**HƯỚNG DẪN GHI VÀ MÃ CÁC THÔNG SỐ HỒ SƠ, BỆNH ÁN**

**I. HỒ SƠ BỆNH ÁN PHCN NGƯỜI LỚN**

HƯỚNG DẪN CHUNG

1. Trang bìa:

Góc trái:

* Đơn vị chủ quản: Ghi tên cơ quan chủ quản của bệnh viện, cơ sở PHCN.
* Tên cơ sở PHCN/BV: Ghi tên cơ sở PHCN, bệnh viện.

Góc phải:

* Số lưu trữ: là số bệnh án ra viện của người bệnh từ ngày 01/01 cho đến 31/12 trong năm do phòng Kế hoạch tổng hợp cấp.
* Mã hồ sơ: là mã số bệnh án do phòng Kế hoạch tổng hợp cấp.
* Mã người bệnh: do lãnh đạo bệnh viện quy định
* Chuyển khoa: Ghi tên khoa chuyển đến.
* Ngày chuyển: Ghi đầy đủ giờ, phút, ngày, tháng, năm.
* Khoa: ghi tên Khoa bệnh nhân điều trị.
* Họ và Tên: Ghi đầy đủ (viết chữ in hoa có dấu).
* Nam, Nữ: đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.
* Sinh năm: Ghi năm sinh của bệnh nhân ghi đủ 4 chữ số.
* Tuổi: Ghi số tuổi của bệnh nhân.
* Địa chỉ: Ghi đầy đủ số nhà, thôn, phố, xã, phường, huyện, thị, tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương
* Ngày vào viện: Ghi đầy đủ ngày, tháng, năm vào viện.
* Ra viện: Ghi đầy đủ ngày, tháng, năm ra viện.

2. Trang Quy định về Hồ sơ bệnh án: Gồm Định nghĩa về Hồ sơ bệnh án, quy định về lập và lưu trữ hồ sơ bệnh án, giữ bí mật về hồ sơ bệnh án.

3. Trang 3

Góc trái:

* Đối với bệnh viện, viện trực thuộc Bộ Y tế sẽ in dòng chữ Bộ Y tế.
* Đối với bệnh viện tỉnh, thành phố, quận, huyện thuộc Sở Y tế sẽ in dòng chữ Sở Y tế.bệnh viện ngành sẽ in dòng chữ ngành chủ quản.

Góc phải:

* Số lưu trữ: là số bệnh án ra viện của người bệnh từ ngày 01/01 cho đến 31/12 trong năm do phòng Kế hoạch tổng hợp cấp.
* Mã Y tế toàn quốc (Mã YT) gồm 14 ký tự:
* 3 ký tự đầu là mã tỉnh, thành phố, ví dụ thành phố Hà Nội là 101 (xem phụ lục: danh mục hành chính Việt Nam).
* 3 ký tự thứ hai là mã bệnh viện, viện (số này do Bộ Y tế cấp - xem phụ lục).
* 2 ký tự thứ ba: Mã năm, ví dụ 2001: ghi 01
* 6 ký tự là số vào viện của người bệnh do phòng Kế hoạch tổng hợp cấp cho người bệnh bằng số tự nhiên. Ví dụ: người bệnh vào bệnh viện, viện 0 giờ, ngày 1 tháng 1 năm 2001 được cấp mã 000001, người bệnh vào thứ hai được cấp mã số 000002... đến hết 24 giờ ngày 31 tháng 12 năm 2001. Cũng lấy các ký tự này ghi số vào viện cho các phiếu giấy có đề mục "Số vào viện".

HƯỚNG DẪN GHI CỦA BỆNH ÁN

I. HÀNH CHÍNH

Do Bác sỹ hoặc Y tá trực khoa cấp cứu, khoa khám bệnh ghi và Bác sỹ hoặc Y tá khoa điều trị ghi bổ sung.

1. Họ và tên: Ghi đầy đủ (viết chữ in hoa có dấu).

2. Sinh ngày: Yêu cầu ghi đầy đủ ngày, tháng và năm sinh (2 ô đầu là ngày, 2 ô tiếp là tháng và 4 ô cuối là năm). Nếu ngày, tháng có một con số thì ghi số 0 vào trước.Trường hợp không nhớ ngày, tháng thì ghi năm sinh.Nếu người bệnh không nhớ ngày, tháng, năm sinh mà chỉ nhớ tuổi thì ghi tuổi vào 2 ô tuổi.

