

## Sở Y tế Nghệ An

## BÁO CÁO TỰ KIỂM TRA, ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NĂM 2024

(ÁP DỤNG CHO CÁC BỆNH VIỆN TỰ KIỂM TRA, ĐÁNH GIÁ)

Bệnh viện: TRUNG TÂM Y TẾ TÂN KỲ

Địa chỉ chi tiết: Khối 04 Thị trấn Tân Kỳ, huyện Tân Kỳ, tỉnh Nghệ An, thị trấn Tân Kỳ, huyện Tân Kỳ, Nghệ An

Số giấy phép hoạt động: Ngày cấp:

Tuyên trực thuộc: 3.Quận/Huyện

Cơ quan chủ quản: SỞ Y TẾ NGHỆ AN

Hạng bệnh viện: Hạng III

Loại bệnh viện: Đa khoa

## TÓM TẮT KẾT QUẢ TỰ KIỂM TRA CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

- TỔNG SỐ CÁC TIÊU CHÍ ĐƯỢC ÁP DỤNG ĐÁNH GIÁ: 83/83 TIÊU CHÍ
- TỶ LỆ TIÊU CHÍ ÁP DỤNG SO VỚI 83 TIÊU CHÍ: 100%
- TỔNG SỐ ĐIỂM CỦA CÁC TIÊU CHÍ ÁP DỤNG: 301 (Có hệ số: 325)
- ĐIỂM TRUNG BÌNH CHUNG CỦA CÁC TIÊU CHÍ: 3.61

(Tiêu chí C3 và C5 có hệ số 2)

KẾT QUẢ CHUNG CHIA THEO MỨC	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5	Tổng số tiêu chí
5. SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ ĐẠT:	1	2	26	52	2	83
6. % TIÊU CHÍ ĐẠT:	1.20	2.41	31.33	62.65	2.41	83

Ngày...18...tháng...10...năm...2024

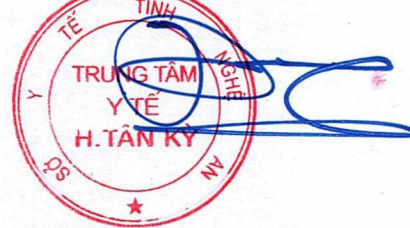
NGƯỜI ĐIỀN THÔNG TIN

(ký tên)

*Phan Hải Hương*  
Phan Hải Hương

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN

(ký tên và đóng dấu)

BSCKII. *Phan Hải Đăng*



# BÁO CÁO TỰ KIỂM TRA, ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NĂM 2024

## I. KẾT QUẢ TỰ KIỂM TRA, ĐÁNH GIÁ CÁC TIÊU CHÍ CHẤT LƯỢNG

Mã số	Chỉ tiêu	Bệnh viện tự đánh giá NĂM 2024	Đoàn KT đánh giá NĂM 2024	Chi tiết
A	PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19)			
A1	A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6)			
A1.1	Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể	4	0	
A1.2	Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật	4	0	
A1.3	Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh	4	0	
A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	3	0	
A1.5	Người bệnh được làm các thủ tục, khám bệnh, thanh toán... theo đúng thứ tự bảo đảm tính công bằng và mức ưu tiên	4	0	
A1.6	Người bệnh được hướng dẫn và bố trí làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo trình tự thuận tiện	3	0	
A2	A2. Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5)			
A2.1	Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường	4	0	
A2.2	Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện	4	0	
A2.3	Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt	5	0	
A2.4	Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý	4	0	
A2.5	Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện	4	0	
A3	A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2)			
A3.1	Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp	4	0	
A3.2	Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp	4	0	
A4	A4. Quyền và lợi ích của người bệnh (6)			
A4.1	Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị	4	0	
A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân	4	0	
A4.3	Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác	4	0	
A4.4	Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế	3	0	
A4.5	Người bệnh có ý kiến phản nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời	4	0	
A4.6	Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp	4	0	
B	PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN (14)			
B1	B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3)			
B1.1	Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện	4	0	
B1.2	Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện	3	0	
B1.3	Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện	3	0	
B2	B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3)			
B2.1	Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp	4	0	
B2.2	Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức	4	0	
B2.3	Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực	4	0	
B3	B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4)			
B3.1	Bảo đảm chính sách, tiện lợi, chế độ đãi ngộ của nhân viên y tế	4	0	
B3.2	Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế	4	0	



Mã số	Chỉ tiêu	Bệnh viện tự đánh giá NĂM 2024	Đoàn KT đánh giá NĂM 2024	Chi tiết
B3.3	Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện	4	0	
B3.4	Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế	4	0	
B4	B4. Lãnh đạo bệnh viện (4)			
B4.1	Xây dựng kế hoạch, quy hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai	4	0	
B4.2	Triển khai văn bản của các cấp quản lý	4	0	
B4.3	Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện	3	0	
B4.4	Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận	4	0	
C	PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (35)			
C1	C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2)			
C1.1	Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện	4	0	
C1.2	Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ	4	0	
C2	C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2)			
C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	4	0	
C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học	4	0	
C3	C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2) (điểm x2)			
C3.1	Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế	4	0	
C3.2	Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn	4	0	
C4	C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6)			
C4.1	Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn	4	0	
C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	3	0	
C4.3	Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay	3	0	
C4.4	Đánh giá, giám sát và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	3	0	
C4.5	Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	4	0	
C4.6	Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	1	0	
C5	C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (5) (điểm x2)			
C5.1	Thực hiện danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật	4	0	
C5.2	Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới	3	0	
C5.3	Áp dụng các hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng	3	0	
C5.4	Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	3	0	
C5.5	Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện	3	0	
C6	C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3)			
C6.1	Hệ thống điều dưỡng trưởng được thiết lập và hoạt động hiệu quả	4	0	
C6.2	Người bệnh được điều dưỡng hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe phù hợp với bệnh đang được điều trị	4	0	
C6.3	Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện	3	0	
C7	C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5)			
C7.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	3	0	
C7.2	Bệnh viện bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	4	0	
C7.3	Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện	3	0	
C7.4	Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý	4	0	
C7.5	Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện	2	0	
C8	C8. Chất lượng xét nghiệm (2)			



Mã số	Chỉ tiêu	Bệnh viện tự đánh giá NĂM 2024	Đoàn KT đánh giá NĂM 2024	Chi tiết
C8.1	Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm huyết học, hóa sinh, vi sinh và giải phẫu bệnh	3	0	
C8.2	Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm	3	0	
C9	C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6)			
C9.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược	4	0	
C9.2	Bảo đảm cơ sở vật chất khoa Dược	4	0	
C9.3	Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng	4	0	
C9.4	Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý	4	0	
C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) kịp thời, đầy đủ và có chất lượng	4	0	
C9.6	Hội đồng thuốc và điều trị dược thiết lập và hoạt động hiệu quả	3	0	
C10	C10. Nghiên cứu khoa học (2)			
C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học	3	0	
C10.2	Áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học trong hoạt động bệnh viện và các giải pháp nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh	3	0	
D	PHẦN D. HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (11)			
D1	D1. Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3)			
D1.1	Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện	4	0	
D1.2	Xây dựng và triển khai kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện	2	0	
D1.3	Xây dựng văn hóa chất lượng	4	0	
D2	D2. Phòng ngừa các sự cố khắc phục (5)			
D2.1	Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh	3	0	
D2.2	Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục	4	0	
D2.3	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa	3	0	
D2.4	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	3	0	
D2.5	Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã	4	0	
D3	D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3)			
D3.1	Đánh giá chính xác thực trạng và công bố công khai chất lượng bệnh viện	4	0	
D3.2	Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện	4	0	
D3.3	Hợp tác với cơ quan quản lý trong việc xây dựng công cụ, triển khai, báo cáo hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện	5	0	
E	PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA			
E1	E1. Tiêu chí sản khoa, nhi khoa (áp dụng cho bệnh viện đa khoa có khoa Sản, Nhi và bệnh viện chuyên khoa Sản, Nhi) (4)			
E1.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh	3	0	
E1.2	Bệnh viện thực hiện tốt hoạt động truyền thông sức khỏe sinh sản trước sinh, trong khi sinh và sau sinh	4	0	
E1.3	Bệnh viện tuyên truyền, tập huấn và thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và UNICEF	4	0	
E2.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa	3	0	



## II. BẢNG TỔNG HỢP KẾT QUẢ CHUNG

KẾT QUẢ CHUNG CHIA THEO MỨC	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5	Điểm TB	Số TC áp dụng
<b>PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19)</b>	0	0	3	15	1	3.89	19
A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6)	0	0	2	4	0	3.67	6
A2. Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5)	0	0	0	4	1	4.20	5
A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2)	0	0	0	2	0	4.00	2
A4. Quyền và lợi ích của người bệnh (6)	0	0	1	5	0	3.83	6
<b>PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN (14)</b>	0	0	3	11	0	3.79	14
B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3)	0	0	2	1	0	3.33	3
B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3)	0	0	0	3	0	4.00	3
B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4)	0	0	0	4	0	4.00	4
B4. Lãnh đạo bệnh viện (4)	0	0	1	3	0	3.75	4
<b>PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (35)</b>	1	1	15	18	0	3.43	35
C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2)	0	0	0	2	0	4.00	2
C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2)	0	0	0	2	0	4.00	2
C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2) (điểm x2)	0	0	0	2	0	4.00	2
C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6)	1	0	3	2	0	3.00	6
C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (5) (điểm x2)	0	0	4	1	0	3.20	5
C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3)	0	0	1	2	0	3.67	3
C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5)	0	1	2	2	0	3.20	5
C8. Chất lượng xét nghiệm (2)	0	0	2	0	0	3.00	2
C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6)	0	0	1	5	0	3.83	6
C10. Nghiên cứu khoa học (2)	0	0	2	0	0	3.00	2
<b>PHẦN D. HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (11)</b>	0	1	3	6	1	3.64	11
D1. Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3)	0	1	0	2	0	3.33	3
D2. Phòng ngừa các sự cố khắc phục (5)	0	0	3	2	0	3.40	5
D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3)	0	0	0	2	1	4.33	3
<b>PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA</b>	0	0	2	2	0	3.50	4
E1. Tiêu chí sản khoa, nhi khoa (áp dụng cho bệnh viện đa khoa có khoa Sản, Nhi và bệnh viện chuyên khoa Sản, Nhi) (4)	0	0	1	2	0	3.67	3

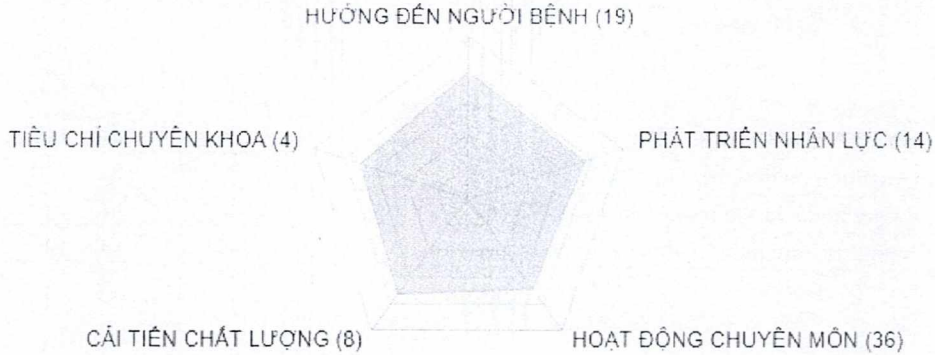


### III. TÓM TẮT CÔNG VIỆC TỰ KIỂM TRA BỆNH VIỆN

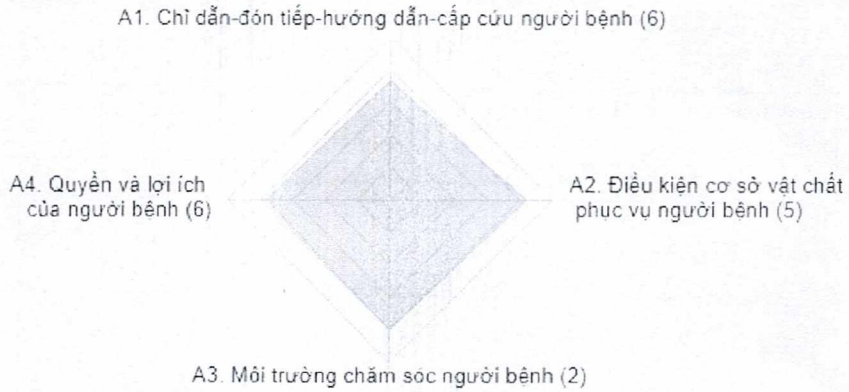
1. Công tác tự kiểm tra đánh giá chất lượng năm 2024 - Ban hành Kế hoạch kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2024. - Hợp đoàn đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2024. Phân chia đoàn thành 02 đoàn - Các nhóm tiên hành tự đánh giá cho điểm nhận mức 83 tiêu chí theo phân công. - Hợp đoàn đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2024 rà soát lại từng tiêu chí do các nhóm chấm điểm nhận mức, thống nhất mức từng tiêu chí. - Tổng hợp, nhập liệu báo cáo kết quả. - HDQLCL kiểm tra và báo cáo kết quả tự đánh giá - Nhập Báo cáo trực tuyến, in ấn đóng quyển và báo cáo về Sở Y tế theo quy định. 2. Thông báo công khai cho CBCNV trong đơn vị và bệnh nhân: Số lượng tiêu chí áp dụng, kết quả đánh giá chung, điểm, số lượng tiêu chí theo các mức, tỷ lệ các mức: - Số lượng tiêu chí áp dụng: 83/83 - Số lượng tiêu chí theo các mức, tỷ lệ các mức: Mức 1: 1 tiêu chí, chiếm 1,2 phần trăm Mức 2: 2 tiêu chí, chiếm 2,41 phần trăm Mức 3: 26 tiêu chí, chiếm 31,33 phần trăm Mức 4: 52 tiêu chí, chiếm 62,65 phần trăm Mức 5: 2 tiêu chí, chiếm 2,41 phần trăm - Điểm đạt được: 301 điểm. Điểm trung bình: 3,61 điểm

### IV. BIỂU ĐỒ CÁC KHÍA CẠNH CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

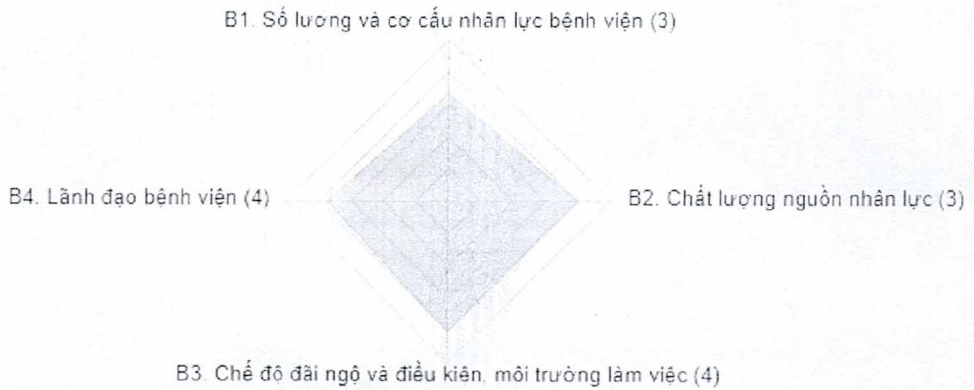
- a. Biểu đồ chung cho 5 phần (từ phần A đến phần E)



- b. Biểu đồ riêng cho phần A (từ A1 đến A4)

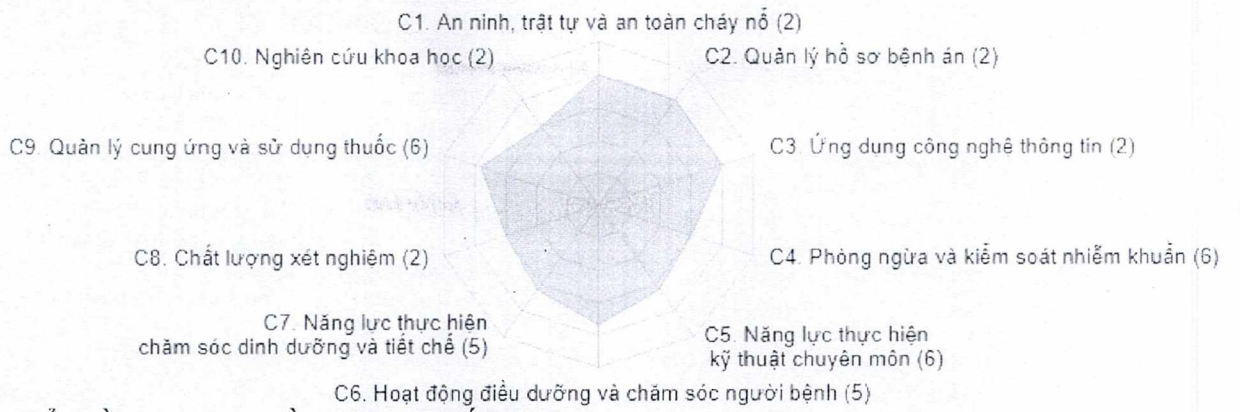


- c. Biểu đồ riêng cho phần B (từ B1 đến B4)

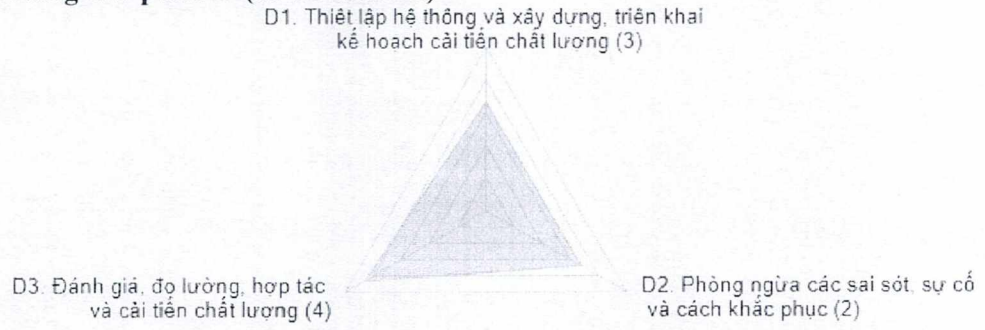


- d. Biểu đồ riêng cho phần C (từ C1 đến C10)





- e. Biểu đồ riêng cho phần D (từ D1 đến D3)**





## V. TỰ ĐÁNH GIÁ VỀ CÁC ƯU ĐIỂM CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

- Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện: tổ Quản lý chất lượng đã có đầy đủ vị trí việc làm, xây dựng quy chế làm việc, quy trình hoạt động và tổ chức sắp xếp công việc hợp lý. Nhân viên được đào tạo cấp chứng chỉ về quản lý chất lượng. Xây dựng, triển khai kế hoạch và đề án cải tiến chất lượng đầy đủ. Xây dựng văn hóa chất lượng bệnh viện, khuyến khích nhân viên tham gia vào cải tiến chất lượng bệnh viện. Trung tâm đã triển khai nhiều giải pháp phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh.
- Trung tâm đã xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục.
- Trung tâm đã thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa.
- Trung tâm áp dụng giải pháp công nghệ thông tin nhằm bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ.
- Trung tâm đã khảo sát và có biện pháp phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã.
- Trung tâm đã đánh giá chính xác thực trạng và công bố công khai chất lượng bệnh viện.
- Trung tâm đã tiến hành đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện.
- Trung tâm đã hợp tác với cơ quan quản lý trong việc xây dựng công cụ, triển khai, báo cáo hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện.
- Thực hiện tốt 5S, xây dựng khoa phòng xanh sạch đẹp.
- Có phân công trách nhiệm thực hiện các tiêu chí chất lượng cho từng khoa, phòng, bộ phận cá nhân và thời gian hoàn thành
- Duy trì thực hiện song song các bộ tiêu chí AN toàn xét nghiệm, an toàn chất lượng sinh học cấp 1 và an toàn phẫu thuật.

