

SỞ Y TẾ TỈNH KHÁNH HÒA
TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC NINH PHƯỚC



QUY TRÌNH
AN TOÀN PHẪU THUẬT

Mã tài liệu : QT.QLCL.07

Lần ban hành : 01

Ngày ban hành : Tháng 7/2025

Phản phê duyệt tài liệu:

Soạn thảo	Kiểm soát	Kiểm duyệt
TP. KHN	Phó Giám đốc	Giám đốc
		
Thọ Trường Anh	Lộ Xuân Trịnh Cương	Ngô Văn Hợp

TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC NINH PHƯỚC	QUY TRÌNH	Mã số: QT.QLCL.07
	AN TOÀN PHẪU THUẬT	Ngày ban hành: /2025 Lần ban hành: 01

1. Người có liên quan phải nghiên cứu và thực hiện đúng các nội dung của quy trình / quy định / hướng dẫn này.
2. Tài liệu này khi được ban hành có hiệu lực thi hành như sự chỉ đạo của Ban Giám đốc Trung tâm Y tế.
3. Mỗi đơn vị được cung cấp 01 bản có đóng dấu Kiểm soát của phòng Kế hoạch – Nghiệp vụ. Các đơn vị khi có nhu cầu sửa đổi, bổ sung tài liệu, đề nghị liên hệ với phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ để được hỗ trợ.

NƠI NHẬN (ghi rõ nơi nhận rồi đánh dấu X vào ô bên cạnh)

☒	Ban Giám đốc	☐		☐	
☒	Phòng KHNH	☐		☐	
☒	Trưởng khoa/phòng	☐		☐	
☐		☐		☐	
☐		☐		☐	
☐		☐		☐	

THEO DÕI TÌNH TRẠNG SỬA ĐỔI (tình trạng sửa đổi so với bản trước đó)

Trang	Hạng mục sửa đổi	Tóm tắt nội dung hạng mục sửa đổi

I. MỤC ĐÍCH

Thống nhất các bước thực hiện hoạt động phẫu thuật tại Trung tâm Y tế; quy định trách nhiệm cho từng khoa, phòng liên quan đến hoạt động an toàn phẫu thuật.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG

Áp dụng cho hoạt động quản lý phẫu thuật.

III. TRÁCH NHIỆM

- Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ chịu trách nhiệm quản lý thực hiện quy trình này.
- Các Khoa, Phòng liên quan chịu trách nhiệm tuân thủ thực hiện quy trình này.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật Khám bệnh, chữa bệnh;
2. Quy chế bệnh viện ban hành kèm theo quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế, số 1895/1997/BYT-QĐ, ngày 19/09/1997;
3. Thông tư số 13/2012/TT-BYT ngày 20/8/2012 của Bộ Y tế hướng dẫn công tác gây mê – hồi sức;
4. Quyết định số 7482/QĐ-BYT ngày 18/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật;

V. THUẬT NGỮ VÀ TỪ VIẾT TẮT

* **Giải thích thuật ngữ:** Không.

* **Từ viết tắt:**

- | | |
|---------|--------------------|
| - TTYT: | Trung tâm Y tế |
| - NVYT: | Nhân viên Y tế |
| - ATPT: | An toàn phẫu thuật |
| - BN: | Bệnh nhân |
| - BS: | Bác sĩ |
| - BHYT: | Bảo hiểm y tế. |
| - DV: | Dịch vụ |
| - CC: | Cấp cứu |
| - CLS: | Cận lâm sàng |
| - DD: | Điều dưỡng |
| - GM: | Gây mê |
| - HSBA: | Hồ sơ bệnh án |
| - HS: | Hồi sức |
| - DT: | Điều trị |

- LĐ: Lãnh đạo
- PT: Phẫu thuật
- PTV: Phẫu thuật viên
- QLPT: Quản lý phẫu thuật
- KHNv: Kế hoạch Nghiệp vụ
- K.ĐT: Khoa điều trị
- K.CSSKSS&PS: Khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản và Phụ sản
- KSNK: Kiểm soát nhiễm khuẩn