3. Giới: đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

4. Nghề nghiệp: Ghi rõ làm nghề gì như công nhân, cán bộ công nhân viên chức, nông dân, học sinh, sinh viên (xem phụ lục - mã nghề nghiệp).

5. Dân tộc: ghi rõ dân tộc gì, mã dân tộc theo Uỷ ban dân tộc miền núi, hiện nay Việt Nam có 54 dân tộc (xem phụ lục - bảng mã dân tộc của UBDTMN).

6. Ngoại kiều: Nếu là người nước nào thì ghi tên nước đó (xem phụ lục - mã một số nước).

7. Địa chỉ: Ghi đầy đủ số nhà, thôn, phố, xã, phường, huyện, thị, tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. (Thôn, phố có nơi còn gọi là làng, bản, buôn, sóc, đường phố, ngõ, hẻm, tổ dân phố).

8. Nơi làm việc: tên cơ quan, nhà máy, xí nghiệp, lực lượng vũ trang...

9. Đối tượng (người bệnh thuộc đối tượng nào, đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng với hình thức viện phí).

 Riêng:

* Thu phí: có nghĩa là thu toàn phần hoặc một phần viện phí.
* Miễn phí: có nghĩa là những người bệnh có giấy chứng nhận của địa phương thuộc diện nghèo được miễn phí hoặc bệnh viện giải quyết cho miễn phí.
* Khác: có nghĩa là ghi những trường hợp không thu được của người bệnh như bỏ trốn, lang thang cơ nhỡ hoặc được giảm viện phí...

10. Số thẻ BHYT:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |

 Ghi đầy đủ 15 ký tự vào gồm chữ và số vào 4 ô:

* Ô 1: Đối tượng bảo hiểm
* Ô 2: Mã quyền lợi hưởng BHYT
* Ô 3: Mã tỉnh, thành phố do BHYT Việt Nam quy định.
* Ô 4: Mã số Bảo hiểm xã hội (duy nhất với mỗi người tham gia BHXH, BHYT)

11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: ghi đầy đủ như mục địa chỉ của người bệnh. Số điện thoại: ghi rõ số điện thoại bàn hoặc điện thoại di động để liên hệ.

\* Giấy CN Khuyết tật: đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.Dựa vào Giấy xác nhận khuyết tật đánh dấu vào ô Có nếu người bệnh Có khuyết tật.Sau đó, ghi dạng và mức độ khuyết tật của người bệnh.

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: Ghi đầy đủ giờ, phút, ngày, tháng, năm vào viện.

13. Trực tiếp vào: Người bệnh vào trực tiếp khoa nào thì đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

Khoa điều trị: là nếu người bệnh vào thẳng khoa điều trị mà không qua khoa cấp cứu, khoa khám bệnh.

14. Nơi giới thiệu: Nơi nào giới thiệu người bệnh đến thì đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

Riêng:

- Khác: là do người nhà, công an, nhân dân... đưa đến.

15. Vào khoa: ghi rõ tên khoa hoặc nhà A, B.... Ghi đầy đủ giờ, phút, ngày, tháng, năm, và số ngày điều trị.

16. Chuyển khoa: Ghi tên khoa chuyển đến. Ghi đầy đủ giờ, phút, ngày, tháng, năm và số ngày điều trị.

17. Chuyển viện:

* Tuyến trên: Những bệnh viện được quy định có khả năng chuyên môn cao hơn so với bệnh viện sở tại như bệnh viện huyện lên bệnh viện tỉnh, thành phố; bệnh viện tỉnh, thành phố lên bệnh viện trung ương.
* Tuyến dưới: Người bệnh sau khi điều trị đã ổn định thấy cần điều trị tiếp, thấy khả năng tuyến dưới đảm nhiệm được thì được chuyển về tuyến đó. Ví dụ như bệnh viện trung ương về bệnh viện tỉnh, thành phố; bệnh viện tỉnh, thành phố về bệnh viện huyện; hoặc bệnh viện trung ương chuyển thẳng về bệnh viện huyện; bệnh viện tỉnh, TP chuyển về trạm y tế xã...
* CK: là chuyển đến bệnh viện chuyên khoa như bệnh viện Nhi, Sản, Y học cổ truyền, TMH, RHM, Mắt...
* Chuyển đến: ghi rõ tên đơn vị, khoa chuyển đến.

