

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Quy định về việc Bình hồ sơ bệnh án

GIÁM ĐỐC BVĐK HOÀNG HÓA

Căn cứ Luật khám, chữa bệnh số 15/2023/QH15;

Căn cứ Quyết định số 08/2022/QĐ-UBND ngày 22/2/2022 của UBND tỉnh Thanh Hóa về việc Ban hành phân công, phân cấp quản lý tổ chức bộ máy, biên chế và cán bộ, công chức, viên chức thuộc UBND tỉnh Thanh Hóa quản lý;

Theo đề nghị của Phòng Kế hoạch – Nghiệp vụ,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành " Quy định về việc Bình hồ sơ bệnh án " (Có quy định kèm theo).

Điều 2. Tài liệu " Quy định về việc Bình hồ sơ bệnh án " ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng tại Bệnh viện đa khoa Hoàng Hóa.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 4. Các ông, bà trưởng khoa, phòng và các phòng chức năng liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như điều 4;
- BGĐ (b/c);
- Các khoa, phòng (t/h);
- Lưu: VT, HĐKH.

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Xuân Lập

QUY ĐỊNH

Về việc bình hồ sơ bệnh án

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVHH ngày / /2026 của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Hoàng Hoá)

I. MỤC ĐÍCH

- Bình bệnh án là một trong những phương pháp tốt có hiệu quả cao đã được ứng dụng trong một số bệnh viện để cho các nhóm bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng cùng tham gia bình luận trên 1 bệnh án nhằm mục đích: Phân tích các ưu điểm, nhược điểm trong việc thực hiện những quy định về làm bệnh án, chất lượng hỏi bệnh, khám bệnh, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh. Từ đó đưa ra được những điểm thống nhất, giúp cho mọi người đều rút kinh nghiệm để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.

- Quy định cách thức tiến hành bình bệnh án định kỳ cấp cơ sở điều trị và cấp khoa lâm sàng nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị thông qua việc đánh giá thực hiện quy chế hồ sơ bệnh án tại các đơn vị và đánh giá việc thực hiện quy chế kê đơn điều trị, quy chế sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, theo dõi các phản ứng có hại và rút kinh nghiệm các sai sót trong dùng thuốc.

II. QUY ĐỊNH BÌNH HỒ SƠ BỆNH ÁN

1. Quy định bình hồ sơ bệnh án cấp Bệnh viện

- Tổ chức bình bệnh án cấp Bệnh viện 01 lần/tháng do Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ lập kế hoạch. Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ lên lịch bình bệnh án toàn viện và chọn ngẫu nhiên 01 hồ sơ bệnh án nội trú đã ra viện của 01 khoa trong kho hồ sơ bệnh án để tổ chức bình bệnh án toàn viện và thư ký ghi biên bản tại sổ bình bệnh án này. Các tháng sau quay vòng giữa các khoa để tổ chức bình bệnh án.

- Tổ chức chấm chất lượng hồ sơ bệnh án: Mỗi tháng Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ rút ngẫu nhiên mỗi khoa 01 bệnh án nội trú đã ra viện ở trong kho hồ sơ bệnh án sau đó chuyển cho các khoa chấm điểm chéo giữa các khoa theo mẫu Phiếu chấm bình bệnh án (Phụ lục 01 kèm theo). Sau khi chấm xong các khoa chuyển kết quả chấm cho Phòng KHNV để tổng hợp, báo cáo và căn cứ xếp thi

đưa giữa các khoa.

- Riêng khoa Khám bệnh tổ chức bình đơn thuốc 01 tháng/01 lần. Kết quả bình đơn thuốc được đưa ra tại hội nghị bình bệnh án để phân tích và rút kinh nghiệm.

1.1. Người chủ trì bình bệnh án cấp Bệnh viện

Người chủ trì phải là người vừa có trình độ chuyên môn cao, vừa có kinh nghiệm về công tác quản lý để có thể thực hiện các nhiệm vụ:

- Phát hiện những ưu, nhược điểm chính trong bệnh án.
- Gợi ý những điểm chủ yếu cần bình luận trong bệnh án.
- Tổng hợp, phân tích và kết luận sau khi đã bình bệnh án.