** Nhân viên y tế gồm: Bác sĩ, Điều dưỡng, Kỹ thuật viên, Hộ sinh*

VI. QUY TRÌNH

Bước	Đối tượng	Nội dung	Biểu mẫu
1	Khoa ĐT	Tiếp nhận BN từ phòng khám hoặc từ các khoa ĐT khác chuyển khoa và nhập thông tin BN lên phần mềm HIS BS, ĐD tiếp nhận BN, thực hiện các thủ tục cần thiết trong HSBA (Phiếu khám vào viện những BN mới, hay ghi phiếu điều trị đối với BN chuyển khoa) Tùy từng tính chất của BN mà có các xử trí khác nhau.	- Phiếu khám vào viện - Tờ điều trị
2	BS; ĐD, BN & gia đình BN	Xử trí BN nhập khoa hệ ngoại. - Đối với BN cấp cứu: Khám, xử trí cấp cứu, CLS tại khoa cấp cứu, Hội chẩn BS GMHS, BS K. Ngoại xác định điều kiện PT cho BN. - Đối với BN ngoại khoa thường thì tiếp đón BN, xếp buồng điều trị, thực hiện các xét nghiệm CLS, khám chuyên khoa (Hội chẩn với BS K. Ngoại), xác định điều kiện duyệt PT.	- Biên bản hội chẩn thông qua mổ (PT-01) - Phiếu khám chuyên khoa - Giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức - Cam kết phẫu thuật - Cam kết trước phẫu thuật Sản khoa - Giấy cam kết chấp nhận gây mê hồi sức
3	Khoa ĐT, K.NGOẠI	Chuẩn bị BN - Chuẩn bị vệ sinh vùng mổ; thay trang phục - Chuẩn bị đánh dấu vết mổ - Dùng thuốc cho BN - Chuẩn bị các điều kiện khác Bàn giao BN tại K.NGOẠI - Chuẩn bị phương tiện, nhân lực - Vận chuyển BN an toàn tới Phòng GMHS (<i>Lưu ý, số lượng BN theo từng đợt, phù hợp với vị trí chờ tại K.NGOẠI, ...</i>) - Bàn giao BN, y lệnh và các điều kiện phương tiện khác giữa khoa điều trị và K.NGOẠI	- Bảng kiểm chuẩn bị và bàn giao người bệnh trước phẫu thuật. (PT-02)
4	BS GM, ĐD	BS GMHS khám, đánh giá tại phòng tiền mê - Khám, đánh giá BN tại phòng tiền mê; - Thực hiện đánh giá bảng kiểm an toàn phẫu thuật (<i>BS, ĐD K.NGOẠI</i>)	- Phiếu khám tiền mê (PT-03)

Bước	Đối tượng	Nội dung	Biểu mẫu
5	PT viên, BS, ĐD GM	Thực hiện PT cho BN (trong phòng PT) - Đánh giá bằng kiểm ATPT: Trước rạch da (BS GM, PTV, ĐD) - PT cho BN: Đánh giá bằng kiểm ATPT: Trước chuyển BN ra khỏi phòng mổ (BS GM, PTV, ĐD)	- Bảng kiểm ATPT (PT-04) - Kiểm gạc dụng cụ PTTT (PT-06) - Phiếu gây mê hồi sức
6	BS, ĐD K.NGOẠI	Theo dõi BN tại phòng Hồi tỉnh - Thực hiện thuốc, theo dõi, đánh giá tình BN hậu phẫu	- Phiếu theo dõi người bệnh sau mổ 24 giờ
7	BS, ĐD K.GMHS Khoa điều trị	Thực hiện chuyển khoa BN hậu phẫu - Chỉ định BN chuyển khoa - Chuẩn bị các điều kiện, phương tiện vận chuyển - Liên hệ khoa chuyển BN đến - Chuyển BN và bàn giao BN tại khoa ĐT	- Hồ sơ BA - Quy trình vận chuyển, bàn giao BN chuyển khoa
8	BS, ĐD Khoa ĐT, BN và người nhà BN	Thực hiện điều trị hậu phẫu và cho BN ra viện - Tiếp nhận BN bàn giao từ K.NGOẠI - Thực hiện điều trị, xử lý BN Xuất viện, BS trực tiếp PT thăm khám, kê đơn, gọi điện thoại hỏi thăm sức khỏe BN, hẹn tái khám lại.	- Phiếu chứng nhận PTTT - Phiếu phẫu thuật / thủ thuật (PT-11; PT-12)

