- Bệnh nhân thường chống đối không ăn, không chú ý đến vệ sinh cá nhân nên ngoài chăm sóc điều trị thuốc men, phải đảm bảo chế độ ăn đủ calo, sinh tố và khoáng chất cho người bệnh, có thể cho ăn bằng ống Sonde.

- Vệ sinh thân thể người bệnh, chống bội nhiễm, loét nếu bất động kéo dài.

- Trạng thái kích động căng trương lực và sững sờ căng trương lực thường xen kẽ nhau.

- Dùng thuốc an thần kinh hoặc kết hợp sốc điện theo chỉ định.

QUI TRÌNH CHĂM SÓC

BỆNH NHÂN BỎ ĂN

I- MỤC ĐÍCH:

- Bỏ ăn là một tình trạng cấp cứu trong tâm thần.
- Nếu không được điều trị, ăn uống không đảm bảo dinh dưỡng sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe do vậy cần cung cấp đủ lượng calo, chất khoáng, sinh tố cần thiết hàng ngày cho người bệnh.

II- PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Khoa Tâm Thần

III- NỘI DUNG:

1- CHUẨN BỊ

(Cho bệnh nhân ăn bằng Sonde)

- Phòng điều trị thoáng mát, sạch sẽ
- Thức ăn ẩm đã được pha sẵn : súp loãng, sữa và nước sôi để nguội
- Huyết áp, ống nghe
- Bơm tiêm 50ml-100ml
- Kìm mở miệng
- Dịch truyền nâng đỡ: Glucose, Đạm. . .
- Dây ăn Sonde

2- CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC

Nhiều biện pháp cho bệnh nhân ăn

- + Làm công tác tâm lý, giải thích, thuyết phục để bệnh nhân tự ăn.
- + Vừa giải thích vừa bón cho bệnh nhân
- + Có bệnh nhân phải ép và bắt buộc. Để suất ăn ở cạnh bệnh nhân đứng xa quan sát một lúc thấy bệnh nhân tự ăn.
- + Nếu những phương pháp trên không kết quả thì ta cho bệnh nhân ăn bằng ống sonde tiến hành kỹ thuật ăn bằng ống sonde.
- + Nếu không thể cho bệnh nhân ăn bằng ống sonde, cần xem xét và tiến hành nuôi dưỡng bằng đường tiêm truyền tĩnh mạch.

3- GHI CHÉP :

Ghi nhận xét vào phiếu chăm sóc, bệnh nhân ăn uống có hết suất không, bệnh nhân tự ăn hay phải ép buộc bằng ống sonde.

Trạng thái tâm thần thể nào

Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp và các diễn biến bất thường xảy ra

4- DẶN DÒ HƯỚNG DẪN :

* *Bệnh nhân :*

- Uống thuốc đều đặn mỗi ngày
- Ăn uống điều độ hàng ngày

* *Gia đình* :

- Động viên an ủi bệnh nhân, cho bệnh nhân ăn uống điều độ, đảm bảo calo, chất khoáng ...
- Quản lý thuốc và cho bệnh nhân uống đều hàng ngày.

QUI TRÌNH CHĂM SÓC

BỆNH NHÂN TÂM THẦN CÓ Ý TƯỞNG BỎ VIỆN

I- MỤC ĐÍCH:

Phát hiện ngăn chặn và xử trí kịp thời ý tưởng hành vi bỏ viện của bệnh nhân do :

- Bệnh nhân không nhận thức bệnh, nằm viện lâu ngày không có gia đình thăm hỏi, bị cưỡng bức nhập viện.
- Bệnh nhân còn nhiều hoang tưởng, ảo giác chi phối.

II- PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Khoa Tâm Thần

III- NỘI DUNG:

1- KỸ THUẬT CHĂM SÓC

1.1/ Bệnh nhân có ý tưởng bỏ viện :

- Ghi chép địa chỉ của bệnh nhân từ khi vào viện chi tiết, chính xác đến số nhà (thành phố), xóm, thôn (nông thôn).
- Giải thích hợp lý để bệnh nhân hiểu được bệnh mà yên tâm điều trị bệnh.
- Tạo điều kiện sinh hoạt giải trí trong khoa cho bệnh nhân
- Những trường hợp kích động mới vào viện cần báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Giám sát chặt chẽ những bệnh nhân có ý tưởng bỏ viện
- Tăng cường chú ý thời điểm hay bỏ viện: lúc bàn giao trực, lúc vui chơi giải trí, lúc chập tối, đêm khuya, lúc vệ sinh cá nhân buổi sáng.

1.2/ Bệnh nhân đã bỏ viện :

- Khi bệnh nhân đã bỏ viện cần báo ngay cho trực cấp trên, thông báo cho thân nhân để tìm kiếm đưa bệnh nhân trở lại Khoa.

2- GHI CHÉP CÔNG VIỆC ĐÃ LÀM

- Ghi vào hồ sơ bệnh án, sổ giao ban giờ bệnh nhân bỏ viện, hướng đi của bệnh nhân, tài sản mang theo.
- Tình trạng bệnh nhân khi đưa về khoa. Nếu không thấy báo y tá trưởng, bác sĩ trưởng khoa biết.

3- DẶN DÒ HƯỚNG DẪN :

** Bệnh nhân :*

- Phải yên tâm điều trị, bệnh viện không phải là nơi giam giữ

** Gia đình :*

- Thăm hỏi, động viên để bệnh nhân an tâm, không cho bệnh nhân giữ tiền khi đang nằm viện.

QUI TRÌNH CHĂM SÓC

BỆNH NHÂN CÓ HOANG TƯỚNG

I- MỤC ĐÍCH:

- Theo dõi diễn biến các loại hoang tưởng đã có
- Phát hiện kịp thời các hoang tưởng mới xuất hiện.
- Xử trí và phòng ngừa các hành vi nguy hiểm do hoang tưởng gây ra như : ý tưởng và hành vi tự sát, tấn công người xung quanh.
- Tạo môi trường tâm lý trong lành để bệnh nhân tin tưởng vào phương pháp điều trị của thầy thuốc.

II- PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Khoa Tâm Thần

III- NỘI DUNG:

1- CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

- Nắm bắt được một cách cụ thể các loại hoang tưởng ngay từ khi bệnh nhân mới vào viện.
- Thường xuyên gần gũi, tiếp xúc với bệnh nhân, tạo sự tin tưởng để bệnh nhân sẵn sàng thổ lộ những ý nghĩ vô lý nảy sinh trong suy nghĩ của mình nhằm phát hiện các hoang tưởng mới phát sinh.
- Theo dõi chặt chẽ hành vi của bệnh nhân, phát hiện những hành vi bất thường do hoang tưởng chi phối, để xử trí kịp thời và có kế hoạch theo dõi điều trị.
- Với những bệnh nhân có nhiều loại hoang tưởng đặc biệt là các hoang tưởng tự buộc tội hay hoang tưởng chi phối phải đi kiểm tra thường xuyên hàng ngày.
- Loại bỏ những vật dụng nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân và người xung quanh(dao, kéo, vật nhọn, các loại dây buộc...).

2- GHI CHÉP CÔNG VIỆC ĐÃ LÀM

- Diễn biến của hoang tưởng, đặc biệt là những diễn biến bất thường đã xảy ra.
- Ghi chép đầy đủ những ý nghĩ lệch lạc hay các hoang tưởng mới xuất hiện.
- Ghi chép tình trạng ăn uống, sinh hoạt, các tác phong của bệnh nhân và các dấu hiệu mạch, nhiệt độ, huyết áp...

3- DẶN DÒ HƯỚNG DẪN :

** Với bệnh nhân :*

- Chấp hành việc tiêm uống thuốc đầy đủ theo hướng dẫn của thầy thuốc. tránh sử dụng các chất kích thích.