1.2. Các thành phần dự bình bệnh án cấp Bệnh viện

- Chủ trì: Lãnh đạo Bệnh viện (Giám đốc, Phó Giám đốc phụ trách chuyên môn)

- Thư ký: Trưởng, phó Phòng Kế hoạch – Nghiệp vụ.
- Trưởng, phó khoa Dược và các dược sĩ lâm sàng.
- Khoa có bệnh án được bình: Có đủ Bác sĩ trưởng, phó khoa, các bác sĩ điều trị, Điều dưỡng trưởng và Điều dưỡng hành chính.
- Các bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng trưởng khoa, kỹ thuật viên trưởng các khoa lâm sàng, các khoa cận lâm sàng (xét nghiệm, thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh).

1.3. Công tác chuẩn bị

- Bệnh viện có lịch báo thời gian bình bệnh án để Ban Giám đốc và các Khoa, Phòng biết trước chuẩn bị thời gian tham dự.

- Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ chọn hoặc rút bệnh án bất kỳ (Bệnh án của bệnh nhân đã ra viện hoặc bệnh án của bệnh nhân đang điều trị) của 01 Khoa, Trung tâm.

- Giao nhiệm vụ xem trước bệnh án dự định bình cho lãnh đạo Phòng Kế hoạch – Nghiệp vụ, Tổ Quản lý chất lượng, bộ phận dược lâm sàng hoặc Trưởng khoa Dược...

- Nếu có thời gian giao cho bác sĩ trưởng khoa, bác sĩ điều trị tự xem lại bệnh án của mình chuẩn bị bình để trình bày trong buổi bình bệnh án.

1.4. Nội dung bình bệnh án cấp Bệnh viện

- Trung bình một bệnh án được bình từ 45 đến 60 phút.

- Khoa điều trị cử 1 bác sĩ trình bày bệnh án trong 5-10 phút. Có thể đọc bệnh án, tóm tắt những nội dung chính của bệnh án, hoặc chiếu toàn bộ từng trang bệnh án lên màn hình.

- Sau đó người chủ trì bình bệnh án điều khiển, gợi ý để bình luận, chú ý những vấn đề để các thành viên tham gia ý kiến hoặc hỏi:

+ Những điều chưa rõ trong bệnh án, cần làm rõ hơn.

+ Những vấn đề cần đưa ra bàn luận, ưu, nhược điểm.

+ Những câu hỏi, phản biện lại với khoa hoặc với bác sĩ điều trị, với điều dưỡng chăm sóc, thực hiện y lệnh của bác sĩ.

- Yêu cầu những người được giao bệnh án để đọc trước (lãnh đạo Phòng Kế hoạch – Nghiệp vụ, Tổ Quản lý chất lượng, bộ phận được lâm sàng hoặc trưởng khoa được ...) nêu nhận xét, có lời bình.

- Mời các thành viên dự bình bệnh án hỏi những điều chưa rõ trong bệnh án đã trình bày, nhận xét, bàn luận những ưu điểm, nhược điểm trong bệnh án.

- Sơ đồ quy trình bình bệnh án toàn viện (theo phụ lục 02 kèm theo).

* Những nội dung chính để bình bệnh án gồm:

- **Thủ tục hành chính đã được viết trong bệnh án:** Thủ tục hành chính được tính từ trang đầu đến trang cuối của bệnh án, chú ý ghi rõ ràng, ghi đủ, ghi đúng các cột mục, dùng các loại màu mực đúng quy định... trong bệnh án.

- **Phân hồi bệnh, khám bệnh được ghi chép lại trong bệnh án:** Hồi bệnh sử, tiền sử, khám bệnh và các xét nghiệm, kết quả thăm dò chức năng, và chẩn đoán hình ảnh phải được ghi chép vào bệnh án có hệ thống, ngắn gọn, đủ ý, chi tiết không bỏ sót những vấn đề (dấu hiệu dương tính và âm tính có giá trị) có liên quan tới người bệnh.

- **Chẩn đoán bệnh:** Phân tích về chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt, các diễn biến và biến chứng của người bệnh.