VI. LƯU HỒ SƠ

TT	Tên hồ sơ lưu	Nơi lưu	Thời gian lưu
1	Bệnh án phẫu thuật	Phòng KHNV	Theo quy chế lưu trữ HSBA

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

MS: PT -01

BIÊN BẢN HỘI CHẨN THÔNG QUA MỔ

☐ Cấp cứu ☐ Bán cấp ☐ Chương trình/Phiên

Họ và tên người bệnh:

Ngày sinh:...../...../..... Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Địa chỉ:.....

Vào viện:..... giờ....., ngày:...../...../20.....

Chẩn đoán:.....

Tiền sử:

Bệnh sử:

Thời gian hội chẩn: giờ..... ngày...../...../20.....

Tóm tắt tình trạng bệnh:

Các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh (ghi kết quả CLS có giá trị về: chẩn đoán bệnh, đánh giá tình trạng người bệnh hiện tại, xét nghiệm tiền phẫu)

Nhóm máu:..... Dự trữ máu..... (ml)

Phương pháp phẫu thuật (Mổ hở, mổ nội soi, phương pháp khác)

Phương pháp vô cảm dự kiến: (Mê nội khí quản, mê mask thanh quản, tiền mê, tê ngoài màng cứng, mê tĩnh mạch, tê tủy sống, tê khoang cùng, tê tại chỗ).....

Đánh giá điều kiện GMHS:

Mallampati:	☐ Loại I	☐ Loại II	☐ Loại III	☐ Loại IV
Loại phẫu thuật:	☐ Đặc biệt	☐ Loại I	☐ Loại II	☐ Loại III
Phân loại ASA:	☐ Loại I	☐ Loại II	☐ Loại III	☐ Loại IV ☐ Loại V
Phân loại nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ:	☐ Sạch	☐ Sạch nhiễm	☐ Nhiễm	☐ Bẩn

Kháng sinh dự phòng:

Phẫu thuật viên chính:

Ngày, giờ phẫu thuật dự kiến:giờ.....phút, ngày...../...../20.....

Các biến chứng, nguy cơ, khó khăn đặc biệt cần lưu ý:

Các biện pháp thay thế hoặc các yêu cầu chuẩn bị đặc biệt:.....

Bác sỹ phẫu thuật
(Ký, ghi rõ họ tên)

Bác sỹ gây mê
(Ký, ghi rõ họ tên)

Lãnh đạo khoa lâm sàng
(Ký, ghi rõ họ tên)

Lãnh đạo duyệt mổ/ KHTH
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ sở KB, CB.....
Khoa.....

**BẢNG KIỂM CHUẨN BỊ
VÀ BÀN GIAO NGƯỜI BỆNH
TRƯỚC PHẪU THUẬT**

MS: PT-02
Số vào viện.....
Mã người bệnh

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Chẩn đoán:

Ngày phẫu thuật:...../...../20.....

Ngày giờ bàn giao.....giờ.....ngày...../...../20.....

Tiền sử dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Có bệnh truyền nhiễm: ☐ Không ☐ Có, tên bệnh:.....

Người bệnh đã tắm, rửa dung dịch sát trùng trước khi mổ: ☐ Không ☐ Có

**Kiểm tra tại Khoa trước
khi chuyển đến phòng mổ**

Nội dung bàn giao

**ĐD/KTV phòng
mổ kiểm tra lần 2**

Nhiệt độ:.....°C Mạch:.....lần /phút HA:.....mmHg Nhịp thở:.....lần/phút SpO2:.....%

Nhóm máu:.....

