

QUYẾT ĐỊNH

**Ban hành quy chế về hoàn thiện, quản lý và sử dụng bệnh án điện tử
tại PHÒNG KHÁM ĐA KHOA MEDIPLUS TÂN MAI**

GIÁM ĐỐC PHÒNG KHÁM ĐA KHOA MEDIPLUS TÂN MAI

Căn cứ Luật Giao dịch điện tử ngày 29/11/2005; Căn cứ Luật Công nghệ thông tin ngày 29/6/2006;

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12, ngày 23/11/2009 của Quốc hội;

Căn cứ Nghị định số 26/2007/NĐ-Cp ngày 15/02/2007 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành Luật Giao dịch điện tử về chữ ký số và dịch vụ chứng thực chữ ký số;

Căn cứ Nghị định số 64/2007/NĐ-CP ngày 10/4/2007 của Chính phủ về việc ứng dụng công nghệ thông tin trong hoạt động của cơ quan nhà nước;

Căn cứ Thông tư 54/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế về việc Ban hành bộ tiêu chí ứng dụng công nghệ thông tin tại các cơ sở khám chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư 46/2018/TT-BYT, ngày 28/12/2018 của Bộ Y tế về việc quy định hồ sơ bệnh án điện tử;

Xét đề nghị của Trưởng phòng Tổ chức hành chính, Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp,

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Quy chế về hoàn thiện, quản lý và sử dụng bệnh án điện tử tại Phòng khám đa khoa MediPlus Tân Mai”

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký.

Điều 3. Ban Tổng, Giám đốc phòng khám, Các Bác sĩ chuyên môn, Điều dưỡng trưởng, các tổ chức Đoàn thể và cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Lưu: VT, **VẬN HÀNH**


GIÁM ĐỐC PHÒNG KHÁM
CÔNG TY
CỔ PHẦN
MEDICALPLUS
TÂN MAI
Hoàng Mai - TP Hà Nội
TS. BSEKH LÊ QUỐC VIỆT

Hoàng Mai, ngày 08 tháng 01 năm 2021

QUY CHẾ VỀ HOÀN THIỆN QUẢN LÝ VÀ SỬ DỤNG BỆNH ÁN ĐIỆN TỬ TẠI PHÒNG KHÁM ĐA KHOA MEDIPLUS TÂN MAI
(Ban hành kèm theo Quyết định số: 01/QĐ-MEDI ngày 08 tháng 01 năm 2021)

Chương 1
QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1: Phạm vi điều chỉnh

Quy chế này quy định về việc thực hiện nghiêm túc quy định Chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn thuốc điều trị cũng như quy định về việc Quản lý và sử dụng bệnh án điện tử tại Phòng khám đa khoa MediPlus Tân Mai.

Điều 2: Đối tượng áp dụng

Toàn bộ cán bộ công chức, viên chức, người lao động, các cá nhân có liên quan đến làm việc với bệnh viện có trách nhiệm chấp hành và thực hiện đầy đủ các quy định của quy chế này.

Điều 3: Nguyên tắc áp dụng

1. Việc chẩn đoán bệnh và kê đơn điều trị rất quan trọng trong khám bệnh, chữa bệnh.
2. Hồ sơ bệnh án là tài liệu khoa học về chuyên môn kỹ thuật, là chứng từ tài chính và cũng là tài liệu pháp y. Việc làm hồ sơ bệnh án phải được tiến hành khẩn trương, khách quan, thận trọng, chính xác và khoa học.
3. Khi tiến hành khám bệnh, chẩn đoán và kê đơn phải kết hợp chặt chẽ các triệu chứng cơ năng, thực thể lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố gia đình xã hội và tiền sử bệnh.
4. Hồ sơ bệnh án điện tử được lập, cập nhật, hiển thị, ký số, lưu trữ bằng phương tiện điện tử đáp ứng các Quy định tại Thông tư số 46/2018/TT/BYT ngày 28 tháng 12 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế thì có giá trị pháp lý như hồ sơ bệnh án giấy quy định tại Điều 59 Luật khám bệnh, chữa bệnh.