- **Điều trị và chăm sóc:** Chỉ định điều trị đã phù hợp với chẩn đoán, diễn biến của người bệnh chưa? Các biện pháp điều trị, thuốc sử dụng có đảm bảo hợp lý an toàn, đúng quy chế kê đơn của dược chính chưa? Thực hiện điều trị, chế độ chăm sóc, chế độ ăn uống..., điều dưỡng thực hiện và ghi chép có đúng theo y lệnh của bác sĩ và đúng quy định của bộ y tế không?

- **Kết luận của người chủ trì bình bệnh án:** Sau khi bình bệnh án, người chủ trì kết luận cần chốt lại những vấn đề chính:

- + Nhận xét ưu, nhược điểm chủ yếu trong từng nội dung của bệnh án.
- + Những vấn đề thống nhất trong chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh.

- + Những vấn đề còn chưa rõ, chưa thống nhất được vì sao?
- + Những việc làm cần khắc phục, bổ sung, cần tìm hiểu tiếp... Cần giao nhiệm vụ, phân công người thực hiện cụ thể, thời gian giải quyết.

Trong quá trình bình bệnh án người chủ trì cần có phương pháp điều khiển hợp lý, hợp tình để có thể phát huy được một cách tốt nhất những ý kiến đóng góp, bàn luận sôi nổi, có trách nhiệm, đi đến kết luận rõ ràng, thuyết phục để mọi người cùng rút kinh nghiệm, bổ sung được kiến thức cho mình, tránh để xảy ra tình trạng gây căng thẳng, đẩy khuyết điểm cho người khác, từ chối trách nhiệm của mình... Thực hiện được như vậy thì bình bệnh án chắc chắn sẽ là một giải pháp tốt nhằm nâng cao chất lượng của công tác khám chữa bệnh.

2. Quy định bình hồ sơ bệnh án tại các khoa lâm sàng

Các khoa lâm sàng tổ chức bình bệnh án tại khoa tối thiểu 02 lần/tháng. Lập kế hoạch bình bệnh án, phân công bác sỹ phụ trách bình bệnh án và lên lịch bình bệnh án. Hàng tháng rút ngẫu nhiên 02 bệnh án đang điều trị tại khoa chưa trả Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ để thực hiện việc bình hồ sơ bệnh án. Thực hiện bình bệnh án đúng theo quy định và ghi biên bản tại sổ bình bệnh án tại khoa.

2.1. Các thành phần dự bình bệnh án tại khoa lâm sàng

- Lãnh đạo khoa: Trưởng, phó khoa.
- Thư ký: Do lãnh đạo khoa chỉ định.
- Thành viên tham dự: Các bác sỹ điều trị, Điều dưỡng trưởng và Điều dưỡng hành chính, điều dưỡng, hộ lý của khoa.

2.2. Công tác chuẩn bị

Thư ký lên lịch và báo thời gian bình bệnh án cho các thành viên trong khoa, Phòng biết trước để chuẩn bị thời gian tham dự. Sau đó chọn hoặc rút bệnh án bất kỳ của khoa đang điều trị hoặc vừa ra viện (chưa chuyển về Phòng Kế hoạch tổng hợp) để tổ chức bình bệnh án.

2.3. Nội dung bình bệnh án

- Trung bình một bệnh án được bình từ 45 đến 60 phút.
- Khoa điều trị cử 1 bác sỹ trình bày bệnh án trong 5 - 10 phút. Có thể đọc

bệnh án, tóm tắt những nội dung chính của bệnh án, hoặc chiếu toàn bộ từng trang bệnh án lên màn hình.

- Sau đó người chủ trì bình bệnh án điều khiển, gợi ý để bình luận, chú ý những vấn đề để các thành viên tham gia ý kiến hoặc hỏi:

- + Những điều chưa rõ trong bệnh án, cần làm rõ hơn.

- + Những vấn đề cần đưa ra bàn luận, ưu, nhược điểm.

- + Những câu hỏi, phản biện lại với khoa hoặc với bác sĩ điều trị, với điều dưỡng chăm sóc, thực hiện y lệnh của bác sĩ.

- Mời các thành viên dự bình bệnh án hỏi những điều chưa rõ trong bệnh án đã trình bày, nhận xét, bàn luận những ưu điểm, nhược điểm trong bệnh án.

- Sơ đồ quy trình bình bệnh án tại khoa lâm sàng (*theo phụ lục 02 kèm theo*).