18. Ra viện: ghi đủ giờ, ngày, tháng, năm. Đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng với lý do ra viện, xin về, bỏ về hoặc đưa về.

19. Tổng số ngày điều trị: Tính từ ngày người bệnh vào điều trị đến ngày người bệnh ra viện, chuyển viện, chết ...

III. CHẨN ĐOÁN

20. 21. 22. Chẩn đoán nơi chuyển đến, cấp cứu, khoa khám bệnh (KKB), khoa điều trị: ghi tên bệnh và mã bệnh 4 ký tự gồm chữ và số tương ứng vào ô (theo ICD 10).

* Ký tự thứ nhất (chữ cái): mã chương bệnh.
* Ký tự thứ hai (chữ số thứ nhất): mã nhóm bệnh.
* Ký tự thứ ba (chữ số thứ hai): mã tên bệnh.
* Ký tự thứ tư (chữ số thứ ba) sau dấu chấm (.) mã chi tiết theo nguyên nhân hay tính chất đặc thù của một bệnh.

23. Chẩn đoán khi ra viện là chẩn đoán khi người bệnh được ra viện dựa vào kết luận của điều trị là bệnh chính, bệnh kèm theo (nếu có). Ghi mã bệnh 4 ký tự theo ICD 10 theo thứ tự trên.

Tai biến là những rủi ro trong điều trị do phía y tế gây ra cho người bệnh.

Biến chứng là do bản thân quá trình của bệnh gây ra. Nếu có thì đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng. Nếu không thì bỏ trống

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị: Căn cứ vào kết quả giải phẫu bệnh, đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

25. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): Căn cứ vào kết quả giải phẫu bệnh, đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng về kết quả.

26. Tình hình tử vong và thời gian tử vong kể từ khi vào viện: căn cứ vào kết luận của kiểm thảo tử vong và thời điểm tử vong, đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

27. Nguyên nhân chính tử vong: căn cứ vào bệnh chính dẫn đến tử vong, ghi tên bệnh và mã 4 ký tự gồm chữ và số theo ICD 10 tương ứng vào ô.

28. Khám nghiệm tử thi: Nếu có đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng, nếu không thì bỏ trống.

29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: căn cứ vào kết quả chẩn đoán, ghi tên bệnh và mã 4 ký tự gồm chữ và số theo ICD 10 tương ứng vào ô.

Trang 4:

Yêu cầu những thông tin, đặc điểm cần có trong quá trình bệnh lý, bệnh sử, thăm khám người bệnh để phục vụ cho chẩn đoán.

PHẦN A. BỆNH ÁN:

I. LÝ DO VÀO VIỆN:

Ghi điểm chính khi người nhà, người bệnh báo khi vào viện khám, vào khoa điều trị, cấp cứu ... trình bày.

II. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý: (có một số gợi ý khi khai thác quá trình mắc và diễn biến của bệnh, điều trị của nơi chuyển đến trước khi vào viện).

2. Tiền sử bệnh (có một số gợi ý khi khai thác tình trạng sức khỏe của người bệnh và gia đình, chú ý các yếu tố bệnh lý có liên quan đến dị ứng, tình trạng khuyết tật)

III. KHÁM BỆNH:

*"Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, cân nặng, chiều cao*" cần được ghi tại bệnh án điều trị nội trú, ngoại trú và phiếu khám bệnh vào viện, giấy chuyển viện (theo mẫu).

1. Toàn thân: gợi ý và ghi những điểm chính (tuỳ từng loại bệnh).

2. Tình trạng đau: ghi nhận vị trí và mức độ đau

3. Các cơ quan: tâm thần, thần kinh, cột sống, cơ xương khớp, và một số chuyên khoa khác như tim mạch, tiêu hóa, hô hấp, tiết niệu, sinh dục…

Trang 5:

IV. XÉT NGHIỆM, CẬN LÂM SÀNG

Ghi các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm trong thời gian làm bệnh án. Các xét nghiệm cận lâm sàng khác phát sinh trong thời gian điều trị được ghi vào tờ điều trị.

V. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Tóm tắt nội dung bệnh án để phục vụ cho chẩn đoán, điều trị PHCN

VI. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO ĐIỀU TRỊ

Chẩn đoán bệnh chính, chẩn đoán phân biệt và bệnh kèm theo (nếu có)

VII. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Dựa vào nhu cầu thiết yếu của người bệnh để thiết lập kế hoạch can thiệp phù hợp:

1. Những khó khăn chính trong hoạt động chức năng của người bệnh:

Gợi ý thảo luận với người bệnh để cùng thống nhất xác định những nhu cầu, khó khăn cần ưu tiên giải quyết dựa vào lượng giá các hoạt động và sự tham gia của người bệnh.

2. Mục tiêu điều trị PHCN:

Dựa vào những vấn đề khó khăn được xác định tại mục 1 để đưa ra mục tiêu điều trị cụ thể theo thứ tự ưu tiên và đánh giá theo tiêu chí SMART.

* Cụ thể (Specific): về hành vi, kết quả hoặc hành động nhìn thấy được kèm một con số, phần trăm hay những dữ kiện về chất và lượng của hoạt động mà người bệnh muốn đạt được trong quá trình điều trị. (Ví dụ: người bệnh ngồi như thế nào? được trợ giúp ra sao? ngồi ở đâu và trong bao lâu?...)
* Có thể đo lường được (Measurable): Cần cụ thể để đo lường được (có thể thấy được, nghe được, nếm được, sờ được…). Người bệnh phải thực hiện bao nhiêu thì được (tần số, số lần, mức độ thực hiện thường xuyên, thời gian, quãng đường) và làm thế nào để xác định mục tiêu đạt được hay hoàn thành bằng cách nào tại một thời điểm nào đó (với mức độ % cần trợ giúp hay giám sát và đạt được chính xác).
* Có thể đạt được (Achievable): mục tiêu phải phù hợp với những khó khăn, những nhu cầu, những mong muốn của người bệnh và gia đình. Nếu không mục tiêu sẽ không đạt được là rất lớn hoặc kết quả điều trị không dài lâu.Cần khuyến khích người bệnh và gia đình chủ động tham gia lựa chọn và xây dựng các mục tiêu điều trị cho người bệnh để đạt được hiệu quả hơn.
* Thực tiễn (Realistic): những vấn đề liên quan (có đủ kiến thức, năng lực thực hiện, dụng cụ hỗ trợ...) ảnh hưởng đến kết quả yêu cầu của người bệnh thực hiện phải phù hợp, vừa phải, có thể đạt được và có ý nghĩa để tạo động cơ cho người bệnh có thể thực hiện được thích nghi với những hạn chế trong khả năng của người bệnh.
* Có giới hạn thời gian hoàn thành (Time bound): Mục tiêu phải được xác định rõ ràng thời điểm khi nào bắt đầu và kết thúc cho những hoạt động đề ra. Khung thời gian có thể được xác định cụ thể theo số ngày, số buổi tập, mốc thời gian đã biết (Vd: sau khi phẫu thuật/ sau xuất viện...)

3. Chương trình can thiệp PHCN:

* Người đánh giá thiết lập những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị cụ thể cho người bệnh có liên quan đến các chuyên ngành: Vật lý trị liệu, Hoạt động trị liệu, Ngôn ngữ trị liệu.... nhằm hỗ trợ cho người bệnh đạt được các mục tiêu điều trị (ngắn hạn, dài hạn) đã đề ra.
* Người bệnh được các Trị liệu viên về VLTL, HĐTL, NNTL... thực hiện các kỹ thuật, hướng dẫn các bài tập đã được chỉ định can thiệp trong chương trình điều trị, các bài tập đơn giản tại nhà và cách sử dụng chỉnh hình, các dụng cụ trợ giúp thích nghi...

4. Điều trị các bệnh lý kèm theo và chế độ chăm sóc người bệnh:

Tóm tắt những điều trị khác và chế độ chăm sóc người bệnh (tùy thuộc vào từng người bệnh).

Cuối trang Bác sỹ làm bệnh án ký và ghi rõ họ tên.

Trang 6

PHẦN B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN:

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: Tóm tắt quá trình điều trị và kết quả đạt được

2. Tóm tắt các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán, điều trị, PHCN.

3. Phương pháp điều trị và PHCN: Bao gồm chỉ định các thủ thuật, kỹ thuật PHCN, các biện pháp phòng ngừa phù hợp với mục tiêu điều trị đã đề ra đáp ứng nhu cầu mong muốn của người bệnh.