## VI. TỰ ĐÁNH GIÁ VỀ CÁC NHƯỢC ĐIỂM, VẤN ĐỀ TỒN TẠI

- Hoạt động về công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện còn có nhiều hạn chế do thiếu nhân lực.
- Còn 1 tiêu chí ở mức 1 do Chưa có hệ thống xử lý chất thải lỏng bệnh viện.
- Công tác cải tạo cơ sở vật chất còn gặp khó khăn do hệ thống nhà cửa lạc hậu khó sửa chữa.

## VII. XÁC ĐỊNH CÁC VẤN ĐỀ ƯU TIÊN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

1. Tiếp tục xây dựng kế hoạch và triển khai cải tạo điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh.
2. Tập trung vào công tác đào tạo để nâng cao chất lượng nguồn nhân lực chất lượng cao.
3. Tăng cường phát triển thực hiện kỹ thuật mới.
4. Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm, thực hiện ngoại kiểm, nâng cao chất lượng chẩn đoán hình ảnh.
5. Nâng hạng đơn vị từ hạng III lên hạng II.
6. Thực hiện bệnh án điện tử
7. Thúc đẩy tiến độ thi công hệ thống xử lý chất thải lỏng Y tế.
8. Đẩy mạnh thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện.
9. Tiếp tục thực hiện tốt kế hoạch " Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng người bệnh", kế hoạch xây dựng cơ sở KCB "Xanh-Sạch-Đẹp", Đẩy mạnh phong trào thi đua 5S.

## VIII. GIẢI PHÁP, LỘ TRÌNH, THỜI GIAN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

Giải pháp và lộ trình thực hiện:

### 1. Giải pháp

- Tổ chức tốt hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện: Bổ sung và Kiện toàn Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện năm 2024, mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện năm 2024.
- Tổ chức họp HĐ QLCL, tổ QLCL và Mạng lưới QLCL đánh giá lại kết quả đánh giá năm 2024 đã đạt được để đưa ra những giải pháp thực hiện trong những năm tiếp theo.
- Xây dựng Kế hoạch cải tiến chất lượng năm 2024: Trập tục triển khai các nội dung quản lý chất lượng bệnh viện, duy trì quy trình kỹ thuật, xây dựng chỉ số chất lượng, cơ sở dữ liệu và đo lường chất lượng bệnh viện, tổ chức triển khai các quy định, hướng dẫn chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh.
- Tiếp tục tăng cường công tác đào tạo, đào tạo lại để cập nhật và nâng cao kiến thức và kỹ năng cho đội ngũ Y, Bác Sĩ, Dược Sĩ, kỹ thuật viên chuyên môn.
- Nâng cao chất lượng chuyên môn: Mở rộng phạm vi chuyên môn, trong giai đoạn 2024 – 2025 sẽ triển khai phát triển một số mảng hoạt động. Cụ thể: Triển khai các danh mục kỹ thuật tuyến II đã được phê duyệt, Triển khai các kỹ thuật về chẩn đoán hình ảnh như chụp Cắt lớp Vi tính, triển khai về các kỹ thuật Xét nghiệm giải phẫu bệnh.
- Tích cực triển khai Quyết định về đổi mới phong cách, thông tư 07 về quy tắc ứng xử trong các cơ sở y tế của Bộ Y tế. Đồng thời đẩy mạnh việc học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh, hướng tới sự hài lòng của người bệnh

### 2. Lộ trình, thời gian cải tiến chất lượng bệnh viện:

Giai đoạn I: Từ tháng 1/2023 đến hết năm 2024

- Củng cố Tổ quản lý chất lượng bệnh viện và mạng lưới QLCLBV.
- Tiếp tục Cử nhân viên tham dự các khóa đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng.
- Hoàn thành hồ sơ nâng hạng đơn vị từ hạng III lên hạng II.
- Hoàn thành thực hiện Bệnh án điện tử

Giai đoạn II: năm 2025-2026

- Đánh giá hiệu quả việc áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn, chỉ số, mô hình, phương pháp chất lượng;
- Tiếp tục áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn, chỉ số, mô hình, phương pháp chất lượng và đăng ký chứng nhận chất lượng theo hướng dẫn của Bộ Y tế.



- Không có tiêu chí mức 1.
- Giai đoạn III: năm 2027
- Thành lập Phòng QLCLBV.
- Không có tiêu chí mức 2.

**IX. KẾT LUẬN, CAM KẾT CỦA BỆNH VIỆN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG**

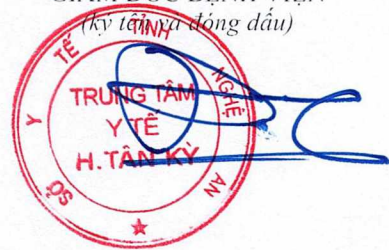
Qua kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2024 theo Bộ tiêu chí Chất lượng bệnh viện của Bộ Y tế, Trung tâm Y tế Tân Kỳ Nghệ An đã thành lập đoàn kiểm tra tổ chức đánh giá có 83 tiêu chí 83/83 tiêu chí được áp dụng. Kết quả điểm đạt trung bình: 3.61 điểm.  
 Tuy nhiên, còn có nhiều tiêu chí còn đạt mức II, có 1 tiêu chí đang còn ở mức I và nhiều tiêu mục cần phải củng cố và triển khai thực hiện để hoàn chỉnh theo quy định Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện của Bộ Y tế. Hội đồng QLCLBV, Tổ QLCLBV, mạng lưới QLCL Trung tâm Y tế Tân Kỳ cam kết sẽ quyết tâm thực hiện tốt các giải pháp, lộ trình và nội dung cải tiến chất lượng bệnh viện trong những năm tiếp theo nhằm cung ứng dịch vụ y tế chất lượng, an toàn, hiệu quả và mang lại sự hài lòng cao nhất cho người bệnh, người dân và nhân viên y tế, phù hợp với điều kiện tại địa phương và đơn vị.

Ngày...12...tháng...12...năm...2024

NGƯỜI ĐIỀN THÔNG TIN  
(kỳ tên)

*Phan Thị Hương*  
Phan Thị Hương

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN  
(kỳ tên và đóng dấu)



BSCCKI. *Chái Hải Đăng*







Số: 1120/KH-TTYTTK

Tân Kỳ, ngày 31 tháng 12 năm 2024

## **KẾ HOẠCH**

### **Cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2024**

#### **I. CĂN CỨ THỰC HIỆN**

- Thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12 tháng 7 năm 2013 của Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện Quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện;
- Quyết định 7051/QĐ-BYT ngày 29 tháng 11 năm 2016 của Bộ Y tế ban hành hướng dẫn thí điểm một số chỉ số cơ bản đo lường chất lượng bệnh viện;
- Quyết định số 2429/QĐ-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Ban hành tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học;
- Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2018 của Bộ Trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện Việt Nam phiên bản 2.0;
- Quyết định số 7482/QĐ-BYT ngày 18 tháng 12 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Ban hành Bộ tiêu chí đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật;
- Thông tư 43/2018/TT-BYT ngày 26 tháng 12 năm 2018 của Bộ Y tế về Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
- Căn cứ kết quả kiểm tra cuối năm 2023 của Sở Y tế Nghệ An đối với Trung tâm Y tế Tân Kỳ;

Căn cứ tình hình hoạt động thực tế của đơn vị. Trung tâm Y tế Tân Kỳ xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2024 như sau:

#### **II. THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG NĂM 2023**

##### **1. Kết quả thực hiện cải tiến chất lượng năm 2023**

- Số lượng tiêu chí được áp dụng đánh giá: 82/83, chiếm 99%
- Tổng số điểm của các tiêu chí áp dụng: 289
- Điểm trung bình chung của các tiêu chí: 3.49 (Năm 2022 đạt: 3.37)
- Cụ thể số mức đạt của các tiêu chí:
  - + Mức 1: 1 tiêu chí
  - + Mức 2: 3 tiêu chí, tỷ lệ 3.66%
  - + Mức 3: 33 tiêu chí, tỷ lệ 40.24%
  - + Mức 4: 42 tiêu chí, tỷ lệ 51.22%
  - + Mức 5: 3 tiêu chí, tỉ lệ 3.66%

##### **2. Ưu điểm, nhược điểm và các vấn đề tồn tại**

*a, Ưu điểm:*



- Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị.
- Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư trong quá trình cung cấp dịch vụ.
- Người bệnh được điều trị trong môi trường xanh sạch đẹp; được đón tiếp, hướng dẫn chu đáo; được đảm bảo quyền lợi của người bệnh.
- Có hệ thống chuông bấm gọi nhân viên Y tế ở tất cả các phòng bệnh.
- Công tác an ninh, trật tự và an toàn cháy nổ được đảm bảo.
- Có phân công trách nhiệm thực hiện các tiêu chí chất lượng cho từng khoa, phòng.
- Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác.
- Người bệnh có ý kiến phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được đơn vị tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời, có báo cáo, phân tích nguyên nhân gốc rễ.
- Thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp.
- Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện: tổ Quản lý chất lượng đã có đầy đủ vị trí việc làm, xây dựng quy chế làm việc, quy trình hoạt động và tổ chức sắp xếp công việc hợp lý. Nhân viên được đào tạo cấp chứng chỉ về quản lý chất lượng. Xây dựng, triển khai kế hoạch và đề án cải tiến chất lượng đầy đủ. Xây dựng văn hóa chất lượng bệnh viện, khuyến khích nhân viên tham gia vào cải tiến chất lượng bệnh viện. Đơn vị đã triển khai nhiều giải pháp phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh.
- Đơn vị đã xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục.
- Đơn vị đã tiến hành đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện.
- Triển khai được 3 đề án cải tiến chất lượng bệnh viện tại khoa Hồi sức cấp cứu, Xét nghiệm – Chẩn đoán hình ảnh, Liên chuyên khoa.

***b, Các Vấn đề tồn tại:***

- *Về chuyên môn:*
- + Trong năm đề tài nghiên cứu khoa học chưa áp dụng thực tiễn nghiên cứu khoa học để cải tiến chất lượng.
- + Tổ chức sinh hoạt chuyên môn, tập huấn, đào tạo tại chỗ chưa được thường xuyên.
- + Các phác đồ, quy trình chưa có bảng kiểm kèm theo.
- + Chưa triển khai hệ thống báo động đỏ nội viện.
- + Chất lượng hoạt động của một số hội đồng chuyên môn chưa cao.
- *Công tác dinh dưỡng*
- + Công tác dinh dưỡng tiết chế chỉ đạt ở mức tư vấn, theo dõi
- + Phiếu đánh giá dinh dưỡng chưa thực hiện đồng bộ
- *Công tác Kiểm soát nhiễm khuẩn*
- + Hệ thống xử lý chất lỏng còn ở mức 1



+ Thiếu nhân lực.

- *Cơ sở vật chất*

Mặc dù cơ sở hạ tầng đã được đầu tư sửa chữa nâng cấp, tuy nhiên do đã xây dựng từ lâu nên có nhiều hạng mục xuống cấp, chưa đáp ứng đúng mức với nhu cầu phục vụ hiện tại cho người bệnh.

- *Quản lý chất lượng xét nghiệm:*

+ Xét nghiệm miễn dịch chưa thực hiện ngoại kiểm

+ Hành động khắc phục, phòng ngừa sự không phù hợp còn hạn chế.

+ Hóa chất bỏ dưới đất, chưa có túi rác thải màu đen, lấy máu không đổi chiếu thông tin người bệnh.

- *Các vấn đề khác:*

+ Với tình hình nhân lực khó khăn thiếu thốn, do đó các cán bộ còn phải kiêm nhiệm nhiều việc. Hiện trung tâm chưa có cán bộ chuyên trách về quản lý chất lượng bệnh viện.

+ Thiếu nhân lực (Chưa tuyển đủ số lượng và vị trí việc làm theo như kế hoạch).

+ Hệ thống quy trình, quy định về quản lý chưa đầy đủ, chưa đồng bộ.

+ Chưa có bảng kiểm và chỉ số chất lượng riêng cho từng khoa phòng.

+ Nhiều tiêu chí còn triển khai ở mức cầm chừng, khó nâng điểm.

+ Báo cáo sự cố y khoa: Một số khoa phòng chưa thực hiện báo cáo sự cố y khoa, còn ngại báo cáo, số lượng sự cố được báo cáo lên hệ thống còn ít, tập trung vào sự cố liên quan đến lĩnh vực hành chính, cơ sở hạ tầng. Phân tích SCYK chưa thực hiện thường xuyên.

- Hoạt động 5S, xanh - sạch - đẹp chưa thật sự duy trì trong từng khoa phòng.

- Nhân lực Dược thiếu, chưa có cán bộ chuyên trách dược lâm sàng, hoạt động Dược lâm sàng còn hạn chế.

### **III. MỤC TIÊU**

#### **1. Mục tiêu chung**

Tiếp tục thực hiện thường xuyên và liên tục về cải tiến, nâng cao chất lượng bệnh viện bao gồm chất lượng chuyên môn kỹ thuật, chất lượng chăm sóc người bệnh và chất lượng phục vụ người bệnh.

#### **2. Mục tiêu cụ thể**

- Đưa điểm trung bình theo bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện lên 3.76

- Tiếp tục duy trì các tiêu chí mức 4 và mức 5 trên 50%.

- Xây dựng và thực hiện ít nhất 3 đề án cải tiến chất lượng cấp khoa, phòng.

- Thực hiện đạt được ít nhất 90% các chỉ số chất lượng đã xây dựng.

- Trên 95% nhân viên y tế được tập huấn về kỹ năng giao tiếp, ứng xử.

- Tăng cường tập huấn và thực hiện 5S trên phạm vi toàn đơn vị.

- Củng cố và nâng cao chất lượng công tác chuyên môn như

+ Tổ chức hội thi tay nghề cho ít nhất 2 chức danh.



- + Thực hiện được ít nhất 05 kỹ thuật lâm sàng và cận lâm sàng mới
- + Dinh dưỡng - tiết chế: Người bệnh được đánh giá tình trạng dinh dưỡng tại 100% khoa lâm sàng và được can thiệp dinh dưỡng dựa trên kết quả đánh giá.
- + Nghiên cứu khoa học: có ít nhất 01 đề tài nghiên cứu khoa học cấp Tỉnh
- + Phân đấu mức độ an toàn phẫu thuật: mức 5 (đảm bảo an toàn cao).
- + Các khoa lâm sàng tiếp tục xây dựng và cập nhật Quy trình kỹ thuật chuyên môn và Phác đồ điều trị cho các bệnh thường gặp tại khoa, xây dựng bảng kiểm kèm theo.

+ Tất cả cán bộ, công chức, viên chức trong bệnh viện đều có trách nhiệm tham gia vào hoạt động quản lý chất lượng.

#### **IV. CÁC VẤN ĐỀ ƯU TIÊN**

1. Có cơ chế khuyến khích và đưa các hoạt động cải tiến chất lượng trở thành hoạt động thường xuyên và sử dụng kết quả đánh giá chất lượng khoa, phòng để khen thưởng hằng năm. Phân đấu năm 2024 có 70% khoa phòng xây dựng và triển khai đề án cải tiến chất lượng.

2. Nâng cao vai trò lãnh đạo của trưởng các khoa, phòng trong các hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện, cũng như tăng cường các hoạt động nghiên cứu khoa học và nâng cao chất lượng hoạt động chuyên môn.

3. Chú trọng công tác đào tạo, đặc biệt đào tạo nâng cao tay nghề cho nhân viên y tế; bên cạnh đó là tăng cường sinh hoạt chuyên môn, bình bệnh án, tập huấn về giao tiếp, ứng xử, y đức nhằm đáp ứng sự hài lòng người bệnh.

4. Nâng cao chất lượng chăm sóc của điều dưỡng, hộ sinh thông qua xây dựng và cập nhật các quy trình chăm sóc người bệnh, xây dựng các chỉ số đánh giá chất lượng chăm sóc, cập nhật tài liệu Tư vấn giáo dục sức khỏe.

5. Kiểm soát nhiễm khuẩn: tăng cường công tác quản lý chất thải Lỏng, rắn tập huấn, kiểm tra, giám sát công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng.

6. Công tác dinh dưỡng tiết chế: củng cố hoạt động đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho toàn bộ người bệnh nội trú, đồng thời, lập kế hoạch và can thiệp dinh dưỡng đối với người bệnh bị suy dinh dưỡng.

7. Tăng cường tập huấn và thực hành 5S, xây dựng bệnh viện Xanh- sạch- Đẹp. Tiếp tục cải thiện điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh.

8. Tiếp tục đẩy mạnh các hoạt động hướng đến người bệnh, đảm bảo quyền lợi của người bệnh (đón tiếp, hướng dẫn, công khai thuốc và dịch vụ kỹ thuật...).

9. Công tác an toàn người bệnh.

+ Xây dựng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, giám sát thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật. Bảo đảm phẫu thuật an toàn, tránh nhầm lẫn người bệnh, vị trí phẫu thuật.

+ Xây dựng bảng kiểm đánh giá tuân thủ quy trình kỹ thuật chuyên môn.



10. Công tác công nghệ thông tin: Ứng dụng CNTT vào quản lý toàn diện. Triển khai bệnh án điện tử trong năm 2024.

11. Công tác cải tạo, nâng cấp và mua sắm.

+ Đầu tư mua sắm, bổ sung trang thiết bị y tế có chất lượng, hiện đại để phục vụ công tác chuyên môn; Tranh thủ sự hỗ trợ từ các dự án tài trợ;

+ Triển khai các dự án: Hệ thống xử lý nước thải; Dự án ODA mua thiết bị: máy chụp cắt lớp, máy Phaco và hệ thống phẫu thuật nội soi; Dự án phục hồi PTKT-XH: nhà điều trị, thiết bị y tế.

+ Dự án xây nhà chụp cắt lớp vi tính, cải tạo nhà X quang. Cải tạo nhà HSCC-Nhi, nhà vệ sinh khoa sản, cải tạo, mở rộng hội trường lớn, nhà Cận lâm sàng, nhà xe nhân viên. Mua máy: kéo giãn cột sống, siêu âm điều trị, máy sinh hiển vi phẫu thuật.

12. Công tác Dược: Tổ chức tốt hoạt động dược theo quy chế, cung ứng đầy đủ thuốc, vật tư y tế cho hoạt động chuyên môn thông qua việc đấu thầu mua sắm theo quy định, tích cực thực hiện công tác theo dõi, báo cáo tác dụng có hại của thuốc, công tác dược lâm sàng, có cán bộ chuyên trách dược lâm sàng và tăng cường hoạt động Dược lâm sàng.