- Những nội dung chính để bình bệnh án gồm:

2.3.1. Thủ tục hành chính đã được viết trong bệnh án:

Thủ tục hành chính được tính từ trang đầu đến trang cuối của bệnh án, chú ý ghi rõ ràng, ghi đủ, ghi đúng các cột mục.

2.3.2. Phần hỏi bệnh, khám bệnh được ghi chép lại trong bệnh án:

Hỏi bệnh sử, tiền sử, khám bệnh và các xét nghiệm, kết quả thăm dò chức năng, và chẩn đoán hình ảnh phải được ghi chép vào bệnh án có hệ thống, ngắn gọn, đủ ý, chi tiết không bỏ sót những vấn đề (dấu hiệu dương tính và âm tính có giá trị) có liên quan tới người bệnh.

2.3.3. Chẩn đoán bệnh:

Phân tích về chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt, các diễn biến và biến chứng của người bệnh.

2.3.4. Điều trị và chăm sóc

Chỉ định điều trị đã phù hợp với chẩn đoán, diễn biến của người bệnh chưa. Các biện pháp điều trị, thuốc sử dụng có đảm bảo hợp lý an toàn, đúng quy chế kê đơn của dược chính chưa?

Thực hiện điều trị, chế độ chăm sóc, chế độ ăn uống... điều dưỡng thực hiện và ghi chép có đúng theo y lệnh của bác sĩ và đúng quy định của Bộ y tế không?

3. Kết luận của người chủ trì bình bệnh án

Sau khi bình bệnh án, người chủ trì kết luận cần chốt lại những vấn đề

chính:

- Nhận xét ưu, nhược điểm chủ yếu trong từng nội dung của bệnh án.
- Những vấn đề thống nhất trong chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh.
- Những vấn đề còn chưa rõ, chưa thống nhất được vì sao?
- Những việc làm cần khắc phục, bổ sung, cần tìm hiểu tiếp... Cần giao nhiệm vụ, phân công người thực hiện cụ thể, thời gian giải quyết.

Trong quá trình bình bệnh án, người chủ trì cần có phương pháp điều khiển hợp lý, hợp tình để có thể phát huy được một cách tốt nhất những ý kiến đóng góp, bàn luận sôi nổi, có trách nhiệm, đi đến kết luận rõ ràng, thuyết phục để mọi người cùng rút kinh nghiệm, bổ sung được kiến thức cho mình, tránh để xảy ra tình trạng gây căng thẳng, đẩy khuyết điểm cho người khác, từ chối trách nhiệm của mình; Thực hiện được như vậy thì bình bệnh án chắc chắn sẽ là một giải pháp tốt nhằm nâng cao chất lượng của công tác khám chữa bệnh./.

**Phụ lục 01: Sơ đồ quá trình bình bệnh án của bệnh viện
định kỳ hàng tháng**

Trách nhiệm	Các bước	Các bước thực hiện	Mô tả/ các biểu mẫu
Phòng KHNH	Bước 1	Rút BA tại kho lưu trữ HSBA	Nhân viên lưu trữ rút bệnh án theo yêu cầu của phiếu đề nghị
Phòng KHNH	Bước 2	Phân chia BA cho các khoa khám	Phân chia HSBA cho các khoa khám (quay vòng các khoa trong bệnh viện để khám)
Các khoa lâm sàng	Bước 3	Chăm bệnh án	Tiến hành khám bệnh án theo tiêu chí của Phụ lục khám HSBA
Phòng KHNH	Bước 4	Tổng hợp kết quả khám bệnh án	Tổng hợp bảng điểm của khoa khám HSBA, nhận xét chung của khoa
Phòng KHNH	Bước 5	Gửi kết quả đến lãnh đạo các khoa	Gửi kết quả điểm của từng khoa có bệnh án bình và bản tổng hợp nhận xét đến lãnh đạo các khoa
Phòng KHNH	Bước 6	Tổ chức bình bệnh án	- Bình bệnh án theo nội dung mục 5 của quy trình bình HSBA - Các tháng sau thực hiện bình HSBA quay vòng giữa các khoa
Phòng KHNH	Bước 7	Gửi văn bản tổng hợp	- Gửi văn bản tổng hợp tới BGĐ - Làm báo cáo họp giao ban hàng tháng và làm căn cứ để bình xét thi đua các khoa cuối năm