Đã kiểm tra	Không áp dụng		Đã kiểm tra
☐		Đã xác nhận đặc điểm nhận dạng người bệnh (bằng lời, vòng đeo nhận diện...)	☐
☐		Hồ sơ bệnh án	☐
☐		Tài liệu phẫu thuật đã được ký duyệt (Biên bản hội chẩn phẫu thuật, Phiếu khám tiền mê...)	☐
☐	☐	Phim chụp X-Quang	Số lượng phim: ☐
☐	☐	Phim chụp MSCT	Số lượng phim: ☐
☐	☐	Phim chụp MRI	Số lượng phim: ☐
		Khác:.....	
☐	☐	Kháng sinh dự phòng:giờ..... phút	☐
☐	☐	Nhịn ăn từ (giờ cụ thể):giờ..... phút	☐
☐	☐	Chuẩn bị và vệ sinh vùng da trước mổ:giờ..... phút	☐
☐	☐	Đã được đánh dấu vị trí phẫu thuật:	☐
☐	☐	Dùng thuốc trước mổ (ghi giờ cụ thể)	
☐	☐	Thuốc chống nôn:giờ..... phút	☐
☐	☐	Thuốc điều trị bệnh khác:giờ..... phút	☐
☐	☐	Đã tháo răng giả	☐
☐	☐	Đã tháo các thiết bị phụ trợ (kính áp tròng, máy trợ thính...).	☐
☐	☐	Đã tháo nữ trang, đồ kẹp tóc	☐
☐	☐	Đã mặc áo choàng mổ	☐
☐	☐	Đã làm trống bàng quang/túi nước tiểu	☐
☐	☐	Đã chuẩn bị đại tràng.	☐

Khác:.....

Bên giao
(Ký, ghi rõ họ tên)

Bên nhận
(Ký, ghi rõ họ tên)

..... giờ ngày/...../20.....

Khoa chuyển:

..... giờ ngày/...../20.....

Khoa nhận:

Cơ sở KB, CB.....
Khoa:

PHIẾU KHÁM TIỀN MÊ

MS: PT-03
Số vào viện.....
Mã người bệnh

1. Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Cân nặngkg Chiều cao.....cm ☐ Mang thai, ghi rõ tuổi thai.....

Thói quen: ☐ Hút thuốc ☐ Uống rượu ☐ Khác.....

Nhóm máu:.....

2. Chẩn đoán:

3. Hướng xử trí:

4. Tiền sử nội khoa: ☐ Không

Bệnh tim mạch: ☐ Không ☐ Có:

☐ Tăng huyết áp

☐ Loạn nhịp tim

☐ Bệnh van tim

☐ Bệnh mạch vành

☐ Suy tim mạn

☐ Rối loạn chuyển hóa mỡ

Khác:

☐ Suy thận mạn

☐ Rối loạn nhận thức

☐ Có, đánh giá tiếp các nội dung sau:

Bệnh hô hấp: ☐ Không ☐ Có:

☐ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính- COPD

☐ Suyễn/Hen phế quản

Khác:

Đái tháo đường: ☐ Không ☐ Có:

☐ Đái tháo đường phụ thuộc Insulin

☐ Đái tháo đường không phụ thuộc Insulin

Rối loạn đông máu: ☐ Không ☐ Có:

☐ Dễ tụ máu

☐ Xuất huyết ngoại khoa bất thường (Tai-Mũi-Họng, Răng, Phụ khoa, lúc sinh).

Khác

5. Tiền sử ngoại khoa:

6. Tiền sử gây mê, gây tê:

7. Thuốc đang điều trị (Tên, liều lượng, liều lần cuối):

8. Khám lâm sàng:

Nhiệt độ:.....°C Mạch:.....lần /phút HA:.....mmHg Nhịp thở:.....lần/phút SpO2:.....%

Tim mạch:

Hô hấp:

Cột sống: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ

Các dấu hiệu khác có liên quan:

Đường truyền tĩnh mạch khó: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Đánh giá đường thở:

Cử động cổ:

Mallampati: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Há miệng:cm ☐ Trên 3cm Khoảng cách cằm - sụn giáp:.....cm ☐ Trên 6,5cm

Răng giả: ☐ Không ☐ Có (tháo được) ☐ Có (Cố định)

Phân loại ASA: ☐ Loại I ☐ Loại II ☐ Loại III ☐ Loại IV ☐ Loại V

9. Xét nghiệm (bất thường cần lưu ý):

10. Dự kiến thuốc, cách vô cảm:

11. Dự kiến giảm đau sau phẫu thuật:

12. Đề nghị khác:

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ khám
(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên: Tuổi: Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ Mã NB:
 Chẩn đoán: Phòng mổ: Ngày: tháng năm 20.....