13. Công tác xét nghiệm: Nâng cao chất lượng nội kiểm, ngoại kiểm xét nghiệm, thực hiện theo quyết định 2429/QĐ-BYT/2017 về bộ tiêu chí chất lượng phòng xét nghiệm.

## **V. NỘI DUNG THỰC HIỆN.**

### **1. Duy trì và nâng cao hiệu quả hoạt động cải tiến chất lượng**

- Tổ chức đánh giá chất lượng hàng quý. Phân tích các vấn đề chất lượng và triển khai các hoạt động cải tiến để đảm bảo chất lượng, hướng tới an toàn, hiệu quả và sự hài lòng người bệnh và nhân viên y tế.

- Các khoa, phòng rà soát các vấn đề ưu tiên cải tiến tại khoa phòng mình để xây dựng các đề án cải tiến chất lượng. Trong đó, mỗi đề án cải tiến chất lượng đưa ra ít nhất 01 mục tiêu và 01 kết quả đầu ra cụ thể, phù hợp với kế hoạch cải tiến chung của đơn vị.

- Xây dựng bộ chỉ số chất lượng bệnh viện sát với thực tế. Đồng thời, chỉ đạo, hỗ trợ, kiểm tra giám sát việc thực hiện các chỉ số chất lượng nhằm đánh giá, theo dõi chất lượng hoạt động của từng khoa, phòng và toàn đơn vị.

### **2. Nâng cao chất lượng hiệu quả công tác khám chữa bệnh**

*a. Phát triển các kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật; nghiên cứu, ứng dụng các kỹ thuật tuyến trên và kỹ thuật mới, hiện đại để giảm tỷ lệ chuyển tuyến.*

- Đào tạo chuyển giao kỹ thuật cho nhân viên y tế tại bệnh viện nhằm thực hiện được các kỹ thuật đã được Bộ Y tế phê duyệt.

- Triển khai thực hiện được ít nhất 05 kỹ thuật lâm sàng và cận lâm sàng mới.



- Các khoa lâm sàng tiếp tục xây dựng và cập nhật Quy trình kỹ thuật chuyên môn và Phác đồ điều trị cho các bệnh thường gặp tại khoa và có bảng kiểm kèm theo.

- Tổ chức sinh hoạt khoa học định kỳ và bình bệnh án do hội đồng khoa học kỹ thuật và Hội đồng thuốc và điều trị chủ trì. Khuyến khích nhân viên y tế nghiên cứu khoa học.

*b. Nâng cao tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh và nhân viên y tế*

- Tăng cường tập huấn và thực hành 5S, xây dựng bệnh viện Xanh- sạch- Đẹp. Tiếp tục cải thiện điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh.

- Tiếp tục đẩy mạnh các hoạt động hướng đến người bệnh, đảm bảo quyền lợi của người bệnh (đón tiếp, hướng dẫn, công khai thuốc và dịch vụ kỹ thuật...)

- Thường xuyên tập huấn về kỹ năng giao tiếp, ứng xử và y đức cho nhân viên y tế, đặc biệt là nhân viên mới.

- Các phòng chức năng xác định các vấn đề nhân viên y tế chưa hài lòng để tiến hành cải tiến. Tạo điều kiện cho nhân viên y tế được học tập nâng cao trình độ chuyên môn, tạo cơ hội thăng tiến. Tạo dựng sân chơi lành mạnh bổ ích ngoài giờ làm, từng bước nâng cao đời sống cho nhân viên y tế như tổ chức tham quan, du lịch, khám sức khỏe định kỳ...

*c. Đảm bảo an toàn người bệnh trong khám bệnh, chữa bệnh*

- Tăng cường tập huấn để nhân viên y tế nhận diện sự cố y khoa và kiểm tra giám sát các hoạt động phòng ngừa sự cố y khoa.

- Duy trì mức độ an toàn phẫu thuật cao

- Đảm bảo chính xác trao đổi thông tin của nhân viên y tế trong khám chữa bệnh.

- Đảm bảo an toàn trong sử dụng thuốc: tổ chức tập huấn an toàn trong sử dụng thuốc, kiểm tra giám sát việc sử dụng thuốc; thực hiện tốt việc cảnh báo tác dụng, tác hại và tương tác thuốc trên phần mềm khám chữa bệnh.

- Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn liên quan tới nhân viên y tế: Giám sát tuân thủ vệ sinh tay, Giám sát tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ...

**3. Đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý, hoạt động chuyên môn tại đơn vị**

- Chỉ đạo, kiểm tra, giám sát việc tổ chức thực hiện kê đơn thuốc điện tử

- Nâng cấp phần mềm khám chữa bệnh, triển khai các hệ thống lưu trữ và truyền tải hình ảnh, hệ thống thông tin xét nghiệm...

- Đầu tư cơ sở hạ tầng và đào tạo cán bộ để triển khai hồ sơ bệnh án điện tử.

**4. Duy trì và nâng cao kết quả thực hiện bộ tiêu chí do Bộ y tế ban hành**

- Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện:

+ Xây dựng giải pháp triển khai phù hợp đối với từng bộ phận liên quan nhằm đáp ứng các tiêu chí chất lượng bệnh viện.



+ Triển khai kiểm tra, giám sát tiến độ thực hiện, nội dung công việc và chất lượng hoàn thành. Công bố kết quả hàng quý.

+ Phân đấu đưa điểm trung bình theo bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện đạt 3.67. Tiếp tục duy trì các tiêu chí mức 4 và mức 5 trên 60%.

- Bộ tiêu chí cơ sở y tế xanh - sạch - đẹp:

+ Tiếp tục triển khai các hoạt động đầu tư, nâng cấp, kiểm tra giám sát việc thực hiện để đảm bảo môi trường cơ sở y tế xanh - sạch - đẹp.

+ Tổ chức tập huấn và thực hiện tốt 5S trên phạm vi toàn đơn vị.

- Bộ tiêu chí chất lượng phòng xét nghiệm: tiếp tục rà soát và phân đấu thực hiện các tiêu mục có dấu sao để nâng mức chất lượng phòng xét nghiệm.

- Bộ tiêu chí an toàn phẫu thuật: Phân đấu mức độ an toàn phẫu thuật: mức 5 (đảm bảo an toàn cao).

## **VI. TỔ CHỨC THỰC HIỆN**

### **1. Hội đồng quản lý chất lượng**

- Tổ chức triển khai chính sách, mục tiêu chất lượng và các hoạt động liên quan đến quản lý chất lượng và cải tiến chất lượng bệnh viện tới các khoa, phòng.

- Chỉ đạo hoạt động quản lý và cải tiến chất lượng của bệnh viện. Kiểm tra, giám sát, đánh giá kết quả thực hiện các hoạt động cải tiến chất lượng, quản lý chất lượng của các đơn vị, cá nhân được phân công hàng quý hoặc đột xuất.

### **2. Tổ quản lý chất lượng**

- Tiếp tục tham mưu Ban giám đốc và Hội đồng các giải pháp duy trì và cải tiến chất lượng bệnh viện.

- Chịu trách nhiệm giám sát, đôn đốc, hỗ trợ các khoa, phòng triển khai các hoạt động cải tiến chất lượng. Bám sát tiến độ thực hiện, báo cáo Ban giám đốc kết quả theo định kỳ và đột xuất khi được yêu cầu.

- Làm đầu mối trong vấn đề kiểm tra đánh giá chất lượng của cơ quan quản lý nhằm duy trì và cải tiến chất lượng theo các tiêu chuẩn chất lượng đã đạt được.

### **3. Phòng kế hoạch nghiệp vụ**

- Chủ trì và phối hợp với các đơn vị có liên quan trong triển khai kiểm tra, giám sát các lĩnh vực chuyên môn, cải tiến chất lượng, các quy trình, các hoạt động có liên quan đến khám chữa bệnh.

- Là đầu mối thống nhất, xây dựng và ban hành những quy trình, quy định, hướng dẫn, bảng kiểm về chuyên môn.

### **4. Phòng điều dưỡng**

Chủ trì và phối hợp với các đơn vị có liên quan trong triển khai kiểm tra, giám sát các quy trình, các hoạt động cải tiến chất lượng có liên quan đến lĩnh vực điều dưỡng và chăm sóc người bệnh.

### **5. Khoa kiểm soát nhiễm khuẩn**

- Triển khai thực hiện các hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn theo quy định của Bộ Y tế theo sự chỉ đạo của Hội đồng Kiểm soát nhiễm khuẩn.



- Kiểm tra, giám sát, đánh giá kết quả thực hiện các hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn nói chung và nhiễm khuẩn bệnh viện, nhiễm khuẩn vết mổ nói riêng của các đơn vị, cá nhân được phân công hàng quý hoặc đột xuất.

- Phối hợp với các khoa, phòng có liên quan triển khai, giám sát các hoạt động giảm nguy cơ nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế.

#### **6. Khoa Ngoại – Sản- Liên chuyên khoa – Gây mê hồi sức**

- Phối hợp với các khoa, phòng triển khai các hoạt động nhằm phấn đấu Bộ tiêu chí an toàn phẫu thuật đạt mức 5 (đảm bảo an toàn cao).

- Phối hợp với các khoa, phòng có liên quan triển khai các hoạt động để giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ.

#### **7. Phòng hành chính - Công nghệ thông tin**

- Tổng hợp và tham mưu cho Ban giám đốc kịp thời tổ chức các hoạt động mua sắm các công cụ, dụng cụ phục vụ hoạt động cải tiến chất lượng.

- Là đầu mối tham mưu cho Ban giám đốc triển khai ứng dụng công nghệ thông tin và thực hiện Hồ sơ bệnh án điện tử ở mức cơ bản.

- Hỗ trợ các đơn vị, khoa, phòng trong việc sử dụng phần mềm quản lý bệnh viện và ứng dụng công nghệ thông tin trong khám chữa bệnh.

- Cùng với đơn vị chăm sóc khách hàng, quản lý tốt trang thông tin điện tử và các trang mạng xã hội của bệnh viện.

#### **8. Phòng Tài chính Kế toán**

- Thực hiện kiểm soát các hợp đồng, các nguồn chi cho hoạt động liên quan đến cải tiến chất lượng bệnh viện.

- Hướng dẫn thủ tục thanh quyết toán đảm bảo đúng nguyên tắc tài chính.

#### **9. Các khoa, phòng**

- Phát huy vai trò, trách nhiệm của các cấp lãnh đạo quản lý đi đầu trong công tác cải tiến chất lượng và khích lệ nhân viên thực hiện.

- Tập trung phát triển kỹ thuật theo phân tuyến và vượt tuyến đặc biệt tập trung ở những khoa, phòng đạt tỷ lệ thấp.

- Đào tạo đội ngũ nhân lực chuyên môn chất lượng cao, đáp ứng nhu cầu của người bệnh và yêu cầu các tiêu chí trong Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện.

- Tích cực, chủ động, nghiêm túc thực hiện kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện mà Ban giám đốc và Hội đồng đã đề ra.

- Đội ngũ nhân viên y tế không ngừng cải tiến đổi mới phong cách thái độ phục vụ, chuyên nghiệp trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

#### **VII. DỰ KIẾN KINH PHÍ:**

<b>Stt</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Kinh phí dự kiến (đồng)</b>	<b>Khoa/phòng thực hiện</b>
1	Phần mềm quản lý nhân sự điều dưỡng	10 000 000	Tổ chức HC – Phòng điều dưỡng



2	ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn	1 500 000 000	Công nghệ TT
3	Phương tiện phòng loét, chăm sóc người bệnh, đào tạo nhân viên mới về chăm sóc	15 000 000	Tổ chức HC – Điều dưỡng
4	Mời BV Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí chuyển giao quy trình đi buồng đội.	30 000 000	Tổ chức HC – Điều dưỡng
5	Bổ sung sổ ghi lại nhật ký nội kiểm (dạng biểu đồ levey jennings)	200 000	Tổ chức HC
6	Đông bộ lại bộ nhân diện thương hiệu	100 000 000	Tổ chức HC
7	Phần mềm báo cáo sự cố y khoa	10 000 000	Tổ chức HC
8	Bổ sung mã Code vào các khoa nội trú của ống XN	100 000 000	Tổ chức HC
9	Bổ sung các giường bệnh có thanh chắn	100 000 000	Tổ chức HC
10	Diễn tập phòng cháy chữa cháy	40 000 000	Tổ chức HC
11	Tổ chức lớp tiền sản, hậu sản 1 tháng lần (12 tháng)	4.000 000	Tổ chức HC
12	Đào tạo cấp chứng chỉ nuôi con bằng sữa mẹ 8 Đ/c (Khoa CSSKSS)	16 000 000	Tổ chức HC
<b>Tổng</b>		<b>1 925 200 000</b>	
<b><i>Tổng kinh phí: Một tỷ chín trăm hai mươi lăm nghìn hai trăm đồng</i></b>			

Trên đây là kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2024 của Trung tâm Y tế Tân Kỳ. Đề nghị các khoa, phòng căn cứ vào chức năng, nhiệm vụ được giao, tự xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng của tiêu chí mình và nghiêm túc triển khai thực hiện theo kế hoạch đã đề ra./.

**Nơi nhận:**

- Hội đồng QLCLBV;
- Các khoa, phòng;
- Lưu VT, KHTH.

**CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG QLCLBV**

**GIÁM ĐỐC**



**Thái Hải Đăng**







**KẾ HOẠCH QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG NĂM 2024**

MÃ SỐ	TIÊU CHÍ	KẾT QUẢ NĂM 2023	KẾ HOẠCH NĂM 2024	CÁC NỘI DUNG CẦN THỰC HIỆN	NGƯỜI THỰC HIỆN	NGƯỜI PHỐI HỢP	THỜI GIAN THỰC HIỆN	THỜI GIAN HOÀN THÀNH	KINH PHÍ	GHI CHÚ
A	<b>PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19)</b>									
A1	<b>A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6)</b>									
A1.1	Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể	4	5	Áp dụng thẻ điện tử và máy tính giá tiền trông giữ xe máy, ô tô hoặc bệnh viện trông xe miễn phí.	Đ.c Phương	Đ.c Trà	2/2024	3/2024		
A1.2	Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật	4	4	Tiến hành khảo sát theo định kỳ trên phạm vi toàn bệnh viện và lập danh sách các vị trí, tính toán nhu cầu (ước tính số lượt người bệnh chờ và số lượng cần đặt ghế chờ dự kiến) tại những nơi có người bệnh và người nhà người bệnh phải chờ đợi (nơi trả)	Đ.c Phương	Đ.c Trà	2/2024	3/2024		
A1.3	Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh	4	4	Có tiến hành đánh giá định kỳ (ít nhất 6 tháng 1 lần) thời gian chờ đợi của người bệnh và phát hiện được các vấn đề cần cải tiến.	Đ.c Trà	Khoa khám bệnh	3/2024	6/2024		
A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	3	4	-Tiến hành đánh giá hoạt động cấp cứu người bệnh theo định kỳ -Tiến hành đánh giá, phân loại kết quả cấp cứu theo định kỳ và có số liệu như số ca cấp cứu thành công, số ca chuyển tuyến, tử vong... -Xây dựng quy trình và triển khai “bảo động đỏ” nội viện, huy động ngay lập tức các nhân viên y tế cấp cứu xử trí các tình huống cấp cứu khẩn cấp	Khoa HSCC - Nhi	Đ.c Hương	3/2024	6/2024		
A1.5	Người bệnh được làm các thủ tục, khám bệnh, thanh toán... theo đúng thứ tự bảo đảm tính công bằng và mức ưu tiên	4	4	Hoàn thành phần mềm checkin theo thứ tự và đưa vào sử dụng tại khu vực siêu âm, chụp phim	Đ.c Lương	Đ.c Trà	1/2024	3/2024		







A4.1	Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị	4	4	Nhân viên y tế in, phát và tư vấn các “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị” cho người bệnh theo dõi và cùng tham gia vào quá trình điều trị.	Các khoa lâm sàng	Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn	3/2024	6/2024		
A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân	4	4	Duy trì và kiểm tra Có khu vực thay đồ được che chắn kín đáo khi thực hiện thủ thuật, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng có yêu cầu phải thay quần áo	Phòng hành chính	Các khoa lâm sàng	3/2024	6/2024		
A4.3	Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác	4	4							
A4.4		0	0	Không lấy điểm						
A4.5	Người bệnh có ý kiến phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời	4	4	Có báo cáo thống kê, phân tích các vấn đề người bệnh thường xuyên phàn nàn, thắc mắc; tần số các khoa, phòng và nhân viên y tế có nhiều người bệnh phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi để có giải pháp xử lý và xác định vấn đề ưu tiên cải tiến.	Đ.c Nhà, Đ.c Trà	Các khoa Lâm sàng	3/2024	6/2024		
A4.6	Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp	5	5	- Có bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện, trong đó Có xác định ưu tiên đầu tư, cải tiến chất lượng tại những khoa Có tỷ lệ hài lòng thấp. - tiến hành cải tiến chất lượng theo kế hoạch và Có bằng chứng cho sự thay đổi.	Tổ quản lý chất lượng	Các khoa Lâm sàng	3/2024	6/2024		
<b>B</b>	<b>PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN (14)</b>	0	0							
<b>B1</b>	<b>B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3)</b>	0	0							
B1.1	Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện	3	4	Có kế hoạch, chính sách khuyến khích hỗ trợ nhân viên y tế tham gia đào tạo ở các bậc học cao hơn						
B1.2	Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện	4	4	Chưa triển khai thực hiện trực theo ca tại Khoa HSCC						
B1.3	Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện	3	4	Chưa tuyển dụng đầy đủ số điều dưỡng theo đúng đề án vị trí việc làm đã xây dựng						
<b>B2</b>	<b>B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3)</b>									
B2.1	Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp	4	4							
B2.2	Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức	3	4							
B2.3	Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực	4	4							
<b>B3</b>	<b>B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4)</b>	0	0							
B3.1	Bảo đảm chính sách tiền lương, chế độ đãi ngộ của nhân viên y tế	3	3							
B3.2	Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế	4	4							