Phụ lục 02: Sơ đồ quá trình bình bệnh án tại khoa lâm sàng định kỳ hàng tháng

Trách nhiệm	Các bước	Các bước thực hiện	Mô tả/ các biểu mẫu
Thư ký khoa học của khoa	Bước 1	Lập kế hoạch bình BA	Lập Kế hoạch bình bệnh án bao gồm: Nội dung bình BA trong tháng, Phân công bác sĩ chuẩn bị bệnh án, Lịch bình bệnh án
BS được phân công	Bước 2	Chuẩn bị BA bình	- Rút BA ngẫu nhiên - Nhận xét: Hành chính, chẩn đoán, phác đồ điều trị, ghi chép nhận xét của Bác sĩ, ghi chép và thực hiện y lệnh của điều dưỡng
Lãnh đạo khoa	Bước 3	Tổ chức bình BA	- Chủ trì: Lãnh đạo khoa - Thành phần: Tất cả các bác sĩ và điều dưỡng trưởng khoa.. - Thư ký: Thư ký khoa học của khoa - Thời gian: Vào buổi chiều tuần cuối cùng của tháng đó. - Bác sĩ được phân công đọc tóm tắt nhận xét nội dung bình HSBA: Làm HSBA, chẩn đoán, kê đơn, chăm sóc... - Lấy ý kiến của các thành viên trong cuộc họp. - Ý kiến và kết luận của lãnh đạo khoa.
Thư ký Khoa học	Bước 4	Văn bản tổng hợp	- Ghi chép toàn bộ nội dung, ý kiến của các thành viên và lãnh đạo trong cuộc họp và sổ bình bệnh án của khoa. - Kết quả bình bệnh án sẽ được đưa ra rút kinh nghiệm toàn khoa vào buổi họp khoa hàng tháng.

PHIẾU CHĂM HỒ SƠ BỆNH ÁN

Tháng Năm

Khoa đánh giá:.....

Đánh giá Hồ sơ bệnh án khoa:.....

Mã bệnh nhân:.....

Ngày vào viện.....

Ngày ra viện.....

Nội dung bệnh án:

Họ và tên người bệnh:.....Tuổi.....Giới.....

Chẩn đoán:.....

STT	Nội dung bệnh án	Điểm	
		Chuẩn	Đạt
1	Hành chính	5	
1.1	Ghi đầy đủ các cột mục trong bệnh án, họ tên người bệnh viết in hoa	1	
1.2	Ghi rõ tuổi, địa chỉ, nghề, số điện thoại liên lạc của người bệnh.	1	
1.3	Chữ viết rõ ràng, không tẩy xóa, không viết tắt. Sau mỗi ngày điều trị kẻ ngang.	1	
1.4	Hồ sơ dán theo trình tự thời gian và theo từng phần, giấy tờ hành chính, tài liệu tuyến trước, xét nghiệm.	1	
1.5	Hồ sơ giữ sạch, không rách nát.	1	
2	Hỏi bệnh	5	
2.1	Có ghi rõ lý do vào viện, thời gian và triệu chứng đầu tiên.	1	
2.2	Có hỏi về mô tả chi tiết tính chất, đặc điểm, quá trình diễn biến bệnh.	1	
2.3	Có nêu rõ cả triệu chứng dương tính và âm tính (nếu có và cần thiết cho chẩn đoán xác định), nếu có thể quy về các Hội chứng giúp cho chẩn đoán.	1	
2.4	Có hỏi quá trình điều trị trước và kết quả điều trị, thuốc đã sử dụng.	1	