TRƯỚC GÂY TÊ, GÂY MÊ

TRƯỚC KHI RẠCH DA

TRƯỚC KHI RỜI KHỎI PHÒNG MỔ

(Bác sĩ gây mê, KTV/Điều dưỡng gây mê)

Người bệnh đã được kiểm tra, xác nhận:

☐ Họ và tên, tuổi, giới tính, mã người bệnh

☐ Vị trí phẫu thuật

☐ Phương pháp phẫu thuật dự kiến

☐ Giấy cam kết chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật, GMHS

Vùng mổ được đánh dấu:

☐ Có ☐ Không áp dụng

Thuốc và thiết bị gây mê đầy đủ và sẵn sàng:

☐ Có

Máy đo bão hòa oxy trong máu gắn trên người bệnh và hoạt động bình thường:

☐ Có

Người bệnh có tiền sử dị ứng/say tàu xe:

☐ Có ☐ Không

Người bệnh có khó thở hoặc có nguy cơ sặc:

☐ Không ☐ Có (thiết bị/dụng cụ hỗ trợ)

Người bệnh có nguy cơ mất > 500ml máu (7ml/kg ở trẻ em):

☐ Không

☐ Có, và có sẵn 2 đường truyền/tĩnh mạch trung tâm và dịch truyền/máu.

ĐD chạy ngoài/vòng ngoài

(Ký, ghi rõ họ tên)

ĐD dụng cụ/vòng trong

(Ký, ghi rõ họ tên)

(Điều dưỡng phòng mổ, Bác sĩ gây mê, PTV)

☐ Các thành viên trong ekip giới thiệu tên, nhiệm vụ

☐ Xác nhận lại họ tên người bệnh và vị trí rạch da

bằng lời

Kháng sinh dự phòng:

☐ Có ☐ Không áp dụng

Dự kiến:

Đối với phẫu thuật viên (PTV):

☐ Những chú ý trong phẫu thuật hoặc diễn biến bất ngờ

☐ Thời gian phẫu thuật

☐ Dụng cụ đặc biệt dùng cho phẫu thuật

☐ Tiên lượng mất máu

Đối với Bác sĩ gây mê:

☐ Điều cần chú ý trong gây mê ở người bệnh

Đối với nhóm Điều dưỡng:

☐ Xác nhận tình trạng vô khuẩn bằng lời với các loại

dụng cụ dùng cho phẫu thuật

Thiết bị bị hỏng, bị thiếu: ☐ Có ☐ Không

Chẩn đoán hình ảnh thiết yếu được chiếu:

☐ Có

☐ Không áp dụng

KTV/DD phụ mê

(Ký, ghi rõ họ tên)

Bác sĩ gây mê

(Ký, ghi rõ họ tên)

Phẫu thuật viên

(Ký, ghi rõ họ tên)

(Điều dưỡng phòng mổ, Bác sĩ gây mê, PTV)

Điều dưỡng viên xác nhận lại bằng lời:

☐ Tên của phương pháp mổ

☐ Hoàn thành đếm gạc, kim và dụng cụ phẫu thuật

☐ Các vấn đề về dụng cụ cần giải quyết

Dán nhãn bệnh phẩm (đọc to cả nhãn bệnh phẩm

bao gồm cả tên người bệnh)

☐ Có ☐ Không áp dụng

Đối với PTV, BS gây mê, điều dưỡng:

Những vấn đề cần lưu ý đặc biệt về hồi tỉnh và

chăm sóc sau mổ

.....

.....

.....

.....

.....

Cơ sở KB, CB.....
Phòng mổ số.....

**BẢNG KIỂM Đếm GẠC,
DỤNG CỤ SẮC NHỌN,
DỤNG CỤ**

MS: PT-06
Số vào viện:.....
Mã người bệnh:.....