B3.3	Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện	4	4						
B3.4	Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế	4	4						
<b>B4</b>	<b>B4. Lãnh đạo bệnh viện (4)</b>	0	0						
B4.1	Xây dựng kế hoạch, quy hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai	4	4						
B4.2	Triển khai văn bản của các cấp quản lý	4	4						
B4.3	Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện	3	3						
B4.4	Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận	4	4						
<b>C</b>	<b>PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (35)</b>	0	0						
C1	C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2)								
C1.1	Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện	4	4	Lực lượng bảo vệ được tham gia đào tạo ngắn hạn/dài hạn.					
C1.2	Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ	4	4	Tổ chức tập huấn phòng cháy, chữa cháy					
<b>C2</b>	<b>C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2)</b>	0	0						
C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	4	4	- Tiến hành đánh giá chất lượng hồ sơ bệnh án và xác định tỷ lệ sai mã ICD. - Đánh giá chất lượng hồ sơ bệnh án trong đó chỉ ra các lỗi thường gặp của hồ sơ bệnh án, tỷ lệ nhập sai mã ICD 10.	Đ/c Hằng	Đ/c Hương			
C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học	4	5	- Tiến hành đánh giá thực trạng việc quản lý hồ sơ bệnh án của bệnh viện và chỉ ra được các khó khăn, nhược điểm cần giải quyết. - Áp dụng việc đánh giá vào việc cải tiến chất lượng quản lý hồ sơ bệnh án.	Đ/c Hằng	Đ/c Hương			
<b>C3</b>	<b>C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2) (điểm x2)</b>	0	0						
C3.1	Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế	3	3						
C3.2	Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn	4	4	Triển khai hệ thống Pacs; Thanh toán không dùng tiền mặt; triển khai chữ ký số một số bộ phận quan trọng như CDHA, Xét nghiệm	Nguyễn Văn Lương; Lê Quang Phúc	Đào Minh Phong; Phòng TC-KT; Phòng KTNV	Quý 1,2,3 năm 2024	01/11/2024	
<b>C4</b>	<b>C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6)</b>	0	0						
C4.1	Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn	3	3	Làm đề án vị trí việc làm khoa KSNK	Bs Anh	Phòng TC-HC			



C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	3	3	Chính sửa các quy trình, quy định	Bs Anh, Lương					
C4.3	Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay	3	3	Tăng cường giám sát	Bs Anh, Lương	Phòng ĐD, các điều dưỡng trưởng				
C4.4	Đánh giá, giám sát và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	2	3	Giám sát, làm báo cáo khoa trọng điểm	Bs Anh, Lương	Phòng ĐD, các điều dưỡng trưởng				
C4.5	Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	4	4	Làm danh mục, mã chất thải	Bs Anh, Lương	Phòng hành chính				
C4.6	Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	1	1			chờ dự án để xây dựng				
C5	<b>C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (5) (điểm x2)</b>	0	0							
C5.1	Thực hiện danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật	3	4	- Rà soát DMKT đã được phê duyệt. Lập Kế hoạch thực hiện DMKT mới, phân đầu DMKT đúng phân tuyến > 70%. - Thống kê tỷ lệ DVKT nhóm I có xu hướng tăng dần theo các năm. - Thống kê bệnh nhân chuyển tuyến thuộc nhóm I	Bs CKI Phạm Xuân Dũng					
C5.2	Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới	3	4	- Thực hiện 5 kỹ thuật mới trở lên. Trong đó có tối thiểu	Bs CKI Phạm Xuân Dũng					
C5.3	Áp dụng các hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng	3	3	- Xây dựng bảng kiểm giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật.	Bs CKI Phạm Xuân Dũng					
C5.4	Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	3	4	- Xây dựng, Bổ sung hướng dẫn chẩn đoán một số bệnh thường gặp. Có thành lập Hội đồng thẩm định	Bs CKI Phạm Xuân Dũng					
C5.5	Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện	3	3	- Thực hiện kiểm tra bình bệnh án tối thiểu 1 lần 1 tháng có báo cáo kết quả gửi các khoa - Lập danh sách các bệnh thường gặp, bệnh có chi phí lớn - Tiến hành kiểm tra, giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của các bệnh nằm trong danh sách đã lập	Bs CKI Phạm Xuân Dũng					
C6	<b>C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3)</b>	0	0							



C6.1	Hệ thống điều dưỡng trưởng được thiết lập và hoạt động hiệu quả	4	4	- Thành viên hội đồng có trên 50% số người là điều dưỡng trưởng. - Có quy chế hoạt động của hội đồng - 100% Điều dưỡng trưởng có QĐ bổ nhiệm (không có DDT được giao phụ trách quá 6 tháng).	Đ/c Nhà	Đ/c Phong	01/01/2024	15/01/2024		
				2. Hội đồng điều dưỡng duy trì sinh hoạt định kỳ ít nhất 1 năm 1 lần.	Đ/c Nhà	HĐ Điều dưỡng	01/01/2024	30/01/2024		
				3. Hội đồng điều dưỡng tiến hành rà soát, cập nhật, bổ sung các quy định, quy trình kỹ thuật, quy trình chăm sóc người bệnh.	Đ/c Nhà	HĐ Điều dưỡng	02/01/2024	30/06/2024		
				4. Có phần mềm quản lý bệnh viện, quản lý nhân sự chuyên dụng để theo dõi tình hình và cập nhật thông tin hằng ngày về nhân lực điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên.	Đ/c Nhà	Đ/c Nguyễn Văn Lương	01/02/2024	01/10/2024	10 000 000	
				5. Phòng Điều dưỡng làm đầu mối xây dựng, đo lường, theo dõi các chỉ số chất lượng CSNB và có báo cáo định kỳ.	Đ/c Nhà	- Hội đồng Điều dưỡng - Điều dưỡng trưởng khoa	15/01/2024	Báo cáo hàng quý		
				6. Phòng điều dưỡng đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch hàng năm về hoạt động điều dưỡng và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những mặt hạn chế cần khắc phục.	Đ/c Nhà	Điều dưỡng trưởng khoa	01/09/2024	01/10/2024		
C6.2	Người bệnh được điều dưỡng hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe phù hợp với bệnh đang được điều trị	4	4	7. Chính sửa quy định về tư vấn-giáo dục sức khỏe.	Đ/c Nhà	Hội đồng Điều dưỡng	01/02/2024	Trước tháng 6/2024		
8. Tập huấn kỹ năng truyền thông, giáo dục sức khỏe cho điều dưỡng.				Đ/c Nhà	Đ/c Trà	01/08/2024	Trước tháng 30/8/2024			
9. Các khoa xây dựng kế hoạch tuyên truyền hàng tháng, có nội dung tuyên truyền, danh sách người bệnh: - Có sổ ký tên NB tham gia các buổi sinh hoạt hội đồng người bệnh. - Có các hình ảnh tư vấn, biên bản họp hội đồng người bệnh... - Người bệnh được phỏng vấn xác nhận có được NVYT truyền thông, tư vấn, giáo dục sức khỏe chiếm từ 50% trở lên.				Điều dưỡng trưởng khoa	Bác sĩ điều trị	Hàng tháng	Hàng tháng			
				10. Xây dựng tài liệu TT-GDSK: - Phòng KHNV lập bản danh mục các bệnh hoặc vấn đề sức khỏe thường gặp của bệnh viện năm 2023. - Phòng Điều dưỡng lập kế hoạch xây dựng nội dung truyền thông cho các bệnh và vấn đề sức khỏe chưa có tài liệu.	Đ/c Nhà	Đ/c Hương	01/01/2024	Trước tháng 30/1/2024		



			<p>11. Tiến hành khảo sát kiến thức, thực hành của người bệnh như:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Có bộ công cụ, phiếu khảo sát, đánh giá</li> <li>- Có tiến hành đánh giá như:</li> <li>+ có phân công người thực hiện,</li> <li>+ có chọn mẫu,</li> <li>+ có thời gian khảo sát,</li> <li>+ có phỏng vấn người bệnh...</li> <li>+ Có báo cáo kết quả khảo sát kiến thức, thực hành</li> <li>+ Tỷ lệ người bệnh nắm được các kiến thức chiếm từ 51% trở lên.</li> </ul>	Đ/c Nhà	Đ/c Hạnh Điều dưỡng trưởng khoa	01/09/2024	Trước tháng 10/2024		
Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện	3	3	<p>12. Hoạt động chăm sóc tại các khoa nội trú:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Điều dưỡng, hộ sinh nhận định nhu cầu tư vấn, giáo dục sức khỏe và ghi vào "Phiếu chăm sóc điều dưỡng".</li> <li>- Điều dưỡng và các nhân viên y tế có liên quan hướng dẫn người bệnh, người nhà người bệnh cách theo dõi, chăm sóc người bệnh.</li> </ul> <p>Có bằng chứng như:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Có tài liệu hướng dẫn như bảng, biển, poster, tờ rơi hướng dẫn cách tự chăm sóc và theo dõi người bệnh (quan sát);</li> <li>+ Điều dưỡng hướng dẫn trực tiếp và bằng lời nói, làm mẫu động tác cho người bệnh, người nhà người bệnh.</li> <li>+ Nhân viên y tế được phỏng vấn trình bày được cách hướng dẫn cho người bệnh.</li> <li>+ Kết quả phỏng vấn xác nhận có được nhân viên y tế hướng dẫn cách theo dõi, chăm sóc người bệnh.</li> <li>- Người bệnh có phẫu thuật* được điều dưỡng, hộ sinh hướng dẫn, hỗ trợ và thực hiện chuẩn bị trước phẫu thuật theo quy định của bệnh viện.</li> <li>- NVYT thực hiện được các nội dung hướng dẫn cho người nhà người bệnh cách chăm sóc đúng kỹ thuật. Người nhà người bệnh tham gia chăm sóc nhưng không làm các việc liên quan đến chuyên môn (như rửa vết thương, thay băng, thay dịch truyền...).</li> <li>- Duy trì hoạt động đi buồng tại các khoa. Điều dưỡng trưởng và điều dưỡng viên có sổ đi buồng, thông tin ghi chép trên sổ phù hợp.</li> </ul> <p>Điều dưỡng, hộ sinh phối hợp với bác sĩ điều trị trong việc đánh giá phân cấp chăm sóc người bệnh.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Người bệnh có chế độ ăn bệnh lý, có chỉ định ăn qua ống thông được điều dưỡng, hộ sinh kiểm soát thực hiện và ghi kết quả vào phiếu chăm sóc.</li> <li>- Người bệnh có yêu cầu chăm sóc như cho ăn uống, vận động, phục hồi chức năng... được điều dưỡng (hoặc nhân viên y tế khác) thực hiện.</li> </ul> <p>Người bệnh được điều dưỡng, hộ sinh hướng dẫn hỗ trợ và tập phục hồi chức năng (nếu có nhu cầu).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NB cần chăm sóc cấp I, cấp II được lập kế hoạch</li> </ul>	Điều dưỡng khoa	Điều dưỡng trưởng khoa	Hàng ngày	Hàng ngày	5 000 000	Mua phương tiện phòng loét như đệm hơi



C6.3				13. Xây dựng KH đào tạo nhân viên mới về các quy định theo dõi, chăm sóc, vệ sinh cá nhân và phục hồi chức năng cho người bệnh.	Đ/c Nhã	Điều dưỡng trưởng khoa	01/03/2024	Trước 30/3/2024	200 000	Kinh phí ĐT
				Rà soát phương tiện, dụng cụ cơ bản phục vụ cho việc chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh tại các khoa: + Có danh mục các phương tiện, dụng cụ cơ bản phục vụ cho việc chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh + Sẵn có các phương tiện, dụng cụ phục vụ cho việc chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh tại các khoa điều trị. + Người bệnh được phỏng vấn xác nhận có được sử dụng các dụng cụ khi cần vệ sinh cá nhân.	Đ/c Hạnh	Điều dưỡng trưởng khoa	01/02/2024	Trước tháng 3/2024	5 000 000	Mua sắm bổ sung
				16. Đề xuất mời BV Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí chuyển giao quy trình đi buồng đội.	Đ/c Nhã	Đ/c Hương	01/05/2024	01/07/2024	30 000 000	Kinh phí ĐT
<b>C7</b>	<b>C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5)</b>	0	0							
C7.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	3	3	Đề xuất thành lập khoa dinh dưỡng tiết chế phù hợp với thông tư 18	Đ/c thành	Đ/c phong	01/10/2024	tháng 1/2025		
C7.2	Bệnh viện bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	4	4	sắp xếp ngăn nắp các hạng mục của nhà ăn( khu chế biến, kho...), nâng cao chất lượng, tinh thần thái độ phục vụ, thêm nhân viên phục vụ cung cấp các suất ăn trên 70% người bệnh	Đ/c thành	Đ/c Lan, d/c Hạnh				
C7.3	Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện	3	3	Xây dựng bảng kiểm đánh giá khoa phòng thực hiện đánh giá theo dõi tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trong thời gian nằm viện	Đ/c thành	Đ/c Hạnh	01/02/2024	01/12/2024		
C7.4	Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý	4	4	tăng cường tư vấn dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý có sổ sách	Đ/c Lan	Đ/c Hạnh	01/01/2024	01/12/2024		
C7.5	Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện	2	2	Bổ sung thêm quy định hội chẩn các bệnh lý, sổ sách biên bản lưu	Đ/c Lan	Đ/c thành	01/01/2024	01/12/2024		
<b>C8</b>	<b>C8. Chất lượng xét nghiệm (2)</b>	0	0							
C8.1	Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm huyết học, hóa sinh, vi sinh và giải phẫu bệnh	3	3	- Định hướng lên mức 4 . Cần bổ sung thêm 1 phụ trách khối xét nghiệm có trình độ sau đại học đúng chuyên ngành.	Đ/c Lan Anh	Đ/c Huyền, Thương, Hà	1/2024	10/2026		
C8.2	Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm	3	3	- Bổ sung sổ ghi lại nhật ký nội kiểm (dạng biểu đồ levey jennings)	Đ/c Lan Anh	Đ/c Huyền, Thương, Hà	01/01/2024	01/01/2024	200000	
<b>C9</b>	<b>C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6)</b>	0	0							
C9.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược	4	4							
C9.2	Bảo đảm cơ sở vật chất khoa Dược	4	4							



C9.3	Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng	4	4						
C9.4	Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý	3	4	- Kế hoạch tập huấn, chương trình, nội dung tập huấn về danh mục LASA - Hình ảnh lớp tập huấn - Xây dựng quy trình hướng dẫn và giám sát sử dụng các thuốc có nguy cơ cao xuất hiện ADR và các sự cố trong sử dụng thuốc - Xây dựng Dm thuốc cần chia liều, báo cáo sử dụng thuốc/ sổ theo dõi sử dụng thuốc	Đ/c Đạt		T6 năm 2024	T10 năm 2024	
C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) kịp thời, đầy đủ và có chất lượng	3	4	- Hoàn thành báo cáo ADR đầy đủ thông tin 80% trở lên	Đ/c Đạt		T6 năm 2024	T10 năm 2024	
C9.6	Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả	3	3						
<b>C10</b>	<b>C10. Nghiên cứu khoa học (2)</b>	0	0						
C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học	3	3	- Tiễn hành sinh hoạt khoa học định kỳ 1 tháng 1 lần - Có buổi sinh hoạt hướng dẫn phương pháp nghiên cứu cho nhân viên y tế	Đ/c Hằng	Đ/c Nhã			
C10.2	Áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học trong hoạt động bệnh viện và các giải pháp nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh	3	4	- Có triển khai ít nhất 4 kết quả nghiên cứu vào thực tiễn để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện	Đ/c Hằng	Đ/c Nhã			
<b>D</b>	<b>PHÂN D. HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (11)</b>	0	0						
<b>D1</b>	<b>D1. Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3)</b>	0	0						
D1.1	Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện	4	4	- Hội đồng quản lý chất lượng tổ chức các cuộc họp định kỳ theo đúng kế hoạch. - Cán bộ Tổ, mạng lưới làm việc, hoạt động hiệu quả.	Đ/c Hương	Hội đồng QLCLBV Phòng TCHC	01/12/2023	01/01/2024	
D1.2	Xây dựng và triển khai kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện	3	4	- Xây dựng KH Cải tiến chất lượng năm 2024 - 50% Khoa/ phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng	Đ/c Hương	Khoa Ngoại, Sản, HSCC, PK, XN, Đông Y, DP, CK, KH, ĐD	01/01/2024	01/02/2024	
D1.3	Xây dựng văn hóa chất lượng	4	4	- Xây dựng bộ nhận diện thương hiệu và quy định sử dụng bộ nhận diện thương hiệu - Áp dụng bộ nhận diện thương hiệu trên toàn bộ các hoạt động chính thức của bệnh viện - Công bố bộ nhận diện thương hiệu và sử dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện - Có hình thức khuyến khích, thúc đẩy nhân viên y tế cải tiến chất lượng.	Đ/c Hương	Ban giám đốc Phòng TCHC Phòng TCKT	01/05/2024	01/08/2024	10000000
<b>D2</b>	<b>D2. Phòng ngừa các sự cố khẩn phức (5)</b>	0	0						



D2.1	Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh	3	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có hệ thống ô-xy trung tâm cho phòng cấp cứu của khoa</li> <li>- Có cán bộ y tế trực theo dõi camera hoặc theo dõi trực tiếp buồng bệnh 24/24 giờ đối với các buồng bệnh cấp cứu, điều trị tích cực.</li> <li>- Định kỳ ít nhất 6 tháng 1 lần tiến hành rà soát và đánh giá dựa trên bảng kiểm việc thực hiện phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến xấu xảy ra với người bệnh tại các khu vực có nguy cơ cao hoặc đã xảy ra các sự cố.</li> </ul>	Đ/c Hương	Ban Giám Đốc KHOA được TTB Khoa HSCC Các khoa Lâm sàng	01/06/2024	01/09/2024	300000000	
D2.2	Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục	4	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phân tích sự cố y khoa tìm nguyên nhân gốc rễ 1 tháng 1 lần</li> <li>- Hợp đồng phần mềm báo cáo sự cố YK</li> </ul>	Đ/c Hương	Phòng TCKT Các khoa/phòng	Hàng tháng	01/10/2024	10000000	
D2.3	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa	3	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- xây dựng bảng kiểm đánh giá tình hình thực tế áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật tại phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật.</li> <li>- Có báo cáo giám sát việc áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật, trong đó có phân tích số liệu, biểu đồ, tính toán tỷ lệ tuân thủ áp dụng bảng kiểm chia theo kíp mổ (hoặc kíp làm thủ thuật); chia theo kh</li> <li>- Xây dựng bảng kiểm đánh giá việc tuân thủ cho ít nhất 10 quy trình kỹ thuật (ưu tiên các quy trình được thực hiện thường xuyên tại bệnh viện).</li> <li>- Các sự cố “gần như sắp xảy ra” được thu thập, tổng hợp và rút kinh nghiệm trên toàn bệnh viện</li> <li>- Các sự cố “gần như sắp xảy ra” được thu thập, tổng hợp và rút kinh nghiệm trên toàn bệnh viện</li> </ul>	Đ/c Hương	Khoa Phẫu Thuật	Hàng tháng	01/10/2024		
D2.4	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	3	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tất cả người bệnh được cung cấp mã số/mã vạch duy nhất trong quá trình khám và điều trị tại bệnh viện để bảo đảm không nhầm lẫn người bệnh khi cung cấp dịch vụ.</li> <li>- Áp dụng giải pháp công nghệ thông tin, các trang thiết bị điện tử và mã số/mã vạch để xác nhận tên và dịch vụ cung cấp cho người bệnh.</li> <li>- Không có trường hợp nhầm lẫn người bệnh trong xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, phát thuốc cho người bệnh.</li> </ul>	Đ/c Hương	Phòng Điều dưỡng Phòng TCHC Phòng TCKT Khoa CLS	Hàng tháng	01/04/2024	100000000	
D2.5	Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã	4	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Các giường phải có thanh chắn</li> <li>- Không có vụ việc người bệnh bị trượt ngã, gặp hậu quả nghiêm trọng.</li> </ul>	Đ/c Hương	Khoa Lâm sàng Phòng TCHC	Hàng tháng	Hàng tháng	100000000	
D3	<b>D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3)</b>	0	0							