** Với gia đình :*

- Theo dõi, giám sát chặt chẽ bệnh nhân, phát hiện kịp thời những diễn biến bất thường trong suy nghĩ hay hành vi tác phong của bệnh nhân, thông báo kịp thời cho bác sĩ điều trị biết.

- Động viên bệnh nhân yên tâm điều trị và tin tưởng vào kết quả điều trị.

- Giám sát việc uống thuốc của bệnh nhân không để tình trạng bệnh nhân bỏ thuốc nhất là những bệnh nhân có hoang tưởng bị hại.

QUI TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH NHÂN

BẮT BUỘC CHỮA BỆNH TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH :

- Quản lý chặt chẽ những người phạm tội mắc bệnh tâm thần do Viện kiểm sát hay Tòa án ra quyết định bắt buộc chữa bệnh không để bệnh nhân trốn khỏi bệnh viện.

- Xác định chẩn đoán và điều trị tốt bệnh nhân để đưa về với gia đình hoặc để họ có đủ điều kiện thực hiện trách nhiệm về hành vi của họ.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Khoa Tâm Thần

III. NỘI DUNG:

1. CHUẨN BỊ:

- Nơi thực hiện : khoa phòng phải đảm bảo hai yếu tố vừa thuận tiện cho việc quản lý chặt chẽ vừa dễ quan sát, theo dõi.

- Dụng cụ : Phải có đầy đủ các loại thuốc chuyên khoa tâm thần và các loại thuốc cấp cứu khác.

2. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH :

- Nắm bắt được tình trạng tâm thần của bệnh nhân ngay từ khi mới vào viện, đặc biệt những trường hợp có rối loạn nặng nề như : ý tưởng hành vi tự sát, chống đối không ăn, kích động.

- Với những bệnh nhân có ý tưởng hành vi tự sát phải theo dõi 24/24 giờ, để bệnh nhân ở những nơi dễ quan sát, thường xuyên gần gũi, tiếp xúc bệnh nhân và động viên yên tâm điều trị.

- Với bệnh nhân chống đối không ăn, phải quan tâm động viên nuôi ăn qua thông dạ dày, kết hợp dịch truyền nâng đỡ.

- Phòng ngừa xảy ra kích động, nếu có kích động xảy ra phải xử trí theo phác đồ chống kích động.

- Ngoài việc nắm bắt được đầy đủ các biểu hiện rối loạn về tâm thần, cũng cần phải biết rõ kế hoạch quản lý, chăm sóc cụ thể cho từng bệnh nhân. Đặc biệt những bệnh nhân đang trong giai đoạn thi hành án phạt tù và những trường hợp còn năng lực trách nhiệm hành vi thì cần phải có sự giám sát chặt chẽ hơn.

-Đảm bảo cho bệnh nhân ăn uống đúng giờ giấc, hướng dẫn tham gia các hoạt động văn nghệ, thể thao . . .

- Khi bệnh nhân trốn viện phải tổ chức ngay các biện pháp truy tìm, đồng thời báo cho Viện kiểm soát hay Tòa án đã ra quyết định bắt buộc chữa bệnh biết để thông báo cho thân nhân của bệnh nhân.

- Khi có bệnh nhân chết, phải báo cho cơ quan điều tra thuộc Công an tỉnh, thành phố và Viện kiểm soát đến để phối hợp giải quyết.

3. GHI CHÉP CÔNG VIỆC ĐÃ LÀM :

- Ghi chép đầy đủ các diễn biến về tâm lý, trạng thái tâm thần và quá trình sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân.

- Các diễn biến bất thường phải được ghi chép đầy đủ và tỉ mỉ.

- Các chỉ số về mạch, nhiệt độ, huyết áp phải được ghi đầy đủ vào phiếu theo dõi riêng.

4. DẶN DÒ HƯỚNG DẪN :

** Với bệnh nhân :*

- Phải thực hiện việc ăn uống, nghỉ ngơi, chế độ thuốc men theo đúng y lệnh của thầy thuốc.

- Tránh dùng các chất kích thích như rượu bia, cà phê, thuốc lá...

