

Số: 1822/SYT- NVY  
V/v góp ý dự thảo mẫu Hồ sơ  
bệnh án phục hồi chức năng

Đồng Tháp, ngày 28 tháng 5 năm 2021

Kính gửi: Cục Quản lý Khám, chữa bệnh

Thực hiện Công văn số 468/KCB-PHCN&GD ngày 10 tháng 5 năm 2021 của Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế về việc góp ý mẫu hồ sơ bệnh án phục hồi chức năng;

Sở Y tế có ý kiến như sau:

STT	Nội dung	Kiến nghị										
<b>I</b>	<b>Dự thảo Quyết định</b>											
1	Hướng dẫn sử dụng mẫu hồ sơ bệnh án phục hồi chức năng	Bổ sung: Hướng dẫn việc in, ấn các biểu mẫu về PHCN thực hiện thống nhất. VD: Phiếu chỉ định PHCN: in khổ A4, dọc, 01 mặt; Phiếu điều trị PHCN: in khổ A4, ngang, 2 mặt										
2	Phiếu điều trị PHCN	Phiếu điều trị PHCN. Số:..... Phiếu chỉ định PHCN góc phải: “MS.....” cần hướng dẫn ghi thống nhất do không có trong quy định mã số.										
<b>II</b>	<b>Phụ lục 1. Bệnh án Phục hồi chức năng</b>											
1	Tờ bìa bệnh án:	Tờ bìa bệnh án:										
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN.....</td> <td style="width: 50%;">Số lưu trữ: .....</td> </tr> <tr> <td>TÊN CƠ SỞ PHCN/BV...</td> <td>Mã hồ sơ.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Chuyên khoa... ; ngày chuyển</td> </tr> </table>	ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN.....	Số lưu trữ: .....	TÊN CƠ SỞ PHCN/BV...	Mã hồ sơ.....		Chuyên khoa... ; ngày chuyển	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN.....</td> <td style="width: 50%;">Số lưu trữ: .....</td> </tr> <tr> <td>TÊN CƠ SỞ PHCN/BV...</td> <td>Mã hồ sơ.....</td> </tr> </table>	ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN.....	Số lưu trữ: .....	TÊN CƠ SỞ PHCN/BV...	Mã hồ sơ.....
ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN.....	Số lưu trữ: .....											
TÊN CƠ SỞ PHCN/BV...	Mã hồ sơ.....											
	Chuyên khoa... ; ngày chuyển											
ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN.....	Số lưu trữ: .....											
TÊN CƠ SỞ PHCN/BV...	Mã hồ sơ.....											
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Tờ bìa bệnh án:</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">Giám đốc bệnh viện Họ và tên:.....</td> <td style="width: 50%;">Trưởng khoa</td> </tr> </table>	Tờ bìa bệnh án:		Giám đốc bệnh viện Họ và tên:.....	Trưởng khoa	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Tờ bìa bệnh án:</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">Giám đốc bệnh viện/TTYT Họ và tên:.....</td> <td style="width: 50%;">Trưởng khoa</td> </tr> </table>	Tờ bìa bệnh án:		Giám đốc bệnh viện/TTYT Họ và tên:.....	Trưởng khoa		
Tờ bìa bệnh án:												
Giám đốc bệnh viện Họ và tên:.....	Trưởng khoa											
Tờ bìa bệnh án:												
Giám đốc bệnh viện/TTYT Họ và tên:.....	Trưởng khoa											
2	<p>A. Bệnh án</p> <p>2. Tiền sử bệnh (<i>chú ý các yếu tố bệnh lý liên quan đến khuyết tật</i>):</p> <p>+ Di ứng:.....</p> <p>+ Bản thân.....</p> <p>+ Gia đình.....</p> <p>1. Toàn thân (<i>ý thức, da, niêm mạc, hệ thống hạch</i>)</p> <p>2. Tình trạng đau</p>	<p>A. Bệnh án</p> <p>2. Tiền sử bệnh (<i>chú ý các yếu tố bệnh lý liên quan đến khuyết tật</i>):</p> <p>+ Di ứng:.....</p> <p>+ Bản thân.....</p> <p>+ Gia đình.....</p> <p>III. KHÁM BỆNH</p> <p>1. Toàn thân (<i>ý thức, da, niêm mạc, hệ thống hạch..</i>): <i>Bổ sung BMI</i></p> <p>2. Đề nghị bỏ</p>										
3	Phương án	Chọn Phương án 2.										