Chương 2
QUY ĐỊNH CỤ THỂ

Điều 4. Khám bệnh và chẩn đoán bệnh

1. Khám bệnh: Bác sĩ làm công tác khám bệnh có trách nhiệm:
 - Người bệnh chuyển khoa, bác sĩ điều trị phải có trách nhiệm hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án trước khi bàn giao, bác sĩ điều trị tại khoa mới chịu trách nhiệm hoàn thiện hồ sơ bệnh án của người bệnh.

- Người bệnh ra viện bác sĩ điều trị phải hoàn chỉnh và tổng kết hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Yêu cầu về nội dung của một bệnh án phải đảm bảo các yêu cầu:

Thứ nhất - Phần lý do vào viện: Lý do cơ năng chính mà người bệnh phải vào viện? (người bệnh, gia đình thấy thế nào, thấy cái gì... mà phải đưa vào viện).

Thứ hai - Phần bệnh sử vào viện (cơ năng – hỏi bệnh thấy gì): Nó bao gồm các nội dung như sau:

+ Bệnh khởi phát như thế nào? Từ bao giờ?

+ Có các triệu chứng (cơ năng) gì liên quan của bệnh chính?

+ Có các triệu chứng (cơ năng) gì liên quan để loại trừ?

+ Nếu đau thì vị trí đau? Hướng lan? Khu trú?

+ Ở xa nhà đã xử trí gì chưa? Đã dùng thuốc gì? Như thế nào?

+ Hiện tại (hỏi bệnh thấy cái gì): Chỉ mô tả các triệu chứng cơ năng chính liên quan đến bệnh và một vài triệu chứng loại trừ (nếu có).

Thứ ba - Phần tiền sử bệnh phải khai thác kỹ về:

+ Tiền sử bệnh chính?

+ Tiền sử các bệnh lý có liên quan?

+ Tiền sử sử dụng thuốc (dị ứng...)?

+ Tiền sử ngoại khoa: Mổ cái gì? Mổ khi nào? Mổ ở đâu?...

Thứ tư - Phần khám thực thể (khám thấy gì): Tùy theo bệnh lý chính, bệnh lý kèm theo của từng chuyên ngành để khám và mô tả một cách gọn gàng, đầy đủ nhất theo trình tự cổ điển: NHÌN - SỜ - GÕ - NGHE. Tuy nhiên cần bám vào các tiêu chuẩn chẩn đoán của bệnh nhân chính mà Bác sĩ dự định chẩn đoán sơ bộ để mô tả các triệu chứng thực thể vào phần này cho đầy đủ.

Ví dụ: Nghĩ nhiều đến việc Viêm ruột thừa thì phải xem Viêm ruột thừa có các tiêu chuẩn chẩn đoán là gì và các tiêu chuẩn để loại trừ các bệnh lý khác gần giống Viêm ruột thừa (như bệnh lý tử cung phần phụ, u manh tràng...). Chỉ nên gạch đầu dòng các triệu chứng thực thể khám thấy về bệnh lý chính và các triệu chứng thực thể - khám thấy để chẩn đoán loại trừ:

+.....;

+.....;

Thứ năm - Phần khám chuyên khoa: Tùy theo các chuyên ngành mà có cách mô tả triệu chứng thực thể khác nhau cho phù hợp. Nếu cơ quan đó bình thường thì có thể viết: “Hiện tại chưa thấy gì bất thường”, tuy nhiên vẫn khuyến khích các Bác sĩ mô tả các triệu chứng thực thể kỹ lưỡng hơn theo chuyên ngành.

Thứ sáu - Phần tóm tắt bệnh án và chẩn đoán, bao gồm các nội dung sau:

Bệnh nhân nam/nữ, bao nhiêu tuổi? vào viện lúc mấy giờ? Với lý do? Qua hỏi và khám thấy:

+(các triệu chứng chính cơ năng phục vụ chẩn đoán);

+(các triệu chứng chính về thực thể phục vụ chẩn đoán);

+(các kết quả CLS chính phục vụ chẩn đoán);

+(tiền sử bệnh)

Chẩn đoán sơ bộ:.....

2. Bác sĩ trưởng khoa có trách nhiệm thăm khám lại người bệnh nội trú đã được điều trị trong khoa 3-4 ngày (hình thức hội chẩn). Kết quả thăm khám, nhận xét và chỉ định (nếu có) phải được ghi vào tờ điều trị.