- Thông báo ngay Bác sĩ biết những diễn biến bất thường về tâm lý cũng như bệnh lý.

** Với gia đình và cán bộ quản lý :*

- Theo dõi, quản lý chặt chẽ đề phòng bệnh nhân trốn viện.

- Thường xuyên động viên để bệnh nhân yên tâm, tin tưởng vào kết quả điều trị.

- Không có hành vi thô bạo với bệnh nhân.

QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

I) QUI ĐỊNH CHUNG :

1/Khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú được thực hiện đối với những người bệnh không nằm điều trị nội trú.

A/Một số bệnh mãn tính ngoài đợt tiến triển cấp.

B/Một số bệnh thông thường.

C/Người bệnh có nguyện vọng được điều trị ngoại trú.

2/Y tế cơ sở kết hợp theo dõi và điều trị tiếp tục theo hướng dẫn của bác sĩ.

II) QUI ĐỊNH CỤ THỂ :

1/Tại Khoa Phòng Khám :

Bác sĩ khoa khám bệnh có trách nhiệm :

a-Quyết định cho người bệnh được điều trị ngoại trú sau khi khám lâm sàng và xét nghiệm, có chẩn đoán xác định bệnh rõ ràng.

b-Làm hồ sơ bệnh án đầy đủ như người bệnh nội trú và theo dõi quản lý tại khoa.

c-Có sổ y bạ theo dõi điều trị ngoại trú ghi rõ chẩn đoán, kê đơn điều trị, hướng dẫn sử dụng thuốc và hẹn khám lại.

d-Khi kê đơn phải thực hiện đúng quy chế chẩn đoán bệnh làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị.

e-Hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ ăn uống, nghỉ ngơi và luyện tập phục hồi chức năng.

g-Người bệnh đang điều trị ngoại trú, nếu tình trạng diễn biến xấu phải đưa vào điều trị nội trú.

h-Người bệnh điều trị nội trú, sau khi ra viện nếu cần được điều trị tiếp tục thì phải đăng kí điều trị ngoại trú. Chuyển điều trị ngoại trú theo bệnh lý và đáp ứng điều trị.

QUI TRÌNH

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

I) MỤC ĐÍCH :

- a- Điều trị cắt cơn ở giai đoạn toàn phát.
- b- Theo dõi và xác định chẩn đoán.
- c- Chuyển quản lý điều trị đúng tuyến.

II) NHÂN SỰ :

- Y, Bác Sĩ phụ trách điều trị nội trú.
- 04 Điều Dưỡng (2 điều dưỡng trực, 2 điều dưỡng hành chánh).

III) NỘI DUNG THỰC HIỆN:

1/ Điều Dưỡng Trực Nội Trú:

- 1.1- Tiếp nhận bệnh đưa đến giường quy định.
- 1.2- Kiểm tra sinh hiệu, ghi nhận diễn biến lâm sàng vào phiếu chăm sóc báo cáo đến Y, BS điều trị nội trú.
- 1.3- Thực hiện các y lệnh từ phòng khám, sau đó báo cáo đến Y, BS nội trú.
- 1.4- Yêu cầu bệnh nhân đóng tạm ứng (theo mẫu)
- 1.5- Căn cứ vào y lệnh của bác sĩ và quy trình chăm sóc lập kế hoạch chăm sóc ghi vào phiếu chăm sóc cụ thể cho từng người bệnh.
- 1.6- Bệnh nhân xuất viện, điều dưỡng nhận y lệnh của y, bs cho xuất viện, điều dưỡng trực thông báo điều dưỡng hành chánh để tổng hợp các thông tin thanh toán viện phí.
- 1.7- Điều dưỡng hành chánh lập phiếu thanh toán viện phí theo mẫu.
- 1.8- Người nhà bệnh nhân thanh toán viện phí tại phòng thu viện phí.
- 1.9- Điều dưỡng trực hướng dẫn uống thuốc và dặn dò điều cần thiết cho thân nhân người bệnh.