D3.1	Đánh giá chính xác thực trạng và công bố công khai chất lượng bệnh viện	4	4	- Có tổ chức đánh giá chất lượng bệnh viện thường xuyên hàng tháng (hoặc hàng quý) và rà soát những nội dung cần cải tiến chất lượng nhưng chưa thực hiện được hoặc chưa đúng tiến độ. - Tỷ lệ các tiêu chí có điểm do bệnh viện tự đánh giá cao hơn điểm của đoàn bên ngoài đánh giá (cơ quan quản lý hoặc tổ chức độc lập) dưới 5%	Đ/c Hương	Hội đồng QLCLBV	Hàng tháng	Hàng Tháng		
D3.2	Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện	4	5	- Tiến hành cải tiến chất lượng, ưu tiên các chỉ số chất lượng chưa đạt và tiếp tục duy trì, cải tiến chất lượng các chỉ số đã đạt chỉ tiêu đề ra. - Hoàn thành đạt được trên 90% các chỉ số chất lượng đã nêu trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung toàn bệnh viện	Đ/c Hương + Nhã	Hội đồng QLCL Khoa phòng	Hàng tháng, hàng quý	01/10/2024		
D3.3	Hợp tác với cơ quan quản lý trong việc xây dựng công cụ, triển khai, báo cáo hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện	4	4	- Tích cực tham gia và có đóng góp cụ thể vào việc xây dựng các chính sách, tiêu chuẩn, tiêu chí quản lý chất lượng của Bộ Y tế. - Các báo cáo liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng đầy đủ thông tin và làm theo đúng hướng dẫn	Đ/c Hương	Nhã + Trà	01/01/2024	01/10/2024		
E	<b>Phân E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA (4)</b>	0	0							
E1	<b>TIÊU CHÍ SẢN KHOA (3)</b>	0	0							
E1.1	Thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh	2	3	Tỉ lệ cử nhân hộ sinh đạt 30 (Thêm huyện , oanh học xong)					Tháng 10/ 2024	
E.1.2	Hoạt động truyền thông về sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ em	4	4	Tổ chức lớp tiền sản , hậu sản 1 tháng lần	Đc Hiền , Huyện	phòng TT, Tổ qlcl	Hàng tháng			
E1.3	Thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ	3	4	Cho nhân viên khoa csskss tập huấn chứng chỉ nuôi con bằng sữa mẹ thêm 8 người để đủ tỉ lệ	Đ/c Hiền , Huyện	P. tổ chức , khoa sản		01/10/2024		
E2	<b>TIÊU CHÍ NHI KHOA</b>	0	0							
E2.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa	3	3	Tách Khoa Nhi						
	<b>Tổng điểm</b>	289	335							
	<b>TB (C3, C5 hệ số 2)</b>	3.49	3.76							1925 200 000

**TỔ TRƯỞNG TỔ QLCLBV**



**Phan Thị Hương**

Tân Kỳ, ngày 22 tháng 12 năm 2023  
**CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG QLCLBV**









**PHẦN II. TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ**  
**A. THÔNG TIN CHUNG PHÒNG XÉT NGHIỆM**

**1. Thông tin chung:**

Tên đơn vị được đánh giá: Trung tâm y tế Tân Kỳ		Ngày đánh giá: 25/10/2024
Địa chỉ: Khối 4, thị trấn Tân Kỳ, huyện Tân Kỳ, Nghệ An		
Họ và tên Giám đốc đơn vị: Thái Hải Đăng		
Tên Khoa/Phòng xét nghiệm: Khoa Xét Nghiệm - CDHA		
Trưởng (phụ trách) PXN: Trương Thị Hà		
Số điện thoại: 0984136411	Email:	
<b>Cấp độ phòng xét nghiệm (đánh dấu vào cấp độ phù hợp)</b> <input type="checkbox"/> Quốc gia <input type="checkbox"/> Tỉnh <input type="checkbox"/> Vùng <input checked="" type="checkbox"/> Huyện <input type="checkbox"/> Xã		<b>Tính chất của PXN</b> <input checked="" type="checkbox"/> Nhà nước <input type="checkbox"/> Tư nhân <input type="checkbox"/> Khác
<b>Kết quả đánh giá trước đây</b> Ngày đánh giá gần nhất: Cơ quan đánh giá:		<input type="checkbox"/> Chưa đánh giá bao giờ <input type="checkbox"/> Mức chất lượng các xét nghiệm đạt

**2. Danh sách đoàn đánh giá**

STT	Họ và tên người của đơn vị làm việc với đoàn đánh giá	Họ và tên người tham gia đoàn đánh giá
1.	Trương Thị Hà	Thái Đắc Hải
2.	Nguyễn Thị Lan Anh	Nguyễn Thị Mai Thương
3.		Lê Thị Mai
4.		

**3. Danh mục kỹ thuật xét nghiệm đang thực hiện: (Có danh sách kèm theo)**

Phòng xét nghiệm /Bộ phận XN	Danh mục kỹ thuật xét nghiệm đang thực hiện	Kỹ thuật xét nghiệm có thực hiện nội kiểm	Kỹ thuật xét nghiệm có thực hiện ngoại kiểm hay so sánh liên phòng	Số lượng xét nghiệm trung bình/năm

**4. Nhân lực phòng xét nghiệm**



Trình độ	Số lượng
Bác sĩ	01
Dược sĩ	
Cử nhân	
- Cử nhân xét nghiệm	02
- Cử nhân công nghệ sinh học	
- Cử nhân sinh học	
- Kỹ sư hóa học	
Kỹ thuật viên xét nghiệm	05
Điều dưỡng	01
Khác, ghi rõ: Cử nhân xét nghiệm (Hợp đồng)	02
Tổng số	11

**5. Danh mục trang thiết bị của phòng xét nghiệm (Có danh sách kèm theo)**

STT	Tên thiết bị	Loại Model thiết bị	Số lượng	Năm sản xuất	Năm bắt đầu sử dụng	Nguồn (ngân sách, xã hội hóa,..)	Tình trạng sử dụng (tốt, hỏng...)

**B. NỘI DUNG TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ**

**CHƯƠNG I. TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ PHÒNG XÉT NGHIỆM**

NỘI DUNG	Đạt	Đạt MP	K	KAD	Điểm	Điểm đánh giá	Nhận xét
<b>Cơ sở pháp lý</b>							
1.1. PXN có quyết định thành lập (PXN có giấy phép hoạt động cấp bởi cơ quan có thẩm quyền)	x				2	2	(*)
1.2. Có sơ đồ tổ chức thể hiện mối liên quan giữa PXN và các phòng ban liên quan trong cơ sở y tế	x				1	1	



1.3. PXN có sơ đồ tổ chức thể hiện được mối quan hệ giữa các vị trí và mối quan hệ qua lại giữa các nhóm chuyên môn tại phòng xét nghiệm	x				1	1
<b>Xây dựng mục tiêu &amp; kế hoạch chất lượng</b>						
1.4. PXN có xây dựng mục tiêu chất lượng nhất quán với chính sách chất lượng	x				1	1
1.5. PXN có lập kế hoạch chất lượng định kỳ hằng năm để đạt các mục tiêu chất lượng	x				1	1
1.6. PXN có thực hiện kế hoạch chất lượng mà PXN đã xây dựng	x				2	2
1.7. PXN có xây dựng các chỉ số chất lượng thuộc cả 3 giai đoạn của quá trình XN, phù hợp với mục tiêu chất lượng mà PXN đề ra	x				1	1
<b>Xây dựng sổ tay chất lượng phòng xét nghiệm</b>						
1.8. Sổ tay chất lượng có bao gồm các nội dung sau:	x				5	5
a) Tuyên bố chính sách chất lượng bao gồm: mục đích, tiêu chuẩn của dịch vụ, mục đích của hệ thống QLCL và cam kết của lãnh đạo cơ quan chủ quản hoặc người phụ trách đơn vị						
b) Cấu trúc hệ thống QLCL và mối quan hệ với hệ thống tài liệu						
c) Thiết lập mục tiêu và kế hoạch chất lượng						
d) Mô tả quá trình trao đổi thông tin						
e) Đảm bảo nguồn lực và năng lực của nhân viên thực hiện công việc						
f) Các quy định liên quan đến các hoạt động QLCL và kỹ thuật xét nghiệm của PXN.						
g) Mô tả vai trò và trách nhiệm của người quản lý phòng xét nghiệm, người quản lý chất lượng, nhân sự khác và viện dẫn đến các tài liệu liên quan.						
h) Có quy định người có thẩm quyền xem xét và phê duyệt sổ tay chất lượng.						
i) Dẫn chiếu đến các quy trình thực hành chuẩn trong PXN						
1.9. Có bằng chứng về việc phổ biến/tập huấn về sổ tay chất lượng cho tất cả nhân viên PXN và những người liên quan.	x				1	1
<b>Tổ chức thực hiện</b>						



1.10. PXN có văn bản phân công công việc cho từng nhân viên	x					1	1
<b>Họp rà soát, xem xét của lãnh đạo đơn vị chủ quản</b>							
1.11. PXN có tổ chức họp xem xét hệ thống QLCL do lãnh đạo hoặc người được ủy quyền chủ trì ít nhất 1 lần/năm.	x					1	1
1.12. Nội dung họp có bao gồm:		x				2	1
a) Đánh giá kết quả thực hiện công việc được giao từ cuộc họp với lãnh đạo lần trước;							
b) Xem xét các yêu cầu xét nghiệm và sự phù hợp của quy trình và yêu cầu về mẫu bệnh phẩm							
c) Đánh giá sự hài lòng và phản hồi của khách hàng;							
d) Góp ý của nhân viên;							
e) Đánh giá nội bộ;							
f) Đánh giá nguy cơ							
g) Áp dụng các chỉ số chất lượng							
h) Đánh giá bởi tổ chức bên ngoài;							
i) Đánh giá việc thực hiện nội kiểm của tất cả các xét nghiệm							
j) Kết quả thực hiện các chương trình ngoại kiểm hoặc so sánh liên phòng hay thử nghiệm thành thạo							
k) Theo dõi và giải quyết khiếu nại							
l) Chất lượng dịch vụ của nhà cung ứng;							
m) Nhận biết và kiểm soát SKPH							
n) Kết quả của cải tiến liên tục bao gồm thực trạng áp dụng các HĐKP và HĐPN;							
o) Các thay đổi về khối lượng, phạm vi công việc, nhân sự và các tác động khác có thể ảnh hưởng tới hệ thống QLCL;							
p) Khuyến nghị cho việc cải tiến, bao gồm các yêu cầu kỹ thuật.							
<b>Kết quả họp rà soát, xem xét của lãnh đạo</b>							
1.13. PXN có lưu lại biên bản cuộc họp xem xét với lãnh đạo đơn vị, bao gồm các phát hiện và hành động phát sinh từ cuộc họp xem xét của lãnh đạo.	x					1	1



1.14. Các công việc phát sinh từ cuộc họp xem xét của lãnh đạo có được thực hiện theo kế hoạch đề ra	x				2	2	
1.15. Việc thực hiện các công việc đề ra trong cuộc họp xem xét với lãnh đạo có được trao đổi và chia sẻ với lãnh đạo cơ quan chủ quản, nhân viên có liên quan.	x				1	1	
<b>Tổng điểm Chương I</b>					<b>23</b>	<b>22</b>	

## CHƯƠNG II. QUẢN LÝ TÀI LIỆU VÀ HỒ SƠ

NỘI DUNG TIÊU CHÍ	Đạt	Đạt MP	K	KAD	Điểm	Điểm đánh giá	Nhận xét
<b>Kiểm soát tài liệu</b>							
2.1. PXN có quy trình kiểm soát tài liệu bên ngoài và nội bộ gồm cả hướng dẫn biên soạn quy trình thực hành chuẩn, hướng dẫn rút gọn, các biểu mẫu	x				2	2	
2.2. Tất cả các tài liệu được PXN xây dựng bao gồm các yếu tố nhận dạng sau:	x				1	1	
a) Tên tài liệu							
b) Mã tài liệu trên mỗi trang							
c) Ngày ban hành của phiên bản hiện tại và số phiên bản							
d) Số thứ tự của trang trên tổng số trang							
e) Chữ ký xác nhận của người xem xét và phê duyệt, ban hành							
2.3. Tất cả các tài liệu được bảo quản hợp lý để dàng truy cập	x				1	1	
2.4. PXN thực hiện kiểm soát tài liệu chặt chẽ bao gồm:	x				2	2	***
a) Có phiếu yêu cầu xây dựng, sửa đổi, xem xét và phê duyệt tài liệu							
b) Hồ sơ phân phối tài liệu							
c) Danh mục tài liệu nội bộ và bên ngoài có kiểm soát							
d) Những thay đổi trong tài liệu được nhận biết							
e) Tài liệu được xem xét, rà soát định kỳ để đảm bảo phù hợp nhất với thực tế sử dụng							



f) Tài liệu còn nguyên vẹn, dễ đọc							
g) Tài liệu hết hiệu lực áp dụng có được ghi ngày và đánh dấu hết hiệu lực							
h) PXN lưu ít nhất một bản tài liệu hết hiệu lực gần đây nhất trong một khoảng thời gian tối thiểu là 12 tháng							
2.5. Các quy trình rút gọn/hướng dẫn có được kiểm soát	x				1	1	
<b>Kiểm soát hồ sơ</b>							
2.6. PXN có quy trình và thực hiện nhận biết, thu thập, đánh số, truy cập, lưu trữ, bảo quản, chỉnh sửa và hủy hồ sơ an toàn	x				1	1	
2.7. PXN có quy định thời gian lưu đối với từng loại hồ sơ và phù hợp với các quy định quốc gia hoặc các quy định có liên quan	x				1	1	
2.8. PXN có nơi lưu hồ sơ phù hợp (hồ sơ bản giấy hoặc bản mềm/bản điện tử), bảo đảm hồ sơ không bị hư hại, thất lạc hoặc truy cập trái phép	x				1	1	
<b>Tổng điểm Chương II</b>					<b>10</b>	<b>10</b>	

### CHƯƠNG III: QUẢN LÝ NHÂN SỰ

NỘI DUNG TIÊU CHÍ	Đạt	Đạt MP	K	KAD	Điểm	Điểm đánh giá	Nhận xét
3.1. PXN xây dựng yêu cầu về trình độ chuyên môn, bằng cấp, đào tạo, kinh nghiệm và các kỹ năng cần thiết cho từng vị trí trong PXN	x				1	1	
3.2. PXN có xây dựng bản mô tả công việc bao gồm trách nhiệm, quyền hạn và nhiệm vụ cho tất cả nhân viên	x				1	1	
3.3. Nhân viên PXN được đào tạo phù hợp để đảm nhận các công việc được giao	x				1	1	
3.4. PXN có quy trình quản lý nhân sự và lưu hồ sơ nhân sự	x				1	0	
3.5. Người được phép ký duyệt kết quả có đủ năng lực theo quy định	x				2	2	*
3.6. Trưởng PXN có quyết định bổ nhiệm bằng văn bản	x				1	1	
3.7. PXN có phân công/bổ nhiệm nhân viên QLCL và quản lý kỹ thuật với chức năng, nhiệm vụ rõ ràng	x				1	1	
3.8. PXN có đào tạo định hướng/giới thiệu cho nhân viên mới	x				2	2	



và nội dung giới thiệu bao gồm:							
a) Giới thiệu về tổ chức;							
b) Giới thiệu về PXN;							
c) Các điều khoản công việc;							
d) Cơ sở vật chất;							
e) Sức khỏe và an toàn PXN;							
3.9. PXN có đánh giá nhân viên mới sau tập huấn/ đào tạo	x				1	0	
3.10. PXN có kế hoạch và thực hiện giám sát nhân viên mới sau khi được phân công nhiệm vụ trong khoảng thời gian tối thiểu 1 năm	x				1	0	
3.11. PXN có thực hiện chương trình tập huấn bắt buộc cho nhân viên, bao gồm những nội dung sau:	x				2	0	
a) Hệ thống QLCL;							
b) Các quá trình (luồng công việc) và các quy trình thực hiện;							
c) Hệ thống thông tin PXN;							
d) Sức khỏe và an toàn PXN;							
e) Bảo mật thông tin khách hàng;							
f) Đạo đức nghề nghiệp bao gồm tránh xung đột quyền lợi;							
3.12. PXN có quy trình đánh giá năng lực nhân viên	x				1	1	
3.13. PXN thực hiện đánh giá năng lực nhân viên định kỳ hàng năm	x				1	1	***
3.14. PXN có đánh giá kết quả công tác của nhân viên theo định kỳ	x				1	0	
3.15. PXN có xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục cho từng nhân viên		x			1	0,5	
3.16. Nhân viên PXN có tham gia vào các chương trình đào tạo liên tục theo quy định		x			1	0,5	
3.17. PXN có lưu hồ sơ nhân sự của tất cả nhân viên, bao gồm những nội dung sau	x				2	0	
a) Bản sao chứng chỉ hoặc bằng cấp;							



b) Lý lịch khoa học;							
c) Bản mô tả công việc;							
d) Định hướng nhân viên mới (nếu có);							
e) Phiếu theo dõi quá trình đào tạo, tập huấn;							
f) Kết quả đánh giá năng lực nhân viên;							
g) Báo cáo tai nạn và các phơi nhiễm trong khi hành nghề;							
h) Phiếu khám sức khỏe và hồ sơ tiêm chủng phòng ngừa tác nhân gây bệnh có liên quan nhiệm vụ được giao.							
<b>Tổng điểm Chương 3</b>					<b>21</b>	<b>12</b>	

#### CHƯƠNG IV. CUNG CẤP DỊCH VỤ VÀ QUẢN LÝ KHÁCH HÀNG

NỘI DUNG TIÊU CHÍ	Đạt	Đạt MP	K	KAD	Điểm	Điểm đánh giá	Nhận xét
4.1. PXN có quy trình khảo sát sự hài lòng khách hàng	x				1	1	
4.2. PXN có quy trình quản lý khiếu nại hoặc phản hồi của khách hàng, các bên liên quan và nhân viên	x				1	1	***
4.3. PXN có công cụ đánh giá định kỳ mức độ hài lòng khách hàng	x				1	1	
4.4. PXN có hồ sơ khảo sát ý kiến khách hàng	x				1	1	
4.5. PXN có đánh giá thỏa thuận sử dụng dịch vụ với PXN chuyển gửi như xem xét khả năng cung ứng dịch vụ có đáp ứng các yêu cầu chất lượng.	x				1	1	
4.6. PXN có hồ sơ xem xét và giải quyết các khiếu nại/ phản hồi khách hàng	x				1	1	
4.7. PXN có lưu hồ sơ khiếu nại và HĐKP	x				1	1	
<b>Thông tin cho khách hàng và người sử dụng</b>							
4.8. Sổ tay dịch vụ khách hàng/ Sổ tay lấy mẫu được ban hành và phân phối cho các khoa có liên quan	x				2	2	*
4.9. Bản sao sổ tay dịch vụ khách hàng/ Sổ tay lấy mẫu sẵn để nhân viên PXN tiếp cận được dễ dàng	x				1	1	