3. Nhân viên y tế (Trưởng khoa, phó khoa, bác sĩ điều trị, điều dưỡng,...) sử dụng chữ ký điện tử để ký hồ sơ bệnh án điện tử; Người bệnh hoặc đại diện người bệnh sử dụng sinh trắc học dấu vân tay để ký trong hồ sơ bệnh án điện tử.

Điều 5. Kê đơn điều trị

1. Các bác sĩ được giao nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh phải thực hiện các quy định sau:

- Có quyền kê đơn và chịu trách nhiệm về an toàn, hợp lý và hiệu quả sử dụng thuốc.

- Khi kê đơn thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, thuốc quy hiếm, cấp phát cho người bệnh tại khoa dược, phải thực hiện theo đúng quy định.

2. Bác sĩ kê đơn thuốc tại khoa khám bệnh phải thực hiện:

- Điền đầy đủ thông tin trong đơn thuốc.

- Họ và tên, tuổi, địa chỉ và căn bệnh; trẻ em dưới 1 năm phải ghi tháng tuổi.

- Thuốc dùng phải phù hợp với chẩn đoán; tên thuốc ghi đúng danh pháp quy định, để tránh sự nhầm lẫn đối với những thuốc có nhiều tên gần giống nhau, phải ghi tên gốc của thuốc; ghi đầy đủ hàm lượng, đơn vị, nồng độ, liều dùng, cách dùng và thời gian dùng; thuốc được ghi theo trình tự: thuốc tiêm, thuốc viên, thuốc nước; có đánh số các khoản.

- Những hướng dẫn tóm tắt cần thiết.

- Cuối đơn nếu còn thừa giấy thì phải gạch chéo, cộng số khoản, ghi ngày tháng, kí tên ghi rõ họ tên, chức danh và đóng dấu đơn vị. Đơn thuốc độc, nghiện phải đóng dấu bệnh viện.

3. Bác sĩ điều trị ghi y lệnh dùng thuốc trong phiên điều trị hàng ngày phải thực hiện các quy định trên; ngoài phần chỉ định thuốc còn có chỉ định chế độ chăm sóc, chế độ dinh dưỡng và phần nhận xét theo dõi người bệnh, kết thúc phải kí ghi rõ họ tên.

4. Dược sĩ cấp phát thuốc theo đơn khi phát hiện có sai sót hoặc không có thuốc như trong đơn, phải hỏi lại bác sĩ kê đơn không được tự ý sửa chữa hoặc thay thế thuốc khác.

Điều 6: Quy định về ghi chép, nhận xét trong tờ điều trị

1. Ghi nhận xét khi mời vào trong tờ điều trị

Các nội dung phải có: Bệnh nhân vào khoa lúc mấy giờ? Ngày? Hiện tại khám thấy: (viết gạch đầu dòng theo trình tự 06 nội dung sau)

+ Các triệu chứng cơ năng liên quan bệnh chính và bệnh loại trừ (nếu có);

- + Các triệu chứng cơ năng liên quan bệnh chính và bệnh loại trừ (nếu có);
- + Các kết quả CLS chính đã có thể để phục vụ chẩn đoán;
- + Tiền sử bệnh chính, các bệnh lý liên quan...
- + Chẩn đoán sơ bộ:.....
- + Chỉ định các CLS bổ sung?

2. Ghi nhận xét diễn biến bệnh hàng ngày trong tờ điều trị:

Phải thể hiện được: Khám bệnh lúc mấy giờ? Ngày? Hiện tại bệnh nhân: (gạch đầu dòng theo trình tự 5 nội dung sau):

+ Cơ năng: Có tỉnh táo không? Tiếp xúc tốt không? Thể trạng thế nào? Ăn uống ra sao? Và các triệu chứng cơ năng gì khác không?

+ Thực thể: Mô tả các triệu chứng thực thể chính của bệnh? Và bệnh phối hợp (nếu có).

+ Kết quả CLS bất thường mới có thêm (hay bình thường có giá trị loại trừ);

+ Nhận xét tình hình bệnh có thuyên giảm hơn so với lần khám trước, ngày khám trước không?