4. Tình trạng người bệnh khi ra viện: ghi những kết quả điều trị cụ thể khi người bệnh ra viện. Thực hiện đánh giá hoạt động chức năng và sự tham gia của người bệnh khi ra viện trên các khía cạnh: vận động và di chuyển, chức năng sinh hoạt hàng ngày, nhận thức, các chức năng khác, sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội, yếu tố môi trường và cá nhân.

5. Hướng điều trị và PHCN sau ra viện: Ghi các can thiệp về PHCN mà người bệnh cần được tiếp tục thực hiện hoặc tái khám hay chuyển tuyến nếu cần.

Cuối trang có bàn giao hồ sơ, đếm toàn bộ số phiếu, giấy, phim ảnh, ghi số lượng và ký giao nhận (ký và ghi rõ họ tên).

Mẫu phiếu số 1

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

 Phiếu lượng giá này cần được thực hiện khi người bệnh mới vào viện và trước khi người bệnh ra viện

* Ghi rõ họ tên, tuổi, giới tính của người bệnh
* Ghi rõ người bệnh thuộc Khoa, buồng, giường nào.

**1. Hoạt động chức năng:** bao gồm các hoạt động chức năng mà người bệnh có thể thực hiện khó khăn cần sự trợ giúp:

* Vận động và di chuyển: khả năng thay đổi vị trí, tư thế, di chuyển độc lập hay cần dụng cụ trợ giúp, người trợ giúp, lăn trở sang bên, ngồi dậy từ vị thế nằm, đứng lên từ vị thế ngồi, giữ thẳng bằng tư thế ngồi tốt; khả năng dịch chuyển trên giường/sàn nhà, từ vị trí này sang vị trí khác; đứng lên từ vị thế ngồi ghế và duy trì tư thế đứng vững (có bám vịn), khả năng đi lại lên xuống cầu thang, di chuyển ra/vào nhà vệ sinh, đi lại trong nhà và quanh xóm làng (có điều khiển phương tiện như xe lắc, xe lăn, xe đạp, xe máy...)
* Các chức năng sinh hoạt hàng ngày: mức độ độc lập trong các hoạt động ăn uống; vệ sinh cá nhân (rửa mặt, đánh răng, chải đầu, tắm rửa); thay quần áo; mang giầy dép; sử dụng nhà vệ sinh, sử dụng các dụng cụ trong nhà; tự kiểm soát đại – tiểu tiện.
* Nhận thức, giao tiếp: khả năng nhận biết, định hướng, tập trung chú ý, trí nhớ; ngôn ngữ; chức năng điều hành, tư duy, tính toán, thờ ơ lãng quên; mất thực dụng, ngôn ngữ như nói rõ các từ, khả năng diễn đạt mong muốn của người bệnh và mọi người có thể hiểu được.
* Các chức năng khác: rối loạn nuốt, tiết niệu, sinh dục, các giác quan

**2. Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội:**

Các hoạt động trong gia đình và xã hội mà người bệnh có thể tham gia hoặc có nhu cầu được thực hiện như chuẩn bị bữa ăn, dọn dẹp, vệ sinh nhà cửa, phụ giúp chăm sóc con cháu trong nhà, tham gia chơi đùa trò chuyện cùng người thân, cùng gia đình đi chợ, mua sắm, tham gia hoạt động xã hội, các hoạt động có thu nhập.

**3. Yếu tố môi trường:**

Ghi những điểm chính có liên quan (thuận lợi hay khó khăn) đến những hoạt động chức năng người bệnh như:

* Đánh giá tiếp cận môi trường của người bệnh/người khuyết tật: như họ có thể tiếp cận được vào nhà vệ sinh không, tiếp cận được các nơi sinh hoạt, trị liệu không.
* Các vấn đề liên quan đến nơi sinh hoạt, tập luyện tại cơ sở trị liệu, tình trạng nhà ở, nhà bếp, nhà vệ sinh, phòng ngủ; kiến trúc, xây dựng và cách tiếp cận nội thất của ngôi nhà.
* Sản phẩm và công nghệ: các thiết bị, dụng cụ trợ giúp (đai, nẹp, nạng, gậy, khung đi, xe lăn...) hỗ trợ cá nhân trong sinh hoạt đời sống hàng ngày, di chuyển: trong/ngoài nhà và tiếp cận các dịch vụ giao thông, hỗ trợ các hoạt động trong giao tiếp, giáo dục, hướng nghiệp, văn hóa, văn nghệ, thể thao, tôn giáo và tín ngưỡng.
* Thái độ và cách ứng xử của gia đình đối với người bệnh. Sự hỗ trợ và các mối quan hệ xã hội với gia đình và bạn bè, hàng xóm, các thành viên trong cộng đồng, cán bộ địa phương, người chăm sóc cá nhân, chuyên gia y tế, động vật trong nhà, các chuyên gia khác, người trợ giúp, người lạ, v.v.
* Môi trường tự nhiên và sự thay đổi do con người tạo ra tới môi trường: ví dụ bên trong và ngoài của nơi trị liệu, phòng/nhà ở như ánh sáng, âm thanh, chất lượng không khí, đất và nước, dân số, khí hậu, các sự kiện tự nhiên, các sự kiện do con người tạo ra, v.v.
* Các dịch vụ, hệ thống và chính sách hỗ trợ

**4. Các yếu tố cá nhân:**

Gợi ý và ghi những điểm chính có liên quan đến người bệnh, ảnh hưởng tới khả năng phục hồi của người bệnh bao gồm: giới tính,tuổi tác, cách ứng phó, lối sống, tâm lý, sở thích, thói quen, tính cách, tìnhcảm, nền tảng văn hóa, giáo dục và xã hội v.v.

Cuối trang người thực hiện ký và ghi rõ họ tên.

Mẫu phiếu số 2

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

* Ghi rõ họ tên, tuổi, giới tính của người bệnh
* Ghi rõ bện người bệnh thuộc Khoa, buồng, giường nào.

**1. Khám chuyên khoa PHCN:** gợi ý và ghi những điểm chính (tùy từng loại bệnh)

**2. Chẩn đoán:** ghi rõ chẩn đoán theo chuyên khoa PHCN

**3. Chỉ định phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN:** ghi rõ chỉ định gợi ý thực hiện những hướng dẫn tư vấn, bài tập, kỹ thuật hay những hoạt động điều trị liên quan về Vật lý trị liệu, Hoạt động trị liệu, Ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN...

Cuối trang Bác sỹ ký và ghi rõ họ tên

Mẫu phiếu số 3

PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

* Ghi rõ họ tên, tuổi, giới tính của người bệnh
* Ghi rõ người bệnh thuộc Khoa, buồng, giường nào.
* Ghi rõ chẩn đoán người bệnh bị mắc bệnh gì
* Cột Ngày giờ: ghi rõ ngày giờ thực hiện kỹ thuật PHCN
* Cột Mô tả diễn biến bệnh,tật/các vấn đề cần PHCN: ghi rõ tình trạng bệnh và kết quả các đợt can thiệp trước và các vấn đề cần can thiệp về PHCN
* Cột Tên dịch vụ kỹ thuật PHCN: ghi rõ tên dịch vụ kỹ thuật PHCN được thực hiện trên người bệnh.
* Cột Thời gian thực hiện (phút): ghi tổng thời gian thực hiện kỹ thuật PHCN trên người bệnh.
* Cột Người thực hiện: chữ ký của người thực hiện kỹ thuật PHCN cho người bệnh.
* Cột Bác sỹ chỉ định: chữ ký của Bác sỹ chỉ định kỹ thuật PHCN cho người bệnh.
* Cột Xác nhận của NB/người nhà: chữ ký xác nhận của người bệnh hay người nhà.

**II. HỒ SƠ BỆNH ÁN PHCN TRẺ EM:**

Mẫu phiếu số 1

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

*(Phụ lục kèm theo bệnh án Phục hồi chức năng Nhi khoa)*

Phiếu lượng giá này cần được thực hiện khi bệnh nhi mới vào viện và trước khi bệnh nhi ra viện hoặc khi cần đánh giá sự tiến bộ, phục hồi chức năng của trẻ

* Ghi rõ họ tên, tuổi, giới tính của bệnh nhi.
* Ghi rõ bệnh nhi thuộc Khoa, buồng, giường nào.