4.10. PXN có sẵn các thông tin cần thiết cho khách hàng, bao gồm:	x				3	3	
a) Vị trí của PXN;							
b) Các loại dịch vụ PXN cung cấp bao gồm các xét nghiệm chuyên gửi;							
c) Lịch làm việc của PXN;							
d) Các xét nghiệm do PXN cung cấp bao gồm: thông tin liên quan đến mẫu yêu cầu, thể tích mẫu ban đầu, các lưu ý đặc biệt, thời gian trả kết quả, khoảng tham chiếu sinh học, và các giá trị quyết định lâm sàng (có thể cung cấp trong các danh mục chung hoặc theo nhóm xét nghiệm);							
e) Hướng dẫn cách điền phiếu yêu cầu xét nghiệm;							
f) Hướng dẫn chuẩn bị người bệnh;							
g) Hướng dẫn thu thập mẫu xét nghiệm;							
h) Hướng dẫn vận chuyển mẫu bao gồm các yêu cầu xử lý mẫu;							
i) Các yêu cầu liên quan đến bảo mật thông tin người bệnh (ví dụ: đồng ý tiết lộ thông tin lâm sàng và tiền sử gia đình cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe có liên quan, khi cần chuyển gửi mẫu, vv);							
j) Tiêu chuẩn chấp nhận và từ chối nhận mẫu;							
k) Danh sách các yếu tố có thể ảnh hưởng đến việc thực hiện hoặc diễn giải kết quả xét nghiệm;							
l) Có sẵn tư vấn lâm sàng về chỉ định các xét nghiệm và diễn giải các kết quả xét nghiệm;							
m) Chính sách bảo mật thông tin khách hàng;							
n) Có hướng dẫn khiếu nại/phản hồi.							
<b>Tổng điểm Chương IV</b>					<b>13</b>	<b>13</b>	

#### CHƯƠNG V. QUẢN LÝ TRANG THIẾT BỊ

NỘI DUNG TIÊU CHÍ	Đạt	Đạt MP	K	KAD	Điểm	Điểm đánh giá	Nhận xét
1.1. PXN có quy trình quản lý TTB	x				1	1	
1.2. PXN được trang bị đủ thiết bị phù hợp với yêu cầu công	x				2	2	*



việc, danh mục kỹ thuật							
1.3. PXN có kiểm tra TTB mới nhận về và bảo đảm TTB hoạt động tốt trước khi đưa vào sử dụng	x				1	1	
1.4. Có hướng dẫn sử dụng TTB bằng tiếng Việt	x				1	1	
1.5. Hướng dẫn sử dụng từng TTB được đặt tại nơi dễ tiếp cận, sử dụng	x				1	1	
1.6. Toàn bộ TTB PXN được dán nhãn nhận biết duy nhất	x				1	1	
1.7. Nhân viên được giao vận hành TTB được đào tạo phù hợp		x			2	1	
1.8. PXN có danh sách và thông tin liên hệ của đơn vị cung cấp và bảo hành TTB	x				1	1	
1.9. PXN có sổ nhật ký sử dụng cho từng TTB	x				1	1	
1.10. Trong QTQL TTB đề cập đến nội dung xử lý tránh lây nhiễm chéo và hư hỏng khi vận chuyển, bảo quản và sử dụng TTB	x				1	1	
1.11. PXN có kế hoạch và thực hiện kiểm định/ hiệu chuẩn theo quy định của pháp luật/ của nhà sản xuất đối với các TTB có thể gây ảnh hưởng tới kết quả xét nghiệm	3				3	3	***
1.12. PXN có thực hiện bảo trì, bảo dưỡng TTB theo hướng dẫn của nhà sản xuất	x				3	3	*
1.13. PXN có thực hiện khử nhiễm TTB trước khi sửa chữa, thanh lý	x				1	1	
1.14. Các TTB hỏng/hoặc chờ thanh lý được dán nhãn nhận biết/phân biệt với TTB khác	x				1	1	
1.15. QTQLTTB đề cập tới các sự cố nghiêm trọng và tai nạn liên quan tới việc sử dụng TTB được thông báo tới nhà sản xuất hoặc phân phối, cơ quan quản lý có thẩm quyền và có lưu hồ sơ	x				1	1	
1.16. PXN kiểm tra và ghi lại tình trạng TTB mới đưa vào sử dụng hoặc sau sửa chữa	x				1	1	
1.17. PXN có quy trình dự phòng trong trường hợp hư hỏng TTB	x				2	2	
1.18. PXN cung cấp dịch vụ xét nghiệm liên tục, không bị gián đoạn do hư hỏng TTB trong suốt năm vừa qua (hoặc từ lần đánh giá gần nhất)	x				3	3	



1:19. PXN có lưu giữ đầy đủ hồ sơ liên quan tới thiết bị, bao gồm:	x				3	3	
a) Nhận dạng TTB;							
b) Tên nhà sản xuất, kiểu/model và số sê ri hoặc các nhận dạng duy nhất;							
c) Thông tin liên hệ của nhà phân phối /nhà sản xuất;							
d) Ngày nhận và ngày bắt đầu đưa vào sử dụng TTB;							
e) Vị trí đặt TTB;							
f) Điều kiện khi nhận (ví dụ: mới, đã qua sử dụng hoặc sau tu sửa);							
g) Hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất;							
h) Các hồ sơ xác nhận khả năng chấp nhận ban đầu của TTB khi được nhập vào PXN;							
i) Các hồ sơ kiểm định/ hiệu chuẩn, bảo trì, bảo dưỡng, hồ sơ lý lịch máy;							
j) Hồng hóc, sự cố, hoặc sửa chữa TTB							
<b>Tổng điểm Chương V</b>					<b>30</b>	<b>29</b>	

### CHƯƠNG VI. ĐÁNH GIÁ NỘI BỘ

NỘI DUNG TIÊU CHÍ	Đạt	Đạt MP	K	KA D	Điểm	Điểm đánh giá	Nhận xét
6.1. PXN có quy trình và kế hoạch đánh giá nội bộ.	x				1	1	
6.2. Chương trình đánh giá xác định tiêu chí, phạm vi, tần suất và phương pháp thực hiện	x				2	2	
6.3. PXN tiến hành đánh giá nội bộ theo kế hoạch đề ra	x				2	2	
6.4. Đánh giá nội bộ được thực hiện do nhân viên đã được đào tạo về QLCL và bảo đảm khách quan nhân viên không tham gia đánh giá các hoạt động mà họ đang thực hiện	x				1	1	
6.5. Đánh giá nội bộ xem xét và đánh giá tất cả các hoạt động của hệ thống QLCL	x				2	2	***
6.6. PXN có lưu hồ sơ kết quả đánh giá nội bộ	x				1	1	
6.7. Kết quả đánh giá nội bộ được báo cáo với trưởng/phụ trách	x				1	1	



PXN/lãnh đạo cơ sở y tế							
6.8. Khuyến cáo về HĐKP và HĐPN được nêu ra dựa trên kết quả đánh giá nội bộ				x	1	0	
6.9. Kế hoạch thực hiện HĐKP và HĐPN được thực hiện theo thời gian đề ra và được lưu hồ sơ				x	2	0	
<b>Tổng điểm Chương VI</b>					<b>13</b>	<b>10</b>	

### CHƯƠNG VII. QUẢN LÝ MUA SẮM, TRANG THIẾT BỊ, VẬT TƯ, HÓA CHẤT VÀ SINH PHẨM

NỘI DUNG TIÊU CHÍ	Đạt	Đạt MP	K	KAD	Điểm	Điểm đánh giá	Nhận xét
7.1. PXN có áp dụng quy trình lựa chọn mua sắm TTB, vật tư, hóa chất và sinh phẩm	x				1	1	
7.2. PXN có kế hoạch nhu cầu TTB, vật tư, hóa chất và sinh phẩm hàng năm	x				1	1	
7.3. PXN có tham gia vào quá trình xây dựng nhu cầu, lựa chọn nhà thầu, nghiệm thu TTB, vật tư, hóa chất và sinh phẩm	x				2	2	*
7.4. PXN có cập nhật danh sách các nhà cung ứng TTB, vật tư, hóa chất và sinh phẩm đã được duyệt	x				1	1	
7.5. PXN có đánh giá chất lượng của nhà cung ứng	x				1	1	
7.6. PXN có quy trình tiếp nhận, bảo quản, kiểm tra và lưu kho sinh phẩm và vật tư	x				1	1	
7.7. Khu vực lưu trữ, bảo quản hóa chất, sinh phẩm và vật tư tiêu hao có đủ không gian và đảm bảo các yêu cầu sau:	x				3	3	
a) Sắp xếp ngăn nắp;							
b) Không có bụi bẩn, chuột và côn trùng;							
c) Phân chia vị trí và ghi nhãn cho từng loại vật tư đã được kiểm kê;							
d) Khu vực bảo quản tránh được ánh nắng trực tiếp và bảo đảm thông gió;							
e) Nhiệt độ và độ ẩm tại khu vực bảo quản được theo dõi hằng ngày;							
f) Việc ra vào kho/nơi lưu trữ được kiểm soát.							



7.8. Nếu PXN không thực hiện lưu trữ hóa chất, sinh phẩm và vật tư tại PXN, thì PXN có thực hiện kiểm tra không gian và điều kiện nơi bảo quản	x				1	1	
7.9. Đối với mỗi loại kit xét nghiệm hoặc lô hóa chất sinh, phẩm mới nhận, PXN đánh giá chất lượng trước khi sử dụng	x				1	1	
7.10. Các hóa chất, sinh phẩm, vật tư hết hạn hoặc không đạt chất lượng được dán nhãn cảnh báo và lưu trữ riêng	x				1	1	
7.11. Hóa chất, sinh phẩm độc hại được lưu trữ đúng quy định	x				1	1	
7.12. PXN có các hướng dẫn sử dụng hóa chất, sinh phẩm và vật tư tiêu hao, bao gồm các hướng dẫn của nhà sản xuất, các nguyên tắc và xử lý an toàn	x				1	1	
7.13. PXN thực hiện Quy tắc FEFO ("First Expire/First Out", nghĩa là vật tư hóa chất và sinh phẩm hết hạn sử dụng trước phải được dùng trước)	x				1	1	
7.14. PXN có lưu các hồ sơ liên quan đến vật tư, hóa chất và sinh phẩm:	x				2	2	
a) Nhận dạng hóa chất, sinh phẩm hoặc VTTH;							
b) Tên của nhà sản xuất và mã số lô /đợt sản xuất;							
c) Thông tin liên lạc của nhà phân phối/cung cấp hoặc nhà sản xuất;							
d) Ngày nhận, ngày hết hạn, ngày đưa vào sử dụng, ngày ngừng sử dụng (nếu có);							
e) Tình trạng khi nhận (ví dụ: có thể chấp nhận hoặc bị hư hại);							
f) Chất lượng sinh phẩm, hóa chất và VTTH trước khi sử dụng;							
g) Giám sát số lượng hóa chất, sinh phẩm và VTTH (Số ghi chép việc sử dụng sinh phẩm/thẻ kho).							
7.15. Với những hóa chất, sinh phẩm/ môi trường do PXN tự chuẩn bị, ngoài các thông tin trên, PXN lưu giữ thông tin người chuẩn bị và hạn sử dụng nồng độ (nếu có).	x				1	1	
7.16. Xử lý đúng quy định các hóa chất, sinh phẩm, vật tư hết hạn hoặc không đạt tiêu chuẩn	x				1	1	
7.17. Trong năm vừa qua hoặc từ lần đánh giá gần nhất, PXN không bị gián đoạn dịch vụ XN do nguyên nhân liên quan đến hóa chất, sinh phẩm vật tư	x				3	3	***

TINH  
3 T  
GÉ  
N K  
★



**CHƯƠNG VIII: QUẢN LÝ QUÁ TRÌNH XÉT NGHIỆM**

NỘI DUNG TIÊU CHÍ	Đạt	Đạt MP	K	KAD	Điểm	Điểm đánh giá	Nhận xét
<b>Giai đoạn Trước xét nghiệm</b>							
8.1. Các mẫu XN được gửi cùng phiếu yêu cầu XN	x				2	2	
8.2. Phiếu yêu cầu xét nghiệm có đầy đủ các thông tin sau không	x				3	3	
a) Thông tin xác định người bệnh, bao gồm: Họ tên, giới tính, ngày tháng năm sinh, địa chỉ/thông tin liên lạc của người bệnh, và mã số xác nhận duy nhất;							
b) Loại mẫu ban đầu;							
c) Các xét nghiệm yêu cầu;							
d) Chẩn đoán lâm sàng của người bệnh;							
e) Ngày và giờ lấy mẫu bệnh phẩm; tên nhân viên lấy mẫu;							
f) Ngày và giờ PNX nhận mẫu, họ và tên nhân viên nhận mẫu;							
g) Tên và chữ ký của bác sĩ chỉ định xét nghiệm.							
8.3. PNX có quy trình nhận mẫu, bao gồm nội dung sau:	x				2	2	***
a) Xác định thông tin của người bệnh trên mẫu bệnh phẩm;							
b) Mẫu XN được đánh giá chất lượng theo tiêu chí chấp nhận hay loại bỏ mẫu;							
c) Có hồ sơ tiếp nhận mẫu, ghi rõ thời gian và người nhận;							
d) Khi mẫu XN ban đầu được chia nhỏ, PNX có phương pháp để xác định nhận diện mẫu của người bệnh từ mẫu XN ban đầu;							
e) Nếu PNX không trực 24/24h, PNX có cách thức nhận và xử lý mẫu XN ngoài giờ làm việc							
f) Mẫu XN được chuyển đến đúng bộ phận xét nghiệm trong khoảng thời gian đã quy định;							
g) Mẫu bệnh phẩm được thu thập, vận chuyển và bảo quản theo quy định.							
<b>Giai đoạn Trong xét nghiệm</b>							
8.4. PNX xây dựng và thực hiện các quy trình xét nghiệm cho các XN đang thực hiện tại PNX, các quy trình XN bao gồm những nội dung sau:	x				3	3	***
a) Mục đích;							
b) Phạm vi áp dụng;							
c) Trách nhiệm thực hiện;							
d) Định nghĩa, thuật ngữ và chữ viết tắt;							
e) Nguyên lý/nguyên tắc: Nêu nguyên tắc phương pháp xét nghiệm và các thông số kỹ thuật							
f) Trang thiết bị, nguyên vật liệu và vật tư (bao gồm cả loại mẫu bệnh phẩm, loại hóa chất sử dụng)							
g) Kiểm tra chất lượng							
h) An toàn							
i) Nội dung thực hiện (bao gồm cả phần chuẩn bị bệnh nhân, hóa chất...và các bước thực hiện)							



j) Diễn giải và báo cáo kết quả (bao gồm cách tính toán kết quả XN định lượng, nếu liên quan; khoảng tham chiếu hoặc các giá trị quyết định lâm sàng; khoảng báo cáo của các kết quả xét nghiệm; Hướng dẫn xác định kết quả định lượng khi một kết quả nằm ngoài khoảng đo; Giá trị tới ngưỡng/báo động; Nguồn biến thiên tiềm tàng; Giải thích kết quả của PXN;						
k) Lưu ý cảnh báo (bao gồm các yếu tố gây nhiễu (ví dụ: lipid máu, tán huyết, bilirubinemia, sử dụng thuốc) và các phản ứng chéo)						
l) Lưu trữ hồ sơ						
m) Tài liệu liên quan						
n) Tài liệu tham khảo						
8.5. PXN xây dựng và thực hiện quy trình kiểm soát chất lượng	x			2	2	
8.6. PXN xây dựng quy định tạm dừng trả kết quả cho khách hàng nếu kết quả nội kiểm không đạt	x			2	2	
8.7. PXN thực hiện nội kiểm ở 2 mức giá trị khác nhau cho các XN định lượng;	x			3	3	*
8.8. Thực hiện nội kiểm chứng âm, chứng dương đối với các xét nghiệm định tính	x			2	2	*
8.9. Với xét nghiệm bán định lượng thực hiện mẫu nội kiểm trong bộ kit kèm theo hoặc vật liệu nội kiểm khác	x			3	3	*
8.10. Với xét nghiệm sử dụng test nhanh cần thực hiện nội kiểm định kỳ trên mẫu nội kiểm khác bao gồm cả chứng âm và chứng dương (nếu có)	x			1	1	*
8.11. Thực hiện nội kiểm đồng thời hoặc trước khi tiến hành xét nghiệm trên mẫu người bệnh	x			3	3	*
8.12. Khi kết quả nội kiểm không đạt, PXN tìm kiếm nguyên nhân và khắc phục, chỉ thực hiện tiếp XN sau khi đã hoàn thành việc khắc phục	x			3	3	***
8.13. Kết quả nội kiểm được xem xét định kỳ nhằm phát hiện và khắc phục những xu hướng ảnh hưởng tới kết quả XN		x		2	1	
8.14. PXN xây dựng hướng dẫn thực hiện ngoại kiểm hoặc so sánh liên phòng	x			1	1	
8.15. PXN có tham gia vào chương trình ngoại kiểm (EQA) hoặc so sánh liên phòng (đặc biệt với các xét nghiệm chưa có mẫu EQA), nếu có thì:	x			3	3	*
a) Mẫu EQA được cung cấp bởi các tổ chức đã được công nhận hoặc được phép cung cấp;						
b) Mẫu EQA được nhân viên PXN thường làm loại XN đó thực hiện;						
c) Toàn bộ kết quả EQA được xem xét và được khắc phục khi có SKPH;						
d) Kết quả EQA được trao đổi với nhân viên có liên quan.						
8.16. PXN có quy định bằng văn bản, thực hiện, và lưu hồ sơ về xác nhận giá trị sử dụng/thẩm định phương pháp xét nghiệm trước khi đưa TTB hoặc sinh phẩm mới vào sử dụng.	x			2	2	***
8.17. PXN tuân thủ đúng các quy trình xét nghiệm đã xây dựng.	x			3	3	
<b>Giai đoạn Sau xét nghiệm</b>						
8.18. PXN có quy trình rà soát kết quả XN trước khi trả cho khách hàng (nêu rõ người có thẩm quyền xem xét, các yếu tố	x			2	2	***