+ Chẩn đoán xác định lại (khi có đủ tiêu chuẩn - thông thường vào ngày thứ 2 phải có chẩn đoán xác định lại).

3. Phần ghi chép, nhận xét với bệnh nhân phải yêu cầu chăm sóc cấp 1:

Đây là những bệnh nhân nặng; nguy kịch (bệnh nhân sau phẫu thuật; bệnh hôn mê; bệnh nhân thở máy...) cần phải theo dõi, chăm sóc toàn diện và liên tục, yêu cầu bác sĩ điều trị phải:

+ Nhận xét tối thiểu 2 giờ/lần trong 6 giờ đầu sau mổ, trong những giờ tiếp theo tùy diễn biến của bệnh nhân để ghi nhận xét và xử trí;

+ Phải bàn giao bệnh nhân giữa các bác sĩ với nhau (khi nhận trực), được ghi vào HSBA và sổ bàn giao bệnh nhân nặng tại khoa.

Điều 7: Nhiệm vụ của Tổ kiểm tra HSBA

- Chủ trì, phối hợp với phòng VẬN HÀNH đảm bảo kiểm tra “đầu ra” về chất lượng HSBA trước khi gửi HSBA lên phòng VẬN HÀNH để lưu trữ.

- Đảm bảo 100% HSBA trước khi lưu trữ được toote kiểm tra đầy đủ về các nội dung: Hình thức; thủ tục hành chính, Các quy định pháp luật (biên bản phẫu thuật; lược trình phẫu thuật/ thủ thuật; giấy cam đoan...); Nội dung chuyên môn.

- Những HSBA sau khi Tổ đã kiểm tra thì tích ô “xác nhận”. Chỉ những HSBA sau khi đã “xác nhận” mới được chuyển lên phòng VẬN HÀNH để lưu trữ.

- Với những HSBA không đạt, Tổ kiểm tra có nhiệm vụ thông báo và chuyển về khoa lâm sàng để hoàn thiện.

Điều 8: Quy trình tiếp nhận, kiểm tra và lưu trữ HSBA

1. Khoa lâm sàng tự kiểm tra việc hoàn thiện HSBA và gửi HSBA lên phòng VẬN HÀNH để Tổ kiểm tra HSBA duyệt:

- Sau khi người bệnh ra viện trong vòng tối đa 3 ngày khoa lâm sàng có nhiệm vụ hoàn thành HSBA (tổng kết HSBA) theo quy chế;

- Trưởng khoa lâm sàng kiểm tra tổng thể HSBA (hình thức; chất lượng nội dung; các loại giấy tờ; thực tục hành chính...). Sau khi kiểm tra xong, Trưởng khoa (hoặc người được Giám đốc ủy quyền) xác nhận và chuyển HSBA lên phòng VẬN HÀNH;

- Đối với những HSBA chưa hoàn thiện hoặc còn thiếu mà bị Tổ kiểm tra HSBA trả về thì khoa/ phòng phải có nhiệm vụ hoàn thiện, gửi lại lên phòng VẬN HÀNH trong tối đa 48 giờ (trừ ngày lễ, ngày nghỉ).

2. Kiểm tra HSBA sau khi khoa lâm sàng chuyển lên phòng VẬN HÀNH (Nhiệm vụ của Tổ kiểm tra HSBA, tại Điều 7)

Đối với những HSBA không đạt yêu cầu, Tổ kiểm tra HSBA có trách nhiệm gửi lại và thông báo cho khoa lâm sàng để sửa chữa, hoàn thiện.

3. Khắc phục bệnh án chưa đạt yêu cầu

- Thời gian khắc phục HSBA tối đa 48 giờ (trừ ngày lễ, ngày nghỉ) sai khi HSBA được trả về khoa. Nếu khoa lâm sàng không khắc phục, sửa chữa thì sẽ bị xử lý theo quy định.

- Đối với bệnh nhân được điều trị tại nhiều khoa, khoa cuối cùng có trách nhiệm hoàn thiện HSBA.

- Hằng tuần (chiều thứ 6), phòng VẬN HÀNH thông báo những tồn tại và những HSBA khắc phục chậm của các khoa vào buổi giao ban cuối tuần.