**1. Hoạt động chức năng:** bao gồm các hoạt động chức năng mà bệnh nhi có thể thực hiện khó khăn cần sự trợ giúp:

* Vận động và di chuyển: khả năng nâng và giữ đầu thẳng, xoay đầu sang bên, khả năng với tay nắm lấy đồ vật, lăn trở sang bên, thay đổi tư thế, ngồi dậy từ vị thế nằm (nằm sấp/nằm nghiêng/nằm ngửa), giữ thẳng bằng tư thế ngồi tốt;khả năng dịch chuyển trên giường/sàn nhà, từ vị trí này sang vị trí khác; đứng lên từ vị thế ngồi ghế hay quỳ và duy trì tư thế đứng vững (có bám vịn), khả năng đi lại lên xuống cầu thang, di chuyển ra/vào nhà vệ sinh, đi lại trong nhà và quanh xóm làng (có điều khiển phương tiện như xe lăn, xe đi 3 bánh, xe đạp...)
* Các chức năng sinh hoạt hàng ngày: mức độ độc lập của trẻ trong các hoạt động ăn uống;vệ sinh cá nhân (rửa mặt, đánh răng, chải đầu, tắm rửa); thay quần áo; mang giầy dép; sử dụng nhà vệ sinh, sử dụng các dụng cụ trong nhà; tự kiểm soát đại – tiểu tiện.
* Nhận thức, giao tiếp: khả năng nhận biết, định hướng, tập trung chú ý, trí nhớ; ngôn ngữ; chức năng điều hành, tính toán, mất thực dụng, ngôn ngữ như nói rõ các từ, khả năng diễn đạt mong muốn của bệnh nhi và mọi người có thể hiểu được.
* Các chức năng khác: rối loạn nuốt, tiết niệu, sinh dục, các giác quan

**2. Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội:**

Các hoạt động trong gia đình và xã hội mà bệnh nhi có thể tham gia hoặc có nhu cầu được thực hiện như chơi đùa cùng bạn bè; tham gia hỗ trợ công việc cùng gia đình trong vui chơi, đi mua sắm, phụ giúp dọn dẹp nhà cửa...; tham gia hoạt động xã hội như sinh hoạt đội thiếu niên, câu lạc bộ thể thao, văn nghệ...

**3. Yếu tố môi trường:**

Ghi những điểm chính có liên quan (thuận lợi hay khó khăn) đến những hoạt động chức năng bệnh nhi như:

* Các vấn đề liên quan đến nơi sinh hoạt, tập luyện tại cơ sở trị liệu, tình trạng nhà ở, nhà bếp, nhà vệ sinh, phòng ngủ; kiến trúc, xây dựng và cách tiếp cận nội thất của ngôi nhà.
* Sản phẩm và công nghệ: các thiết bị, dụng cụ trợ giúp (đai, nẹp, nạng, gậy, khung đi, xe lăn...)hỗ trợ cá nhân trong sinh hoạt đời sống hàng ngày, di chuyển: trong/ngoài nhà và tiếp cận các dịch vụ giao thông, hỗ trợ các hoạt động trong giao tiếp, giáo dục, văn hóa, văn nghệ, thể thao, tôn giáo...
* Thái độ và cách ứng xử của gia đình đối với trẻ: Sự hỗ trợ và các mối quan hệ xã hội với gia đình và bạn bè, các thành viên trong cộng đồng, cán bộ địa phương, người chăm sóc cá nhân, chuyên gia y tế, động vật trong nhà, các chuyên gia khác, người trợ giúp, người lạ, v.v.
* Môi trường tự nhiên và sự thay đổi do con người tạo ra tới môi trường: ví dụ bên trong và ngoài của nơi trị liệu, phòng/nhà ở như ánh sáng, âm thanh, chất lượng không khí, đất và nước, dân số, khí hậu, các sự kiện tự nhiên, các sự kiện do con người tạo ra v.v.
* Các dịch vụ, hệ thống và chính sách hỗ trợ

**4. Yếu tố cá nhân:**

Gợi ý và ghi những điểm chính có liên quan đến bệnh nhi,ảnh hưởng tới khả năng phục hồi của trẻ bao gồm: giới tính,tuổi tác, lối sống, tâm lý, những sở thích, thói quen, tính cách, tìnhcảm, có đi học, tình trạng thể lực v.v.

Cuối trang người thực hiện ký và ghi rõ tên.