IV) ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ :

- 1/ Rút ngắn thời gian nằm viện < 25 ngày đối với bệnh tâm thần phân liệt.

QUY TRÌNH GIÁM ĐỊNH PHÁP Y

I/ MỤC ĐÍCH:

- Giám định y khoa.
- giám định pháp y tâm thần.

1/ Giám Định Y Khoa Gồm Có :

- Khám xin chế độ nghỉ hưu, khám sức khỏe kết hôn. khám tại phòng khám trong giờ hành chính.

2/ Giám Định Pháp Y Tâm Thần.

- Thực hiện hàng tuần.
- Thường xuyên thực hiện tại khoa tâm thần trường hợp đặc biệt nằm nội trú theo dõi. trường hợp phức tạp hoặc vượt khả năng chuyên môn phải có trách nhiệm chuyển tuyến trên.

II/ PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: khoa tâm thần.

III/ THÀNH PHẦN GIÁM ĐỊNH:

- Bác sĩ giám định viên pháp y tâm thần.
- y sĩ, điều dưỡng phòng khám phụ giúp việc khám giám định.

IV/ NỘI DUNG :

* CÁC BƯỚC CỤ THỂ :

1/ Xác định cơ quan trung cầu giám định đúng cấp, đúng thẩm quyền như : phó trưởng công an điều tra ; viện trưởng, viện phó viện kiểm soát nhân nhân ; thẩm phán, tòa án các huyện, thị có yêu cầu bằng văn bản.

- Xác định đủ điều kiện, đọc hồ sơ.

Xác nhận:

- Đánh giá về đời của gia đình, chính quyền địa phương.
- Hồ sơ, toa thuốc, nói chung là các thông tin về bệnh lý trước đó (nếu có).

2/ Khám và chẩn đoán.

3/ Hội ý lại lãnh đạo khoa để đi đến thống nhất kết quả.

4/ Hoàn tất phiếu kết quả (có kết luận, ký xác nhận, đóng dấu khoa)

5/ Trả kết quả, kèm hồ sơ:

- Trả toàn bộ hồ sơ, kết quả giám định.
- Khoa tâm thần cập nhật sổ theo dõi: về tên, kết luận. . .

QUY TRÌNH TIẾP NHẬN PHÒNG KHÁM TÂM THẦN

I) MỤC ĐÍCH :

- 1/ Tiếp nhận khám, điều trị ngoại trú, bán trú bệnh tâm thần và giải quyết các thủ tục hành chính có liên quan đến bệnh lý tâm thần.
- 2/ Tuyên truyền, hướng dẫn, phòng ngừa tái phát bệnh tâm thần.

II) NHÂN SỰ :

- 1/ 01 bác sĩ.
- 2/ 02 y sĩ.
- 3/ 03 điều dưỡng.

III) GIỜ LÀM VIỆC :

- Sáng từ 7 giờ đến 10 giờ 30 phút.
- Chiều từ 13 giờ đến 15 giờ 30 phút.
- Thứ bảy, chủ nhật, ngày lễ và ngày tết nghỉ theo chế độ.
- Các trường hợp đi khám bệnh sau giờ nói trên do cấp trực nội trú giải quyết :
 - Thuộc phát lấy từ tủ trực, chiều cùng ngày hoặc sáng ngày hôm sau báo bù lại, danh sách ghi vào sổ giao ban, báo lại ghi vào sổ khám bệnh.

IV) NHIỆM VỤ CHUNG :

- Tiếp nhận các trường hợp bệnh lý và các thủ tục hành chính.
- A/ Về Bệnh Lý :
 - Ưu tiên bệnh nặng, người già, trẻ em, bệnh mới.
 - NHẬP VIỆN :
 - Tình trạng kích động chuyển ngay vào nội trú.
 - Bệnh nhân hợp tác ghi phần hành chánh, hướng chẩn đoán, cho thuốc, chuyển vào nội trú bổ sung bệnh sử.
 - Làm các xét nghiệm cần thiết.
 - Làm hồ sơ bán trú.
 - Làm sổ ngoại trú.
 - Tiếp nhận tuyến dưới chuyển lên.
 - Chuyển tuyến trên.
 - Chuyển tuyến dưới.
 - Tiếp nhận từ nội trú chuyển ra bán trú.
 - Giới thiệu khám chuyên khoa khác.