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Dụng cụ vật tư cần kiểm đếm	Trước khi rạch da	Số lượng cung cấp thêm					Đếm khi đóng khoang rỗng	Khi đóng da
☐ Gạcx.....cm								
☐ Gạcx.....cm								
☐ Kim								
☐ Dao								
☐ Dụng cụ								
.....								

Kết thúc cuộc phẫu thuật: ☐ Kiểm đủ ☐ Không đủ

Mô tả vật dụng mất:

Thông báo cho phẫu thuật viên: ☐ Không ☐ Có

Kiểm tra XQ ☐ Không ☐ Có

Kết quả:

☐ Tìm được vật dụng

☐ Không tìm được (ghi rõ):

Xử lý:

ĐIỀU DƯỠNG VÒNG TRONG
(ký, ghi rõ họ tên)

ĐIỀU DƯỠNG VÒNG NGOÀI
(ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản:.....
Cơ sở KB, CB:.....
Khoa:Giường:.....

PHIẾU THỦ THUẬT

MS: PT-11
Mã người bệnh:

1. Thông tin người bệnh

Họ và tên:..... TuổiGiới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

2. Nội dung

Chẩn đoán trước thủ thuật:.....

Chẩn đoán sau thủ thuật:

Phương pháp làm thủ thuật:.....

Loại thủ thuật: ☐ Đặc biệt ☐ Loại I ☐ Loại II ☐ Loại III

Phương pháp vô cảm:.....

Bác sỹ làm thủ thuật.....

Nhân viên phụ:.....

Bác sỹ gây mê hồi sức (nếu có) :

Thời gian làm thủ thuật:Giờ..... Ngày/...../20.....

TÓM TẮT QUÁ TRÌNH LÀM THỦ THUẬT

.....
.....
.....

Các biến chứng trong quá trình làm thủ thuật:

.....
.....

Lượng máu mất:

Số mẫu bệnh phẩm (nếu có):

Số đăng ký của thiết bị cấy ghép (nếu có):

..... Giờ..... Ngày/...../20.....

Bác sỹ thực hiện
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ghi chú:

- Đối với các phẫu thuật phải sử dụng phiếu và vẽ lược đồ.
- Đối với thủ thuật có sử dụng phương pháp vô cảm toàn thân hoặc phải thực hiện trong phòng mổ hoặc thủ thuật can thiệp đường mạch máu (không bao gồm tiêm, truyền), đường thở: Sử dụng phiếu thủ thuật và vẽ lược đồ thủ thuật (nếu cần thiết).
- Đối với các thủ thuật khác: Không phải lập phiếu phẫu thuật/thủ thuật nhưng phải ghi chỉ định và nội dung thực hiện dịch vụ vào hồ sơ bệnh án và có chữ ký xác nhận của người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh sau mỗi đợt điều trị (Thực hiện theo nội dung hướng dẫn tại Thông tư 50/2017/TT-BYT sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngày 29/12/2017 và các văn bản quy định hiện hành).

Cơ sở KB, CB:
Khoa:Giường:.....

PHIẾU PHẪU THUẬT

MS: PT-12
Mã người bệnh:

1. Thông tin hành chính:

Họ và tên..... TuổiGiới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Địa chỉ:

Vào viện lúc:

Phẫu thuật bắt đầu lúc:giờ..... ngày...../...../20.....

Phẫu thuật kết thúc lúc:giờ..... ngày...../...../20.....

2. Nội dung

Chẩn đoán trước phẫu thuật:

Chẩn đoán sau phẫu thuật:

Phương pháp phẫu thuật:.....

Loại phẫu thuật: ☐ Đặc biệt ☐ Loại I ☐ Loại II ☐ Loại III

Phân loại vết mổ: ☐ Sạch ☐ Sạch nhiễm ☐ Nhiễm ☐ Bẩn

Giải phẫu bệnh lý: ☐ Có ☐ Không

Phương pháp vô cảm:.....

Phẫu thuật viên chính:.....

Phẫu thuật viên phụ:.....

Bác sỹ gây mê hồi sức:.....

Điều dưỡng phụ mê:.....

Điều dưỡng dụng cụ:.....

Điều dưỡng chạy ngoài:.....

Thời gian phẫu thuật: Giờ..... Ngày...../...../20.....