4. Cập nhật hồ sơ bệnh án điện tử

Thời gian cập nhật hồ sơ bệnh án điện tử tối đa 12 giờ, kể từ khi có y lệnh khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp thời gian khám, chữa bệnh kéo dài trên 12 giờ hoặc có sự cố về công nghệ thông tin thì thời gian cập nhật hồ sơ bệnh án điện tử tối đa không quá 24 giờ.

5. Ký xác nhận HSBA để lưu trữ

Giám đốc, các phó Giám đốc hoặc người được Giám đốc ủy quyền (Trưởng, phó phòng VẬN HÀNH) được phép ký xác nhận (bằng chữ ký số) vào bìa HSBA đối với những HSBA đã được Tổ kiểm tra HSBA xác nhận “đạt”.

6. Lưu trữ HSBA

HSBA được lưu trữ sau khi Giám đốc, các phó giám đốc hoặc người được giám đốc ủy quyền ký xác nhận. HSBA được “tích” chuyển vào kho lưu trữ tại phần mềm HIS.

HSBA được lưu trữ tại trung tâm dữ liệu (phòng máy chủ) của bệnh viện và được lưu trữ trên hệ thống lưu trữ Icloud được bệnh viện thuê.

HSBA được sao lưu định kỳ theo quy chế sao lưu phục hồi dữ liệu của Bệnh viện đảm bảo theo quy định tại Điều 6 Thông tư 46/2018/TT-BYT của Bộ Y tế.

Điều 9: Sử dụng và khai thác HSBA điện tử

1. HSBA điện tử chỉ cho phép khai thác hồ sơ bệnh án trong các trường hợp sau đây:

- Sinh viên thực tập, nghiên cứu viên, người hành nghề trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được xem hồ sơ bệnh án điện tử tại chỗ nghiêm cấm việc sao chép

HSBA khi chưa được sự cho phép của Ban giám đốc hoặc trường phòng VẬN HÀNH;

- Đại diện cơ quan quản lý nhà nước về Y tế trực tiếp quản lý cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Sở Y tế), cơ quan điều tra, viện kiểm sát, tòa án, thanh tra chuyên ngành Y tế, cơ quan bảo hiểm, tổ chức giám định pháp y, pháp y tâm thần, luật sư được xem hồ sơ bệnh án điện tử tại chỗ. Chỉ được sao chép điện tử hoặc sao chép giấy khi có xác nhận của Thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để phục vụ nhiệm vụ được giao theo thẩm quyền;

- Người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh khi nhận được bản tóm tắt hồ sơ bệnh án điện tử hoặc bản tóm tắt hồ sơ bệnh án giấy khi có yêu cầu theo quy định tại Khoản 1 Điều 11 Luật Khám bệnh, chữa bệnh. Bản tóm tắt hồ sơ bệnh án điện tử có các trường thông tin theo mẫu quy định tại Phụ lục 4 ban hành kèm theo Thông tư số 56/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết thi hành Luật bảo hiểm xã hội và Luật an toàn vệ sinh lao động thuộc lĩnh vực y tế.

2. Các đối tượng nêu trên khi sử dụng thông tin trong hồ sơ bệnh án điện tử phải giữ bí mật và chỉ được sử dụng đúng mục đích như đã yêu cầu và được người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cho phép.

Chương 4 **TỔ CHỨC THỰC HIỆN**

Điều 10. Điều khoản thi hành

1. Ban giám đốc, các tổ chức đoàn thể, cán bộ nhân viên trong bệnh viện và các cơ quan, đơn vị liên quan tham gia khai thác, sử dụng HSBA điện tử có trách nhiệm thực hiện Quy chế này;

2. Phòng Vận hành phối hợp với các trưởng phó khoa, phòng, đơn vị liên quan hướng dẫn, kiểm tra việc thực hiện Quy chế này.

3. Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc cần điều chỉnh, sửa đổi và bổ sung thì các khoa phòng liên quan phản ánh với phòng Vận hành để tổng hợp, báo cáo Ban giám đốc xem xét, điều chỉnh cho phù hợp.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Email nội bộ;
- Lưu: VT, VẬN HÀNH