2.5	Có hỏi tiền sử của bản thân và gia đình liên quan đến bệnh, tiền sử dị ứng	1	
3	Khám bệnh toàn thân	2	
3.1	Khám và mô tả tỉ mỉ bộ phận bị bệnh, mô tả chi tiết tính chất, đặc điểm các dấu hiệu phát hiện được để quy về các triệu chứng, hội chứng để chẩn đoán.	1	
3.2	Khám kỹ các bộ phận liên quan đến bệnh (liên quan gần, liên quan xa), các dấu hiệu bệnh kèm theo, tình trạng toàn thân, có cả các dấu hiệu âm tính của các cơ quan có liên quan và cần thiết để chẩn đoán xác định.	1	
4	Cận lâm sàng	2	
4.1	Có làm đủ các xét nghiệm cần thiết cho chẩn đoán bệnh (theo phác đồ)	1	
4.2	Có làm đủ các xét nghiệm cận lâm sàng để theo dõi quá trình điều trị.	1	
4.3	Chỉ định tên các loại xét nghiệm cận lâm sàng còn viết tắt, viết thiếu so với bảng kê thanh toán	-1,0	
5	Chẩn đoán	2,0	
5.1	Các thông tin bệnh được mã hóa chính xác theo bảng ICD 10 khi chẩn đoán và sau khi có kết luận ra viện. Mã ICD được ghi đúng thứ tự các ô theo quy định và phân loại đến dấu “.” (nếu có mã chẩn đoán đến dấu “.”)	1	
5.2	Chẩn đoán bệnh phù hợp với triệu chứng lâm sàng đã mô tả và xét nghiệm	1,0	
5.2.1	Bệnh có thể chẩn đoán giai đoạn mà không chẩn đoán.	-0,5	
5.2.2	Trong bệnh án hoặc phiếu theo dõi có những biểu hiện bệnh kèm theo mà không chẩn đoán và xử trí (nếu cần), không nêu trong mục chẩn đoán	-0,5	
6	Điều trị	10	
6.1	Kê đơn thuốc phù hợp với chẩn đoán bệnh, đúng phác đồ	1	
6.2	Kê đơn phù hợp với giai đoạn bệnh và tình trạng cụ thể người bệnh.	1	
6.3	Kê đơn thuốc điều trị phù hợp với kết quả xét nghiệm.	1	
6.4	Không lạm dụng xét nghiệm, cận lâm sàng	1	
6.5	Không lạm dụng kháng sinh, lạm dụng thuốc tiêm, lạm dụng Vitamin	1	

6.6	Khám bệnh, ghi nhận xét hàng ngày (người bệnh thường, không quá 2 ngày phải ghi nhận xét một lần).	1	
6.7	Y lệnh toàn diện: Nhận xét, thuốc, xét nghiệm, phân cấp chăm sóc, theo dõi, dinh dưỡng, chỉ định phẫu thuật - thủ thuật	1	
6.8	Chỉ định thuốc hàng ngày: Tên thuốc rõ ràng, đúng danh pháp, hàm lượng, liều dùng, đường dùng, thời gian dùng và cách dùng (nếu sai > 1 nội dung, trừ 1 điểm)	1	
6.9	Bác sĩ điều trị, ký, ghi tên sau khi ra y lệnh. Tổng kết bệnh án ra viện đầy đủ theo quy định. (Với bệnh án điều trị trên 15 ngày có phiếu Tóm tắt quá trình điều trị theo quy định)	1	
6.10	Trưởng hoặc phó khoa thăm khám, ghi nhận xét vào hồ sơ: Người bệnh thường, ít nhất 1 lần trong đợt điều trị. Người bệnh nặng được bàn giao theo dõi giữa khoa và kíp trực đầy đủ theo tình trạng bệnh trên Tờ điều trị.	1	
6.11	Tên thuốc viết tắt, viết công thức hoá học.	-0.5	
6.12	Thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần, Corticoid, thuốc kháng sinh, thuốc ĐT Lao, không đánh số thứ tự. Thuốc gây nghiện số lượng không viết bằng chữ.	-0.5	
6.13	Thay đổi phương pháp điều trị, thay thuốc không nhận xét, đánh giá ghi rõ lý do.	-0.5	
6.14	Tiêm thuốc kháng sinh (theo quy định) không làm test.	-0.5	
6.15	Truyền dịch, máu không có chỉ định hoặc không có phiếu theo dõi	-0.5	
6.16	Người bệnh nặng không có bàn giao theo dõi giữa khoa điều trị và kíp trực	-0.5	
7	Phẫu thuật - Thủ thuật	3.0	
7.1	Người bệnh làm phẫu thuật, thủ thuật được ghi chỉ định phẫu thuật thủ thuật	0.5	
7.2	Người bệnh mô cấp cứu có hội chẩn, thời gian hội chẩn dưới 1 tiếng	0.5	
7.3	Phiếu bàn giao người bệnh trước phẫu thuật và sau phẫu thuật ghi đầy đủ	0.5	
7.4	Người bệnh được phẫu thuật có giấy cam đoan	0.5	