LƯỢC ĐỒ PHẪU THUẬT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dẫn lưu: ☐ Có ☐ Không

Vị trí: Số lượng:.....

Vị trí: Số lượng:.....

Vị trí: Số lượng:.....

Lượng máu mất:..... Lượng máu truyền vào:.....

Số mẫu bệnh phẩm:.....

Khác:

TRÌNH TỰ PHẪU THUẬT

Các biến chứng hoặc các diễn biến bất thường ngoài dự kiến trong quá trình phẫu thuật:

Chi tiết công cụ dụng cụ cấy ghép trên người bệnh (nếu có):

TT	Loại cấy ghép	Số lượng	Kích thước	Hãng	Ghi chú (Ví dụ: Số khóa trên đinh vít)

.....Giờ.....Ngày...../...../20.....

Bác sỹ phẫu thuật
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ghi chú:

- Đối với các phẫu thuật phải sử dụng phiếu và vẽ lược đồ;
- Đối với thủ thuật có sử dụng phương pháp vô cảm toàn thân hoặc phải thực hiện trong phòng mổ hoặc thủ thuật can thiệp đường mạch máu (không bao gồm tiêm, truyền), đường thở: Sử dụng phiếu thủ thuật và vẽ lược đồ thủ thuật (nếu cần thiết).
- Đối với các thủ thuật khác: Không phải lập phiếu phẫu thuật/thủ thuật nhưng phải ghi chỉ định và nội dung thực hiện dịch vụ vào hồ sơ bệnh án và có chữ ký xác nhận của người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh sau mỗi đợt điều trị (Thực hiện theo nội dung hướng dẫn tại Thông tư 50/2017/TT-BYT sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngày 29/12/2017 và các văn bản quy định hiện hành).

Cơ sở KB, CB.....
Khoa.....

PHIẾU THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU KHI MỔ
(Trong 24 giờ đầu)

MS: PT-09
Số vào viện.....
Mã người bệnh

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Cách thức vô cảm: ☐ Tê tại chỗ

Ngày phẫu thuật:..... Phẫu thuật viên:..... ☐ Tê vùng

Cách thức phẫu thuật:..... ☐ Mê toàn thân

Giờ về khoa:..... Phòng..... Giường:..... ☐ Khác

Giờ	6h đầu										18h tiếp theo									
Nhịp thở (10<25)																				
Da tái nhợt (-), hồng (+)																				
Tri giác, (gọi mở mắt)																				
Mạch (45<120)																				
Huyết áp (90/50< 150/90)																				
Nhiệt độ (35.5 < 38.5)																				
Đau																				
Vết mổ tẩy đỏ thẩm dịch																				
Đường truyền thông, tắc, tẩy đỏ																				
Nước tiểu (số lượng/tổng)																				
Dẫn lưu (số lượng/tổng)																				
1.	4.																			
2.	5.																			
3.	6.																			
Sonde dạ dày/nôn																				
Tổng dịch vào/24h																				
Tổng dịch ra/24h																				
Tên ĐD theo dõi																				

- Đau theo thang đau VAS (với trẻ trên 7 tuổi) từ 0-10 trong đó: 0 (Không đau) – 10 (Đau chưa từng có) hoặc các thang khác cho trẻ dưới 7 tuổi.
- Nhịp thở (ghi số lần thở), tri giác, da của người bệnh theo dõi 30 phút/lần tốt (+), rất tốt (++), không tốt (-)
- Huyết mạch, mạch, được theo dõi 1 giờ/lần, nhiệt độ theo dõi 3 giờ/lần trong 6 giờ đầu. Dẫn lưu: Ghi tên dẫn lưu (ví dụ: Dẫn lưu 1=Kehr)
- Sau 6 giờ, mọi thông số được theo dõi 3 giờ/lần trong 24 giờ, sau 24h cho tới khi ra viện theo dõi 3 lần/ngày (8h-14h-22h)
- Dẫn lưu, mạch và huyết áp ghi bút màu đỏ còn lại ghi bút màu xanh, những người bệnh có dấu hiệu không bình thường thì thực hiện theo chỉ định của bác sỹ.