4	Phiếu chỉ định Phục hồi chức năng	Sử dụng Tờ điều trị theo mẫu ban hành tại Quyết định 4069/2001/QĐ-BYT. Không sử dụng phiếu chỉ định đối với khoa hoặc Bệnh viện PHCN										
5	Phiếu điều trị Phục hồi chức năng	Phiếu thực hiện kỹ thuật Phục hồi chức năng Bổ sung phần tiêu đề: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>BỘ Y TẾ/ SYT..... Bệnh viện/Trung tâm Khoa:..... Phòng/Buồng.... Giường:.....</td> <td>MS: Số vào viện:</td> </tr> </table>	BỘ Y TẾ/ SYT..... Bệnh viện/Trung tâm Khoa:..... Phòng/Buồng.... Giường:.....	MS: Số vào viện:								
BỘ Y TẾ/ SYT..... Bệnh viện/Trung tâm Khoa:..... Phòng/Buồng.... Giường:.....	MS: Số vào viện:											
6	Nội dung phiếu điều trị Phục hồi chức năng	Bổ cột: Mô tả tình trạng, diễn biến, các vấn đề cần PHCN của người bệnh trước khi can thiệp PHCN trong đợt điều trị; Thiết bị PHCN sử dụng/Cường độ/Liều lượng; Bác sĩ chỉ định										
7	Nội dung phiếu điều trị Phục hồi chức năng:											
	Cột: Ngày/ tháng	Bổ sung: Giờ, Ngày/ tháng										
	Cột Người thực hiện	Người thực hiện (ký và ghi rõ họ tên, chức danh)										
	Nội dung cuối cùng của phiếu điều trị Phục hồi chức năng: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Ngày tháng năm Điều dưỡng/KTV Trưởng khoa</td> <td>Ngày tháng năm Trưởng khoa</td> </tr> </table>	Ngày tháng năm Điều dưỡng/KTV Trưởng khoa	Ngày tháng năm Trưởng khoa	Đề nghị bỏ								
Ngày tháng năm Điều dưỡng/KTV Trưởng khoa	Ngày tháng năm Trưởng khoa											
<b>III</b>	<b>Phụ lục 2. Bệnh án Ngoại trú Phục hồi chức năng</b>											
1	Tờ bìa bệnh án: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>SYT.....</td> <td>Số ngoại trú:</td> </tr> <tr> <td>Bệnh viện:</td> <td>Số lưu trữ</td> </tr> </table>	SYT.....	Số ngoại trú:	Bệnh viện:	Số lưu trữ	Tờ bìa bệnh án: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>BỘ Y TẾ/ SYT.....</td> <td>Số ngoại trú:</td> </tr> <tr> <td>Bệnh viện/Trung tâm</td> <td>Số lưu trữ</td> </tr> <tr> <td>Khoa:.....</td> <td></td> </tr> </table>	BỘ Y TẾ/ SYT.....	Số ngoại trú:	Bệnh viện/Trung tâm	Số lưu trữ	Khoa:.....	
SYT.....	Số ngoại trú:											
Bệnh viện:	Số lưu trữ											
BỘ Y TẾ/ SYT.....	Số ngoại trú:											
Bệnh viện/Trung tâm	Số lưu trữ											
Khoa:.....												
2	Tờ bìa bệnh án: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Giám đốc bệnh viện Họ và tên:.....</td> <td>Bác sĩ khám bệnh</td> </tr> </table>	Giám đốc bệnh viện Họ và tên:.....	Bác sĩ khám bệnh	Tờ bìa bệnh án: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Giám đốc bệnh viện/TTYT Họ và tên:.....</td> <td>Bác sĩ điều trị</td> </tr> </table>	Giám đốc bệnh viện/TTYT Họ và tên:.....	Bác sĩ điều trị						
Giám đốc bệnh viện Họ và tên:.....	Bác sĩ khám bệnh											
Giám đốc bệnh viện/TTYT Họ và tên:.....	Bác sĩ điều trị											
3	II. Khám bệnh	Dấu hiệu sinh tồn: bổ sung chiều cao										
4	PHIẾU LƯỢNG GIÁ CÁC HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA	Chọn: Phương án 2										
5	Phiếu chỉ định Phục hồi chức năng	Sử dụng: Tờ điều trị theo mẫu ban hành tại Quyết định 4069/2001/QĐ-BYT. Không sử dụng phiếu chỉ định đối với khoa hoặc Bệnh viện PHCN										
6	Phiếu điều trị Phục hồi chức năng	Phiếu <b>thực hiện</b> kỹ thuật Phục hồi chức năng										