B/ Thủ Tục Hành Chánh Như Sau :

- Giám định y khoa, khám sức khỏe kết hôn, xác nhận bệnh, hướng dẫn nhân viên có trách nhiệm trực tiếp giải quyết.
- Hướng dẫn các thủ tục miễn phí, bảo hiểm y tế.

V) PHÂN CÔNG CỤ THỂ :

❖ Điều Dưỡng Số 1:

Ghi sổ nhận bệnh, cho sổ sổ điều trị ngoại trú, kiểm, cấp phát thuốc, dặn cách uống, giờ uống thuốc, ngày tái khám, chịu trách nhiệm quản lý thuốc, báo cáo ngày, tuần, tháng, quý, năm và trả kết quả giám định, kết hôn.

❖ Điều Dưỡng Số 2:

Nhận bệnh theo thứ tự ưu tiên, đo dấu sinh hiệu, xác nhận nhân thân, ghi các triệu chứng cơ bản, hướng dẫn làm các xét nghiệm cận lâm sàng đã hẹn trước như : đo điện não, xét nghiệm máu, chụp x quang...trình điều trị.

- Khám người bệnh, chẩn đoán, kê toa thuốc.
- Đánh giá điều phối cách điều trị : nội trú, bán trú, ngoại trú, giới thiệu khám chuyên khoa khác, chuyển tuyến trên và chuyển tuyến dưới.
- Cho làm các xét nghiệm cần thiết.
- Trường hợp bệnh lý phức tạp, bệnh đặc biệt, trình Bs Trưởng khoa xin ý kiến giải quyết.

MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG NĂM 2009

KHOA TÂM THẦN

I. ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH:

1) KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC:

- Bệnh tâm thần phân liệt nội trú năm 2008 là 346 bệnh, với tổng số ngày điều trị là 9.930 ngày, chiếm tỉ lệ 49,9% nội trú. Ngày điều trị trung bình 28,69 ngày/ bệnh.

2) PHÂN TÍCH ĐÁNH GIÁ:

☺ Điểm Mạnh: *(nội bộ-có thể phát huy)*

- Chuyên môn.

- Tập thể đoàn kết.

☺ Điểm Yếu: *(nội bộ-có thể khắc phục)*

- Thiếu nhân sự

☺ Khó Khăn: *(bên ngoài-có thể né tránh)*

- Thiếu nhân sự.

☺ Thuận Lợi: *(bên ngoài-có thể tận dụng)*

- Được các cấp lãnh đạo quan tâm.

II. MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG CỦA KHOA/ PHÒNG:

(qua phân tích đánh giá, hãy chọn một nội dung quan trọng mà bộ phận quan tâm nhất làm MTCL – Mục tiêu phải đo được, cụ thể, khả thi, thực tế, có thời hạn, mang tính thách thức để cải tiến...)

Rút ngắn thời gian điều trị nội trú trung bình bệnh nhân tâm thần phân liệt từ 28 ngày trở xuống.

☺ Công thức tính hoặc chỉ số: *(của mục tiêu chất lượng)*

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

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

III. KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG:

(các nhiệm vụ và giải pháp cần thực hiện để đạt được mục tiêu)