7.5	Người bệnh phẫu thuật có bản ghi cách thức phẫu thuật (lược đồ phẫu thuật), có chẩn đoán sau phẫu thuật, có làm sinh thiết hay không	0.5	
7.6	Người bệnh hoãn phẫu thuật ghi rõ lý do	0.5	
8	Điều dưỡng chăm sóc	10	
8.1	<i>Phiếu theo dõi chức năng sống</i>	2	
	- Thủ tục hành chính đầy đủ, trình bày rõ ràng, sạch đẹp	0,5	
	- Theo dõi đầy đủ theo y lệnh	0,5	
	- Chấm đúng dòng và màu quy định	0,5	
	- Có chữ ký của ĐD theo dõi	0,5	
8.2	<i>Phiếu chăm sóc</i>	3,5	
	- Thủ tục hành chính đầy đủ, trình bày rõ ràng, sạch đẹp	0,5	
	- Nhận định đầy đủ tình trạng và diễn biến của BN	0,5	
	- Thực hiện đầy đủ y lệnh của bác sỹ	0,5	
	- Ghi đầy đủ các hành động chăm sóc và chủ động trong công tác chăm sóc	0,5	
	- Có bàn giao bệnh nhân cần theo dõi đầy đủ	0,5	
	- Giáo dục sức khỏe và hướng dẫn BN phù hợp trong quá trình nằm viện và lúc ra viện (có hướng dẫn chế độ ăn, vận động, vệ sinh, kiêng khem...)	0,5	
	- Có chữ ký của ĐD chăm sóc	0,5	
8.3	<i>Phiếu truyền dịch</i>	2.5	
	- Ghi đủ thủ tục hành chính, trình bày rõ ràng, sạch đẹp	0,5	
	- Thực hiện truyền dịch đúng theo y lệnh: Tên dịch truyền, số lượng dịch truyền, Lô sản xuất	0.5	
	- Ghi ngày, giờ bắt đầu truyền dịch	0.5	
	- Truyền đúng tốc độ, đúng giờ kết thúc	0.5	
	- Ghi rõ bác sỹ chỉ định, có chữ kí Điều dưỡng thực hiện	0.5	
8.4	<i>Phiếu công khai thuốc</i>	2,0	
	- Thủ tục hành chính đầy đủ, trình bày rõ ràng, sạch đẹp	0,5	
	- Ghi đúng và đầy đủ tên thuốc và vật tư tiêu hao đã sử dụng cho người bệnh	0,5	
	- Có cộng tổng số thuốc và vật tư tiêu hao sử dụng cho người bệnh, cộng tổng số khoản hàng ngày	0,5	
	- Có chữ ký của người bệnh và người nhà người bệnh	0,5	

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NGƯỜI CHĂM HỒ SƠ BỆNH ÁN

BIÊN BẢN BÌNH BỆNH ÁN

Thời gian:giờ, ngày.....tháng.....năm.....

- Địa điểm:
- Chủ trì:
- Thư ký:
- Thành viên tham dự:
-
-
-

I. PHẦN TRÌNH BÀY BỆNH ÁN: (Bác sĩ được phân công)

1. Hành chính:

- Họ tên bệnh nhân:Tuổi.....Giới
- Địa chỉ:
- Ngày vào viện:.....giờ.....phút.....ngày.....tháng.....năm.....

2. Chẩn đoán tuyến dưới (nếu có):

3.Chẩn đoán ban đầu:

4. Tóm tắt diễn biến bệnh:

.....

.....

.....

.....

5. Các xét nghiệm cận lâm sàng:

.....

.....

.....

.....

6. Chẩn đoán xác định:
.....
.....
.....
.....

7. Điều trị:
.....
.....
.....
.....

II. NHẬN XÉT VÀ KẾT LUẬN

1. Ý kiến của các thành viên:
.....
.....
.....
.....

2. Ý kiến của bác sĩ điều trị:
.....
.....
.....
.....

3. Kết luận của chủ trì:
.....
.....
.....
.....

Chủ trì

Thư ký