		Bổ sung phần tiêu đề:					
		Bộ Y tế/ SYT..... Bệnh viện/Trung tâm Khoa:.....	MS: Số vào viện				
7	Nội dung phiếu điều trị Phục hồi chức năng	Bổ cột: Mô tả tình trạng, diễn biến, các vấn đề cần PHCN của người bệnh trước khi can thiệp PHCN trong đợt điều trị; Thiết bị PHCN sử dụng/Cường độ/Liều lượng; Bác sĩ chỉ định					
8	Nội dung phiếu điều trị Phục hồi chức năng:						
9	Cột: Ngày/ tháng	Bổ sung: Giờ, Ngày/ tháng					
10	Cột Người thực hiện	Người thực hiện (ký và ghi rõ họ tên, chức danh)					
11	Nội dung cuối cùng của phiếu điều trị Phục hồi chức năng:	Đề nghị bỏ					
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Ngày tháng năm Điều dưỡng/KTV Trưởng khoa</td> <td style="width: 50%;">Ngày tháng năm Trưởng khoa</td> </tr> </table>	Ngày tháng năm Điều dưỡng/KTV Trưởng khoa	Ngày tháng năm Trưởng khoa				
Ngày tháng năm Điều dưỡng/KTV Trưởng khoa	Ngày tháng năm Trưởng khoa						
<b>IV</b>	<b>Phụ lục 3. Sử dụng kèm theo các bệnh án của các chuyên khoa khác (VD: Nội, Ngoại, Sản, Nhi, YHCT...) có sử dụng kỹ thuật PHCN cho Bệnh nhân điều trị nội trú hoặc nội trú ban ngày.</b>						
1	Biên bản hội chẩn	Đề nghị không thực hiện do không thuộc quy định về hình thức hội chẩn theo Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT					
2	Phiếu lượng giá cá hoạt động chức năng và sự tham gia	Chọn Phương án 2					
3	Phiếu chỉ định PHCN:	Phiếu <b>điều trị</b> PHCN:					
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Bộ Y tế/ Sở Y tế..... Bệnh viện.... Khoa/Trung tâm:..... Phòng/Buồng...Giường</td> <td style="width: 50%;">MS:..... Số vào viện:.....</td> </tr> </table>	Bộ Y tế/ Sở Y tế..... Bệnh viện.... Khoa/Trung tâm:..... Phòng/Buồng...Giường	MS:..... Số vào viện:.....	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Bộ Y tế/ Sở Y tế..... Bệnh viện/ Trung tâm.... Khoa:..... Phòng/Buồng...Giường</td> <td style="width: 50%;">MS:..... Số vào viện:...</td> </tr> </table>		Bộ Y tế/ Sở Y tế..... Bệnh viện/ Trung tâm.... Khoa:..... Phòng/Buồng...Giường	MS:..... Số vào viện:...
Bộ Y tế/ Sở Y tế..... Bệnh viện.... Khoa/Trung tâm:..... Phòng/Buồng...Giường	MS:..... Số vào viện:.....						
Bộ Y tế/ Sở Y tế..... Bệnh viện/ Trung tâm.... Khoa:..... Phòng/Buồng...Giường	MS:..... Số vào viện:...						
4	Phiếu điều trị Phục hồi chức năng	Phiếu <b>thực hiện</b> kỹ thuật Phục hồi chức năng					
5		Bổ sung phần tiêu đề:					
		Bộ Y tế/ SYT..... Bệnh viện/Trung tâm Khoa:.....	MS: Số vào viện				
6	Nội dung phiếu điều trị Phục hồi chức năng	Bổ cột: Mô tả tình trạng, diễn biến, các vấn đề cần PHCN của người bệnh trước khi can thiệp PHCN trong đợt điều trị; Thiết bị PHCN sử dụng/Cường độ/Liều lượng; Bác sĩ chỉ định					
7	Nội dung phiếu điều trị Phục hồi chức năng:						
8	Cột: Ngày/ tháng	Bổ sung: Giờ, Ngày/ tháng					
9	Cột Người thực hiện	Người thực hiện (ký và ghi rõ họ tên, chức danh)					

10	Nội dung cuối cùng của phiếu điều trị Phục hồi chức năng:		Đề nghị bỏ
	Ngày tháng năm Điều dưỡng/KTV Trưởng khoa	Ngày tháng năm Trưởng khoa	

Sở Y tế xin ý kiến hướng dẫn thực hiện khi ban hành quyết định mẫu hồ sơ bệnh án phục hồi chức năng, cụ thể như sau:

1. Đối với các kỹ thuật phục hồi chức năng, khi thực hiện theo các biểu mẫu hồ sơ bệnh án phục hồi chức năng **không cần phải thực hiện** theo dõi Sổ thủ thuật ban hành theo Quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT ngày 28/09/2001 của Bộ Y tế.

2. Đối với Bệnh viện Phục hồi chức năng, trong đó có các khoa khác như: khoa Nội, Ngoại... thì thực hiện theo mẫu hồ sơ bệnh án theo mẫu hồ sơ bệnh án chuyên khoa đó theo Quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT ngày 28/09/2001 của Bộ Y tế hay sử dụng mẫu hồ sơ bệnh án thống nhất chung cho Bệnh viện Phục hồi chức năng.

3. Khi thực hiện mẫu “Phiếu chỉ định Phục hồi chức năng”, bác sĩ điều trị ra y lệnh hàng ngày hay cho 01 liệu trình không quá 10 ngày.

Hiện tại, việc khám và điều trị phục hồi chức năng chưa quy định thời gian ra y lệnh thực hiện các kỹ thuật phục hồi chức năng.

4. Bổ sung chỉ số BMI trong các hồ sơ bệnh án Nội trú và Ngoại trú.

Trên đây là ý kiến của Sở Y tế Đồng Tháp./.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- BGĐ Sở Y tế (báo cáo);
- Trang Web SYT;
- Lưu: VP, NVY.

**KT. GIÁM ĐỐC  
PHÓ GIÁM ĐỐC**

**Tạ Tùng Lâm**