cần xem xét bao gồm cả kết quả nội kiểm, ngoại kiểm, thông tin lâm sàng và các kết quả XN trước đó nếu có)						
8.19. PXN có quy định để bảo đảm báo cáo kết quả và việc sao chép là chính xác, rõ ràng	x			1	0	
8.20. PXN thực hiện quy định về định dạng phiếu trả lời kết quả và hình thức trả kết quả	x			1	0	
8.21. Phiếu trả kết quả có bao gồm các nội dung sau:	x			3	3	
a) Loại xét nghiệm bao gồm: phương pháp XN/kỹ thuật XN/trang thiết bị;						
b) Thông tin nhận biết PXN trả kết quả xét nghiệm;						
c) Có nhận dạng các xét nghiệm của PXN chuyển gửi thực hiện;						
d) Thông tin nhận biết người bệnh và địa chỉ của người bệnh trên các trang báo cáo kết quả;						
e) Tên của người yêu cầu xét nghiệm;						
f) Ngày nhận mẫu ban đầu (và giờ nếu cần);						
g) Loại mẫu ban đầu;						
h) Quy trình đo, khi thích hợp;						
i) Kết quả xét nghiệm được báo cáo theo Hệ đo lường quốc tế (SI), để các đơn vị có thể truy xuất đến đơn vị SI, hoặc có thể áp dụng;						
j) Khoảng tham chiếu sinh học, các giá trị quyết định lâm sàng, hoặc các biểu đồ hỗ trợ các giá trị quyết định lâm sàng, nếu có áp dụng;						
k) Diễn giải kết quả, khi cần thiết;						
l) Các nhận xét khác như ghi chú cảnh báo hoặc giải thích;						
m) Nhận biết người xem xét kết quả và có thẩm quyền ban hành kết quả;						
n) Ngày ký duyệt và thời gian ban hành kết quả;						
o) Số trang trên tổng số trang;						
p) Phiếu trả lời kết quả có khoảng trống để phiên giải, ghi chú các vấn đề về kết quả khi cần.						
8.22. PXN xây dựng quy trình trả kết quả XN trong đó nêu rõ người có thẩm quyền ban hành và người nhận kết quả, có bao gồm:	x			3	2	
a) Chỉ rõ trên phiếu kết quả nếu chất lượng của mẫu ban đầu không phù hợp, hoặc có thể ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm;						
b) Thông báo kết quả có giá trị “cảnh báo” hay “báo động”;						
c) Kết quả rõ ràng, không có lỗi sao chép, và được gửi đến người có thẩm quyền nhận;						
d) Khi kết quả được trả ra dưới hình thức báo cáo tạm thời, báo cáo sau cùng phải được gửi đến người yêu cầu XN;						
e) Khi kết quả được trả bằng thông báo qua điện thoại hoặc bản điện tử, có được gửi đến đúng người có thẩm quyền nhận;						
f) Kết quả báo cáo miệng phải được trả bằng văn bản sau đó;						
g) Có hồ sơ ghi chép các kết quả báo miệng.						
8.23. PXN có quy định thực hiện việc sửa đổi kết quả xét nghiệm	x			2	1	



a) Kết quả xét nghiệm đã sửa được nhận biết rõ ràng và bao gồm dẫn chiếu đến ngày và nhận dạng của người bệnh trong bản báo cáo ban đầu;							
b) Khách hàng biết kết quả xét nghiệm có sửa đổi, bổ sung;							
c) Hồ sơ sửa đổi có thể hiện thời gian, ngày và tên của người chịu trách nhiệm sửa đổi.							
8.24. Kết quả ban đầu được lưu giữ khi thực hiện các sửa đổi.	x				1	0	
8.25. PXN có quy trình nhận dạng, thu thập, lưu trữ, đánh số, tiếp cận, bảo quản, và tiêu hủy mẫu sau XN an toàn		x			2	1	
8.26. PXN lưu mẫu XN sau khi đã xét nghiệm theo đúng quy định	x				1	1	
8.27. PXN thực hiện tiêu hủy bệnh phẩm theo đúng quy định	x				1	1	
<b>Tổng số điểm Chương VIII</b>					<b>57</b>	<b>51</b>	

### CHƯƠNG IX. QUẢN LÝ THÔNG TIN

NỘI DUNG TIÊU CHÍ	Đạt	Đạt MP	K	KAD	Điểm	Điểm đánh giá	Nhận xét
9.1. PXN có quy định, thực hiện bảo mật thông tin, kết quả xét nghiệm của khách hàng	x				2	2	***
9.2. PXN xác định thẩm quyền và trách nhiệm của nhân viên, cụ thể những người:	x				3	3	
a) Truy cập dữ liệu và thông tin khách hàng;							
b) Nhập dữ liệu và kết quả xét nghiệm;							
c) Thay đổi dữ liệu hoặc kết quả xét nghiệm;							
d) Thẩm quyền ban hành kết quả và báo cáo xét nghiệm.							
9.3. Hệ thống thông tin điện tử được bảo vệ để ngăn ngừa việc truy cập trái phép	x				2	2	
9.4. Hệ thống được duy trì đảm bảo tính toàn vẹn của dữ liệu và thông tin	x				1	1	
9.5. Lưu hồ sơ ghi nhận những lần hệ thống trục trặc, các hành động tức thì và khắc phục phù hợp		x			1	0,5	
9.6. PXN có kế hoạch dự phòng trong trường hợp hệ thống quản lý thông tin điện tử bị hỏng hoặc khi bảo trì		x			2	1	
<b>Tổng điểm Chương IX</b>					<b>11</b>	<b>9,5</b>	

### CHƯƠNG X. XÁC ĐỊNH SỰ KHÔNG PHÙ HỢP, HÀNH ĐỘNG KHẮC PHỤC VÀ HÀNH ĐỘNG PHÒNG NGỪA

NỘI DUNG TIÊU CHÍ	Đạt	Đạt	K	KAD	Điểm	Điểm	Nhận
-------------------	-----	-----	---	-----	------	------	------



		MP				đánh giá	xét
<b>Xác định sự không phù hợp (SKPH)</b>							
10.1. PXN có quy định bằng văn bản việc nhận biết và kiểm soát SKPH; Văn bản bao gồm những điểm sau:	x				3	3	***
a) Xác định các loại SKPH có thể xảy ra trong toàn bộ hệ thống QLCL từ giai đoạn trước xét nghiệm, trong xét nghiệm và sau xét nghiệm;							
b) Lưu giữ thông tin về SKPH xảy ra (xảy ra khi nào, tình huống dẫn đến SKPH, nhân viên PXN có liên quan...);							
c) Trách nhiệm và thẩm quyền xử lý SKPH; bao gồm thẩm quyền và phân công thực hiện cho từng bước giải quyết;							
d) Hành động (hướng xử lý) được đưa ra ngay;							
e) Xác định mức độ ảnh hưởng của SKPH, chỉ rõ SKPH nào cần tiến hành HĐKP;							
f) Tạm dừng xét nghiệm và thu hồi kết quả nếu cần;							
g) Thông báo cho bác sĩ lâm sàng hoặc người có thẩm quyền sử dụng kết quả;							
h) Kết quả không phù hợp được thu hồi được nhận biết và lưu trữ thích hợp;							
i) Ghi lại hồ sơ ở đâu/như thế nào;							
j) Xác định thời gian giải quyết sự không phù hợp;							
k) Đảm bảo thu hồi kết quả khi có SKPH hoặc có khả năng xảy ra SKPH;							
l) Trả kết quả sau khi hành động khắc phục được thực hiện.							
10.2. Hồ sơ sự không phù hợp có được ghi chép đầy đủ và lưu trữ thích hợp theo quy định của PXN		x			2	1	
<b>Hành động khắc phục</b>							
10.3. PXN có quy định bằng văn bản việc thực hiện hành động khắc phục bao gồm các vấn đề sau:	x				3	3	
a) Xác định nguyên nhân gốc rễ của SKPH;							
b) Thực hiện HĐKP;							



c) Ghi lại kết quả của HĐKP được thực hiện;							
d) Các HĐKP đã thực hiện có được xem xét và đánh giá hiệu quả;							
e) Đánh giá sự cần thiết phải thực hiện HĐPN để bảo đảm SKPH không tái diễn.							
10.4. Hồ sơ HĐKP được ghi chép đầy đủ và lưu trữ thích hợp theo quy định		x			2	1	
<b>Hành động phòng ngừa</b>							
10.5. PXN có quy định bằng văn bản thực hiện HĐPN, bao gồm các nội dung sau:		x			2	2	
a) Xem xét dữ liệu và thông tin PXN để xác định các SKPH tiềm tàng;							
b) Xác định nguyên nhân gốc rễ của SKPH tiềm tàng;							
c) Đánh giá sự cần thiết tiến hành HĐPN;							
d) Xác định và thực hiện HĐPN;							
e) Ghi lại kết quả của HĐPN;							
j) Xem xét hiệu quả của HĐPN.							
10.6. Hồ sơ các HĐPN có được ghi chép đầy đủ và lưu trữ thích hợp theo quy định của PXN; các HĐPN đã thực hiện có được xem xét và đánh giá hiệu quả, bao gồm:		x			2	1	***
a) Xem xét số liệu và thông tin của PXN nhằm xác định SKPH có thể xảy ra;							
b) Phân tích nguyên nhân gốc rễ cho các SKPH;							
c) Thực hiện và lưu thông tin các HĐPN;							
d) Xem xét và đánh giá hiệu quả của HĐPN.							
<b>Tổng điểm Chương X</b>					<b>14</b>	<b>11</b>	

### CHƯƠNG XI. CẢI TIẾN LIÊN TỤC

NỘI DUNG TIÊU CHÍ	Đạt	Đạt MP	K	KAD	Điểm	Điểm đánh giá	Nhận xét
11.1. PXN có các quy định bằng văn bản về các bước thực hiện hoạt động cải tiến liên tục như sau:	x				3	3	



a) Xác định các hoạt động cải tiến trong hệ thống QLCL;							
b) Xây dựng kế hoạch thực hiện hoạt động cải tiến;							
c) Lưu trữ thông tin về kế hoạch cải tiến chất lượng;							
d) Thực hiện kế hoạch hành động;							
e) Trao đổi kế hoạch cải tiến chất lượng và mục tiêu chất lượng với nhân viên PXN.							
11.2. PXN có xác định và thực hiện các hoạt động/dự án cải tiến liên tục	x				3	0	
11.3. PXN hợp định kỳ do lãnh đạo cơ sở y tế hoặc đơn vị chủ trì đề ra soát về việc áp dụng các chỉ số chất lượng, nhu cầu cải tiến liên tục.	x				2	0	
11.4. Các chỉ số chất lượng có được theo dõi định kỳ	x				3	3	*
11.5. Áp dụng các công cụ đồ họa (biểu đồ, đồ thị để trao đổi các phát hiện và xu hướng chất lượng (nếu có thể)				x	2	0	
11.6. Kết quả quá trình xem xét và phân tích chỉ số chất lượng được sử dụng để cải tiến chất lượng PXN				x	2	0	
11.7. Các hành động cải tiến liên tục được xem xét định kỳ và đánh giá nhằm xác định hiệu quả của chất lượng PXN	x				3	0.5	***
11.8. Nhân viên PXN tham gia thực hiện các hoạt động cải tiến	x				3	1	
<b>Tổng điểm Chương XI</b>	<b>9</b>				<b>21</b>	<b>8.5</b>	

## CHƯƠNG XII. CƠ SỞ VẬT CHẤT VÀ AN TOÀN

NỘI DUNG TIÊU CHÍ	Đạt	Đạt MP	K	KAD	Điểm	Điểm đánh giá	Nhận xét
12.1. PXN có đủ diện tích/không gian theo quy định và được phân chia thành các khu vực chức năng riêng biệt	x				2	2	*
12.2. Sổ tay an toàn cập nhật có sẵn tại PXN và dễ dàng tiếp cận được	x				1	1	***
12.3. Sổ tay an toàn bao gồm các nội dung:	x				3	3	***
a) Thông tin chung của PXN							
b) Chính sách về an toàn							



c) <i>Đánh giá nguy cơ</i>							
d) <i>Quản lý an toàn PXN bao gồm chương trình an toàn PXN, trách nhiệm, nhiệm vụ của nhân viên an toàn, chương trình giám sát an toàn; chương trình đào tạo về an toàn; nội quy PXN.</i>							
e) <i>An toàn về máu và dịch cơ thể;</i>							
f) <i>Xử lý chất thải nguy hại;</i>							
g) <i>Hóa chất/vật liệu nguy hại;</i>							
h) <i>Bảng chỉ dẫn an toàn hóa chất (MSDS);</i>							
i) <i>Trang bị bảo hộ cá nhân;</i>							
j) <i>Tiêm phòng;</i>							
k) <i>Dự phòng sau phơi nhiễm;</i>							
l) <i>An toàn phòng cháy, chữa cháy;</i>							
m) <i>An toàn điện.</i>							
<b>Khu vực văn phòng</b>							
12.4. PXN có khu vực sinh hoạt cho nhân viên, bao gồm:	x				1	1	
a) <i>Phòng vệ sinh;</i>							
b) <i>Nguồn nước uống;</i>							
c) <i>Khu vực thay đồ thông thường, hay bộ bảo hộ lao động cá nhân.</i>							
<b>Khu vực và tiện nghi lấy mẫu</b>							
12.5. Có khu vực lấy mẫu bệnh phẩm riêng bao gồm:	x				1	1	*
a) <i>Khu vực lấy mẫu được trang bị phù hợp đảm bảo sự riêng tư, kín đáo và thoải mái cho khách hàng;</i>							
b) <i>Phòng vệ sinh;</i>							
c) <i>PXN có hộp sơ cấp cứu cho nhân viên và khách hàng tại khu vực lấy mẫu.</i>							
<b>Khu vực thực hiện xét nghiệm</b>							
12.6. PXN có kiểm soát việc tiếp cận tới khu vực thực hiện xét nghiệm	x				1	1	



12.7. PXN có được trang bị phù hợp cho việc thực hiện xét nghiệm, bao gồm:	x				2	2	
a) Nguồn điện dự phòng;							
h) Chiếu sáng;							
c) Thông gió;							
d) Kiểm soát tiếng ồn;							
e) Nước;							
f) Ghế ngồi thực hiện xét nghiệm có chiều cao phù hợp với loại xét nghiệm thực hiện;							
g) Xử lý chất thải đúng quy định.							
12.8. PXN có trang bị bảo hộ lao động phù hợp và dễ dàng tiếp cận	x				1	1	
12.9. Các thiết bị an toàn được trang bị đầy đủ và kiểm tra chức năng định kỳ gồm:	x				2	2	
a) Tủ an toàn sinh học;							
b) Ly tâm có nắp đậy;							
c) Nơi rửa tay;							
d) Dụng cụ rửa mắt/ dung dịch rửa mắt thích hợp;							
e) Dụng cụ xử lý mẫu tràn, đổ;							
f) Bộ sơ cứu.							
12.10. Quá trình khử nhiễm PXN được thực hiện thường xuyên và ghi chép lại	x				1	1	
<b>Khu vực lưu trữ</b>							
12.11. PXN có đủ không gian riêng để lưu trữ các vật liệu sau:	x				1	1	
a) Mẫu bệnh phẩm;							
b) Tài liệu và hồ sơ;							
c) Thiết bị;							
d) Sinh phẩm, hóa chất và vật tư.							
12.12. Điều kiện của khu vực lưu trữ được kiểm soát và đảm	x				1	1	



bảo tránh nhiễm chéo							
12.13. Mẫu bệnh phẩm được lưu trữ tách biệt với sinh phẩm, hóa chất và các sản phẩm huyết học.	x				1	1	
12.14. Các vật liệu nguy hiểm phải được lưu trữ, bảo quản, sử dụng bảo đảm an toàn theo quy định	x				1	1	
<b>Cơ sở làm việc và các điều kiện môi trường</b>							
12.15. Khu vực làm việc sạch sẽ và được duy trì thường xuyên, có các bảng cảnh báo phù hợp	x				1	1	
12.16. Dây điện, phích cắm, ổ cắm được bố trí hợp lý và thuận tiện.	x				1	1	
12.17. Có nguồn điện dự phòng bảo đảm cung cấp điện cho các TTB có thể ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm.	x				1	1	
12.18. Các TTB được đặt tại vị trí phù hợp (xa nguồn nước, xa khu vực để hóa chất độc hại...).	x				1	1	
<b>Quản lý chất thải</b>							
12.19. Chất thải nhiễm khuẩn và không nhiễm khuẩn được tách riêng.	x				1	1	
12.20. Chất thải nhiễm khuẩn được xử lý theo đúng quy định như hấp, đốt.	x				1	1	
12.21. Các hóa chất nguy hiểm/vật liệu nguy hiểm được hủy bỏ /xử lí theo đúng quy định	x				1	1	
12.22. Xử lý “vật sắc nhọn” và sử dụng hộp chứa “vật sắc nhọn” một cách hợp lý	x				1	1	
12.23. Chương trình an toàn của PXN bao gồm an toàn phòng cháy chữa cháy.	x				1	1	
<i>a) PXN có sẵn bình cứu hỏa hoạt động được và thường xuyên được kiểm tra.</i>							
<i>b) PXN có hệ thống chuông báo cháy và diễn tập chữa cháy định kỳ.</i>							
<b>An toàn PXN</b>							
12.24. PXN có kế hoạch và thực hiện kiểm tra an toàn định kỳ	x				1	1	
12.25. Việc kiểm tra an toàn được người đã được tập huấn về ATSH thực hiện.	x				1	1	



12.26. Các vấn đề phát hiện trong quá trình kiểm tra an toàn được lưu hồ sơ và báo cáo với người có trách nhiệm để xem xét.				x	1	0	
12.27. PXN phân công nhân viên an toàn để giám sát thực hiện chương trình an toàn trong PXN	x				1	1	***
<b>Tổng điểm Chương 12</b>					<b>32</b>	<b>31</b>	

**C. TÓM TẮT KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ, KHUYẾN CÁO VÀ ĐỀ XUẤT NỘI DUNG KẾ HOẠCH THỰC HIỆN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG**

**1. Tổng hợp điểm**

STT	Nội dung	Điểm tối đa	Điểm áp dụng	Điểm đánh giá	Tỷ lệ đạt (%)
1.	Chương I. Tổ chức và Quản trị PXN	23	23	22	95,65
2.	Chương II. Tài liệu và hồ sơ	10	10	10	100
3.	Chương III. Quản lý nhân sự	21	21	12	57,14
4.	Chương IV. Dịch vụ và Quản lý khách hàng	13	13	13	100
5.	Chương V. Quản lý trang thiết bị	30	30	30	100
6.	Chương VI. Đánh giá nội bộ	13	7	7	100
7.	Chương VII. Quản lý mua sắm vật tư, hóa chất và sinh phẩm	23	21	21	100
8.	Chương VIII. Quản lý quá trình xét nghiệm	57	57	51	89,47
9.	Chương IX. Quản lý thông tin	11	11	9,5	86,36
10.	Chương X. Xác định sự KPH, hành động KPPN	14	14	11	78,57
11.	Chương XI. Cải tiến liên tục	21	17	8,5	50
12.	Chương XII. Cơ sở vật chất và an toàn	32	31	30	96,77
	<b>Tổng số</b>	<b>268</b>	<b>251</b>	<b>239,5</b>	<b>88,37</b>

Tỷ lệ % số điểm PXN đạt được: 88,37%

Chất lượng đạt được của PXN là mức: Mức 4

Tân Kỳ, ngày 25 tháng 10 năm 2024

Trưởng khoa

Người chấm



*Uk*

*Anh*

Trương Thị Hà

Nguyễn Thị Lan Anh

BSCCKII. *Chải Hải Đăng*



**MỤC TIÊU KẾ HOẠCH CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG 2024**  
BỘ TIÊU CHÍ CHẤT LƯỢNG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ AN TOÀN PHẪU THUẬT THEO  
QUYẾT ĐỊNH 7482/QĐ-BYT NGÀY 18/12/2018