STT	Bước Công Việc	Thời gian thực hiện <i>(bắt đầu → kết thúc)</i>	Người thực hiện	Người giám sát
1	Áp dụng tối ưu phác đồ điều trị và qui trình chăm sóc để ổn định ăn ngủ cho bệnh nhân trong 1 tuần đầu.	Năm 2009	Bs. Điều trị, NV điều dưỡng	Trưởng khoa
2	Bổ sung, điều chỉnh và triển khai áp dụng triệt để ‘Hướng dẫn điều trị nội trú’ nhằm thực hiện tốt khâu sơ kết diễn biến bệnh và đưa ra được hướng điều trị tiếp theo phù hợp.	Năm 2009	Bs. Điều trị, NV điều dưỡng	Trưởng khoa
3	Tổ chức sinh hoạt, nhắc nhở, tập huấn định kỳ mỗi tháng cho các nhân viên y tế về qui chế chuyên môn nhằm đảm bảo công tác tư vấn, hướng dẫn cách thức sử dụng thuốc và chăm sóc bệnh nhân cận kề hơn.	Ngày thứ sáu cuối mỗi tháng	Ban chủ nhiệm khoa	Trưởng khoa
6	Tổng hợp, báo cáo thực hiện mục tiêu	Cuối tháng 6 & 12/2009	Trưởng/ phó khoa	BGD bệnh viện

ĐÁNH GIÁ MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG

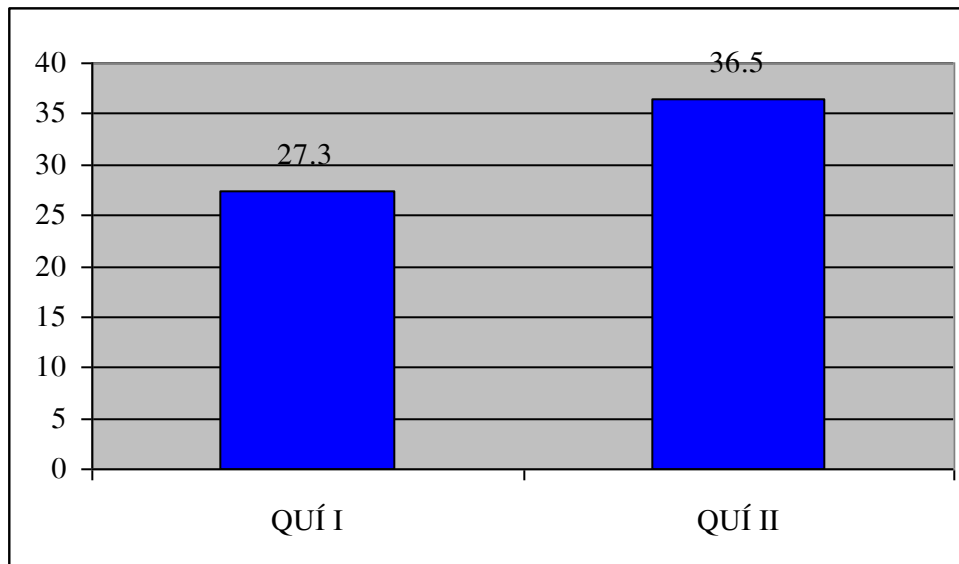
TÊN MỤC TIÊU	NGÀY ĐIỀU TRỊ TRUNG BÌNH BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT (TTPL) < 28 ngày
- Mục đích	- Giảm ngày điều trị trung bình của bệnh TTPL
- Công thức đo	Tổng ngày điều trị(TTPL)/ số bệnh TTPL < 28 ngày
- Thời gian thực hiện	- Từ tháng 01/2009
- Kết quả phải đạt	- Số ngày điều trị trung bình bệnh TTPL < 28 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	- Y, Bs điều trị khoa tâm thần
- Người chịu trách nhiệm hành động	- Trưởng khoa tâm thần
- Kế hoạch hành động	- Thống kê từng hồ sơ bệnh án, tổng hợp cuối tháng.

Kết quả:

QUÍ I: 27.3 ngày

QUÍ II: 36.5 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
1	Sổ khám bệnh PK		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
2	Sổ lưu báo cáo		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
3	Sổ cấp phát thuốc PK		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
4	Sổ cấp thuốc bán trú		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
5	Sổ lãnh thuốc ngày		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
6	Sổ sao y lệnh trực		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
7	Sổ bàn giao thuốc tủ trực		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
8	Sổ bàn giao y dụng cụ		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
9	Sổ bàn giao bệnh nặng		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
10	Sổ bàn giao bệnh chuyển khoa		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
11	Sổ bàn giao bệnh chuyển viện		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
12	Sổ mời hội chẩn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
13	Sổ biên bản hội chẩn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
14	Sổ theo dõi thủ thuật		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
15	Sổ trả hồ sơ ra viện		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
16	Sổ in toa ra viện		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
17	Sổ đăng ký miễn phí		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
18	Sổ trả phiếu BHYT		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH

19	Sổ trả HSBT chênh lệch		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
20	Sổ trả HS miễn phí		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
21	Sổ theo dõi đo EEG		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
22	Sổ lãnh thuốc hướng tâm thần		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
23	Sổ họp giao ban		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
24	Sổ họp khoa		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
25	Sổ bình bệnh án		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
26	Sổ bình hồ sơ CS		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
27	Sổ VV-RV-CV		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
28	Sổ mô tả công việc		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
29	Sổ theo dõi rủi ro vật sắc nhọn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
30	Sổ theo dõi nhầm lẫn thuốc		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
31	Sổ ARD		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
32	Sổ chỉ đạo tuyến		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
33	Sổ đào tạo bồi dưỡng chuyên môn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
34	Sổ sinh hoạt chuyên môn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
35	Sổ góp ý của người bệnh		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
36	Sổ chấm điểm kiểm tra hàng tháng		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
37	Sổ đi buồng		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
38	Sổ chấm công		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
39	Sổ sinh hoạt hội đồng người bệnh		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
40	Sổ họp hành chánh		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
41	Sổ biên bản tử vong		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH

42	Sổ kiểm tra tuần		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
43	Sổ phân công		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
44	Sổ lưu công văn đến		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
45	Sổ lưu công văn đi		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
46	Sổ xác nhận bệnh		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
47	Sổ lãnh VPP		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
48	Sổ lãnh nhu yếu phẩm		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
49	Sổ báo sửa chữa		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
50	Sổ trả kết quả KH		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
51	Sổ trả GĐYK		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
52	Sổ trả GĐPY		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
53	Sổ họp công đoàn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
54	Sổ tài sản khoa		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
55	Sổ theo dõi khám bệnh nhân vin		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
1	Qui chế chống nhiễm khuẩn.		01	18/03/2009	X	X					
2	Qui chế công tác khoa tâm thần		01	18/03/2009	X	X					
3	Qui chế sử dụng thuốc		01	18/03/2009	X	X					
4	Qui chế xử lý chất thải		01	18/03/2009	X	X					
5	Qui chế hội chẩn		01	18/03/2009	X	X					
6	Qui chế hoạt động khoa tâm thần		01	18/03/2009	X	X					
7	Qui trình chăm sóc		01	18/03/2009	X	X					
8	Qui trình điều trị ngoại trú		01	18/03/2009	X	X					
9	Qui trình hướng dẫn điều trị nội trú		01	18/03/2009	X	X					
10	Qui trình giám định pháp y		01	18/03/2009	X	X					
11	Qui trình tiếp nhận bệnh nhân PKTT		01	18/03/2009	X	X					
12	Phác đồ điều trị		01	18/03/2009	X	X					
13	Mục tiêu chất lượng 2009-KTT		01	18/03/2009	X	X					
14	Chính sách chất lượng BVĐKTT-AG		01	25/03/2009	X	X					
15	Sổ tay chất lượng		01	25/03/2009	X	X					

DANH MỤC TÀI LIỆU BÊN NGOÀI HIỆN HÀNH

TT	Tên tài liệu	Mã số	Tác giả/Nơi ban hành	Ngày ban hành	Nơi lưu trữ		Ghi chú
					Máy tính	Tủ tài liệu	
1	Sách tâm thần học		Gs. Trần Đình Xiêm	1995		X	
2	Bản phân loại bệnh quốc tế 10 (ICD-10)					X	
3	Hướng dẫn sử dụng thuốc tâm thần		Gs. Trần Đình Xiêm			X	
4	Qui chế bệnh viện		Bộ Y Tế	1997		X	