TC	TY	Nội dung tiêu chí	Phương pháp đánh giá	Điểm chuẩn	Điểm tự đánh giá năm 2024	Ghi chú
TC1	TY	<b>TC1: Bảo đảm phẫu thuật đúng người bệnh và đúng vị trí cần phẫu thuật</b>				
TC1	TY1	TY1. Xác định danh tính người bệnh bằng các đặc tính: 1) Thông tin nhận diện bao gồm: Họ và tên; Giới tính; Ngày tháng năm sinh (hoặc ngày nhập viện nếu không rõ ngày tháng năm sinh); 2) Mã số người bệnh.	- Kiểm tra QT nhận diện - Kiểm tra HSBA có đủ thông tin nhận diện - Phỏng vấn NV	2	2	Tiêu chí (*)
TC1	TY2	TY2. Người bệnh mang nhãn thông tin nhận diện, gắn chắc trên người theo quy định tại TY1 trước khi bàn giao người bệnh cho phòng phẫu thuật.	- Kiểm tra thông tin NB trên vòng nhận diện - Kiểm tra QT giao - nhận NB trước PT	3	3	
TC1	TY3	TY3. Các thông tin nhận diện người bệnh được ghi trên Bảng thông tin theo dõi phẫu thuật trong phòng phẫu thuật.	Kiểm tra danh sách NB có chỉ định PT trong ngày được ghi trên bảng TT	2	2	
TC1	TY4	TY4. Bản cam kết phẫu thuật: + Có đủ các nội dung theo mẫu của Bộ Y tế ban hành + Được ký bằng đủ 2 chữ ký: Phẫu thuật viên trực tiếp phẫu thuật và Người bệnh (đối với người bệnh hôn mê hoặc < 15 tuổi: người đại diện ký; đối với người bệnh không có người thân: thực hiện theo quy chế đối với người bệnh không có người thừa nhận) có đủ các nội dung liên quan đến phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, nguy cơ phẫu thuật và gây mê.	Kiểm tra bản cam kết PT có đủ nội dung mẫu BHYT và 2 chữ ký	2	2	Tiêu chí (*) Mẫu cũ chưa có phần ký của PTV
TC1	TY5	TY5. Kiểm tra trước khi gây mê: người chịu trách nhiệm thực hiện bảng kiểm đọc to thông tin nhận diện người bệnh, với sự xác nhận tối thiểu của: + Bác sĩ gây mê; + Điều dưỡng dụng cụ; + Người bệnh (đối với người bệnh không tỉnh hoặc trẻ em: đối chiếu với thông tin nhận diện gắn trên người bệnh).	Quan sát trực tiếp hoặc phỏng vấn việc nhận diện đầy đủ thông tin NB và kip PT	3	3	



TC1	TY6	TY6. Vị trí vùng phẫu thuật do phẫu thuật viên chính đánh dấu trước khi chuyển lên Phòng phẫu thuật (ngoại trừ một số loại phẫu thuật không cần đánh dấu, do bệnh viện quy định); sử dụng dấu mũi tên hướng vào vị trí phẫu thuật; dấu được đánh rõ ràng, dễ nhìn và không bị chất sát khuẩn tẩy nhòa (Không sử dụng chữ X để đánh dấu vị trí phẫu thuật).	- Kiểm tra quy định đánh dấu vùng phẫu thuật - Quan sát trực tiếp vùng PT xem đánh dấu nhận diện có đúng Ko	3	3	
TC1	TY7	TY7. Vùng đánh dấu vị trí phẫu thuật được kiểm tra, xác định ít nhất 2 lần sau khi người bệnh đã vào phòng phẫu thuật: + Lần 1: Người phụ trách bảng kiểm ATPT và bác sĩ hoặc KTV gây mê (SIGN IN); + Lần 2: Cả e-kip xác nhận bằng lời nói trước khi đặt dao mổ (TIME OUT).	Quan sát trực tiếp hoặc hỏi kíp PT	3	3	Tiêu chí (*)
TC1	MR1	MR1. Người bệnh được đeo vòng nhận diện có mã số nhận diện và thông tin nhận diện người bệnh.	Kiểm tra thông tin NB trên vòng nhận diện	1	1	(Điểm thưởng)
TC2	TY	<b>TC2: Bảo đảm trang bị và chuẩn bị đầy đủ khả năng về chuyên môn kỹ thuật hiện có, để phòng ngừa nguy cơ tai biến trong gây mê và phẫu thuật cho người bệnh:</b>		0	0	
TC2	TY1	TY1. Bác sĩ gây mê được bảo đảm đủ năng lực chuyên môn thông qua các chương trình đào tạo: + Có chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh - chuyên khoa gây mê hồi sức; + Có xác nhận đủ số giờ đào tạo, cập nhật kiến thức chuyên môn liên tục theo quy định; + Có chứng chỉ đào tạo nâng cao về cấp cứu ngừng tuần hoàn; + Một bác sĩ gây mê cùng một thời điểm chịu trách nhiệm gây mê tối đa 02 (hai) bàn phẫu thuật liền kề nhau.	- Kiểm tra CC hành nghề của BSGM, xác nhận/chứng chỉ đào tạo - Kiểm tra số bàn PT 1 BS chịu trách nhiệm cùng 1 thời điểm (ko quá 2 bàn PT)	3	1.5	
TC2	TY2	TY2. Theo dõi người bệnh trước, trong và sau phẫu thuật: + Người bệnh được nhân viên gây mê (Bác sĩ hoặc Điều dưỡng gây mê) theo dõi liên tục từ khi vào phòng phẫu thuật đến khi rời khỏi phòng phẫu thuật; + Người bệnh sau phẫu thuật và trước khi chuyển về buồng bệnh phải được theo dõi và chăm sóc tại phòng Hồi tỉnh.	- Kiểm tra quy trình theo dõi, chăm sóc NB trước - trong - sau PT - Quan sát trực tiếp hoặc kiểm tra HSBA ghi chép thể hiện NB được theo dõi liên tục	3	2	
TC2	TY3	TY3. Máy mê kèm thở + Bảo đảm có các chức năng tối thiểu dành cho gây mê: có thể gây mê bằng thuốc mê bay hơi, có bình hấp thu CO2, có hệ thống thu hồi khí thải; + Bảo đảm tối thiểu có 5 thông số theo dõi, bao gồm: Vt, MV, f, Pmax, FiO2; + Luôn duy trì chế độ báo động phù hợp; + Có hệ thống acqui dự phòng hoạt động tốt;	- Kiểm tra quy trình quản lý máy, TTB (kèm bảng kiểm giám sát tuân thủ) - Kiểm tra chức năng, thông số, ác quy dự phòng	8	6	Tiêu chuẩn (*) Không bắt buộc áp dụng đối với cơ sở không thực hiện phẫu thuật có gây mê, gây tê vùng



TC2		<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Máy được bật và kiểm tra khả năng hoạt động vào đầu giờ buổi sáng mỗi ngày và ghi vào sổ theo dõi hoạt động của máy;</li> <li>+ Có quy trình kiểm tra với từng máy đang hoạt động liên quan đến quá trình phẫu thuật và theo dõi sau phẫu thuật tại Khoa gây mê hồi sức;</li> <li>+ Dây máy thở nối từ máy mê kèm thở đến người bệnh (hoặc phin lọc) được thay sau mỗi ca phẫu thuật</li> </ul>	- Kiểm tra sự hoạt động của máy được ghi chép tại sổ nhật ký hoặc quan sát trực tiếp	0	0	
TC2	TY4	TY4. Có nguồn dự phòng cung cấp ô xy độc lập thứ hai có thể tiếp cận sử dụng ngay khi nghi ngờ nguồn ô xy thứ nhất không đảm bảo chất lượng.	Kiểm tra nguồn dự phòng cung cấp oxy	1	1	
TC2	TY5	TY5. Máy Monitoring có đủ các thông số cơ bản: SpO2, tần số tim (ECG), huyết áp, nhiệt độ, EtCO2; hoặc các thông số monitoring trên các máy mê kèm thở nếu được trang bị. Các thông số này phải được theo dõi liên tục trong suốt quá trình gây mê và ghi chép ít nhất 10 phút/1 lần vào phiếu gây mê, trường hợp đặc biệt cần ghi chép tối thiểu 5 phút/ 1 lần.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiểm tra thông số máy theo dõi</li> <li>- Kiểm tra ghi chép trong phiếu gây mê (ít nhất 10 phút/ 1 lần)</li> </ul>	6	6	
TC2	TY6	<p>TY6. Trang thiết bị phòng Phẫu thuật: Máy gây mê, máy hút, máy khử rung tim,... phải bảo đảm đang hoạt động tốt và được bảo dưỡng, bảo trì định kỳ theo đúng quy định của nhà sản xuất:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Có sổ theo dõi lý lịch máy;</li> <li>+ Có danh mục thông số bảo trì, thay thế định kỳ;</li> <li>+ Có nhân viên chuyên ngành trang thiết bị của bệnh viện (đối với tuyến TW, tỉnh) trực tiếp phụ trách bảo dưỡng, bảo trì;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiểm tra máy, thiết bị trong phòng mổ đảm bảo hoạt động tốt</li> <li>- Sổ theo dõi lý lịch máy được ghi chép định kỳ theo quy định bảo dưỡng bảo trì hoặc ghi đột xuất khi sửa chữa máy</li> </ul>	1	1	
TC2		<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Đối với các bệnh viện không có chuyên viên chuyên ngành trang thiết bị (tuyến huyện, bệnh viện tư nhân và các bệnh viện khác) cần phải có hợp đồng bảo trì bảo dưỡng của các công ty cung cấp dịch vụ bảo trì bảo hành theo pháp luật Việt Nam quy định (có biên bản bàn giao chất lượng máy sau khi bảo hành bảo trì);</li> <li>+ Sổ theo dõi lý lịch máy ghi chép đầy đủ kết quả các kỳ bảo dưỡng;</li> <li>+ Có chính sách quy định về kế hoạch bảo trì, bảo dưỡng thiết bị, cơ chế thay thế thiết bị, vật tư tiêu hao của thiết bị.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiểm tra hợp đồng bảo trì, bảo dưỡng</li> <li>- Kiểm tra biên bản bàn giao chất lượng máy sau sửa chữa bảo hành</li> <li>- Kiểm tra quy định bảo trì, bảo dưỡng máy, thay thế thiết bị</li> </ul>	0	0	
TC2	TY7	TY7. Có biện pháp phòng ngừa nguy cơ cháy nổ, điện giật do sử dụng dao điện, nguy cơ bong, nguy cơ ngã, khô giác mạc, liệt chi trong quá trình phẫu thuật.	Kiểm tra quy định, nội quy	1	1	
TC2	TY8	TY8. Có quy định danh mục thuốc tối thiểu sử dụng trong phòng phẫu thuật.	Kiểm tra quy định danh mục thuốc tối thiểu	1	1	
TC2	TY9	TY9. Có quy định danh mục trang thiết bị tối thiểu trong phòng phẫu thuật.	Kiểm tra quy định danh mục TTB tối thiểu	1	1	



TC2	TY10	TY10. Bảo đảm phòng, ngừa nguy cơ mất nguồn cung cấp điện đột ngột: + Hệ thống điện bảo đảm hoạt động 24/24h; + Có phương án ứng phó cụ thể khi có sự cố mất điện (nhân lực, phương tiện, chỉ huy điều hành...); + Hệ thống điện dự phòng bảo đảm tự động kích hoạt thay thế không quá 15 giây.	- Kiểm tra phương án ứng phó sự cố mất điện - Kiểm tra hệ thống điện dự phòng	1	1	
TC2	MR1	MR 1. 100% bác sĩ gây mê được đào tạo sau đại học (thạc sĩ, chuyên khoa I trở lên) về chuyên khoa gây mê.	Kiểm tra văn bằng sau đại học của BSGM	0.5	0	(Điểm thưởng)
TC2	MR2	MR 2. Bác sĩ gây mê trong cùng một thời điểm chỉ được phân công gây mê 1 bàn phẫu thuật.	Kiểm tra nhân sự BSGM với số ca phẫu thuật trong ngày	0.5	0.5	(Điểm thưởng)
TC2	MR3	MR 3. Có thiết bị kiểm chuẩn chất lượng oxy trước khi nhập vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; hoặc bình oxy phải có giấy kiểm định an toàn từ nhà cung cấp.	Kiểm tra thiết bị kiểm chuẩn chất lượng oxy trước khi nhập vào Bv hoặc giấy kiểm định bình oxy an toàn của nhà cung cấp	0.5	0.5	(Điểm thưởng)
TC2	MR4	MR 4. Máy Monitoring có thêm 1 số các thông số đo: độ đau; độ mê; độ giãn cơ, nồng độ khí mê.	Kiểm tra/quan sát máy theo dõi có đủ thông số theo TC quy định	1	1	(Điểm thưởng)
TC2	MR5	MR 5. Máy Monitoring có chỉ số huyết áp động mạch xâm lấn và sử dụng được.	Kiểm tra/quan sát máy theo dõi có đủ thông số theo TC quy định	0.5	0	(Điểm thưởng)
TC3	TY	<b>TC3: Bảo đảm phát hiện và sẵn sàng ứng phó với tình huống do mất kiểm soát đường thở và chức năng hô hấp đe dọa đến tính mạng người bệnh:</b>		0	0	
TC3	TY1	TY1. Bảo đảm chuẩn bị đầy đủ phương tiện kiểm soát đường thở trước khi gây mê, gây tê: + Bộ đặt nội khí quản (NKQ); + Thiết bị trên thanh môn (mask thanh quản, combitube...); + Bộ đặt nội khí quản khó có sẵn tại khu mổ; + Bộ dụng cụ mở khí quản thông thường có sẵn trong khu phẫu thuật.	Kiểm tra phương tiện kiểm soát đường thở theo quy định trong TC	2	2	
TC3	TY2	TY2. Đánh giá nguy cơ mất kiểm soát đường thở trước phẫu thuật được ghi trong phiếu khám chuyên khoa (khám tiền mê): + Nguy cơ trào ngược thức ăn; + Nguy cơ đặt NKQ khó; + Tiên lượng nguy cơ đặt NKQ khó.	Kiểm tra khám tiền mê tại phiếu khám chuyên khoa	2	2	
TC3	TY3	TY3. Kiểm tra xác định đã đặt NKQ thành công và ghi vào phiếu theo dõi gây mê dựa theo các tiêu chí: (1) Hình thán đồ có ít nhất 3 sóng liên tục đều nhau (tiêu chuẩn vàng); (2) Nghe phổi (tại ít nhất 4 vị trí) và dạ dày; (3) Theo dõi thể tích khí lưu thông (VT) của người bệnh trên máy thở; (4) SpO2, (5) Độ sâu nội khí quản. (6) Bơm và kiểm tra độ căng bóng ống NKQ.	Kiểm tra ghi chép phiếu theo dõi gây mê thể hiện các tiêu chí đặt NKQ thành công	2	2	
TC3	TY4	TY4. Có phác đồ kiểm soát đường thở khó.	Kiểm tra phác đồ kiểm soát đường thở để vị trí dễ tiếp cận	2	2	



TC3	TY5	TY5. Sau khi đặt thông số máy thở phải kiểm tra thông số thở của người bệnh (Vt, MV, F, FiO2, EtCO2, Pmax, SpO2) và ghi vào phiếu gây mê hồi sức.	Kiểm tra HSBA (phần ghi chép của BSGM)	1	1	
TC3	TY6	TY6. Đánh giá đường thở sau mỗi lần thay đổi tư thế phẫu thuật hoặc bơm hơi ổ bụng và ghi vào phiếu theo dõi gây mê.	Kiểm tra HSBA (phần ghi chép của BSGM)	1	1	
TC3	MR1	MR1. Có số lượng > 1 thiết bị đặt ống NKQ khó (camera, nội soi mềm, track light) tại khu phẫu thuật.	Kiểm tra thiết bị đặt NKQ khó	1	1	(Điểm thưởng)
TC3	MR2	MR2. Có bộ dụng cụ mở khí quản nhanh.	Kiểm tra dụng cụ mở khí quản nhanh	1	1	(Điểm thưởng)
TC4	TY	<b>TC4: Bảo đảm nhận định sớm và phòng ngừa kịp thời với nguy cơ mất máu cấp trong phẫu thuật</b>		0	0	
TC4	TY1	TY1. Đánh giá trước phẫu thuật: + Tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật: khai thác tiền sử bệnh, khám lâm sàng (da, niêm mạc, mạch, huyết áp) và xét nghiệm máu (thành phần tế bào máu, Hct, Hb); + Nguy cơ mất máu liên quan đến phẫu thuật dự kiến sẽ thực hiện; + Tình trạng và mức độ nặng của các bệnh kèm theo gây suy giảm khả năng đáp ứng của cơ thể với thiếu máu hay gây tăng nhu cầu cung cấp ô xy tổ chức. Đặc biệt quan tâm đến bệnh lý gây suy giảm chức năng tim mạch, hô hấp và thần kinh.	Kiểm tra HSBA (phần ghi chép của BS, ĐD đánh giá trước phẫu thuật)	1	1	
TC4	TY2	TY2. Theo dõi sát, đánh giá đúng tình trạng mất máu trong phẫu thuật nhằm đưa ra chỉ định truyền máu kịp thời, thích hợp với từng người bệnh: + Theo dõi các chỉ số sinh tồn cơ bản (mạch, huyết áp, điện tim, SpO2, nước tiểu); + Đánh giá tốc độ và thể tích mất máu (qua bông gạc, bình hút khăn trải vết mổ v.v.); + Đánh giá mức độ cải thiện tình trạng thiếu máu về mặt lâm sàng và xét nghiệm sau khi đã truyền máu để có kế hoạch tiếp theo.	Kiểm tra phần ghi chép của BS trong phẫu thuật về tình trạng NB	1	1	
TC4	TY3	TY3. Thông tin về nguy cơ mất máu được trao đổi giữa phẫu thuật viên và bác sĩ gây mê và được ghi vào phiếu gây mê hoặc bệnh án.	Kiểm tra phần ghi chép của BS trong phẫu thuật về tình trạng NB	1	1	
TC4	TY4	TY4. Có dự phòng dung dịch cao phân tử (thay thế khi chưa có máu truyền).	Kiểm tra cao phân tử dự phòng	1	1	
TC4	TY5	TY5. Dự trữ đủ cơ số máu tối thiểu đối với tất cả các phẫu thuật có nguy cơ mất máu ( $\geq 2$ đơn vị máu cùng nhóm)	Kiểm tra cơ số máu dự trữ tối thiểu	1	1	
TC4	TY6	TY6. Tiếp cận với ngân hàng máu dễ dàng và nhanh chóng:	Phòng vấn BS, ĐD	0	0	
		a. Có quy trình tiếp cận máu khẩn cấp trong 30 phút;	Kiểm tra QT tiếp cận máu khẩn cấp	0.5	0.5	





		b. Khối hồng cầu hoặc hồng cầu lắng nhóm máu O có sẵn trong bệnh viện (tối thiểu 2 đơn vị).		0.5	0.5	
TC4	TY7	TY7. Chuẩn bị sẵn tối thiểu 2 đường truyền tĩnh mạch tốc độ lớn trên người bệnh khi đánh giá có nguy cơ mất máu cao.	Kiểm tra trực tiếp (nếu có)	1	1	
TC4	TY8	TY8. Có thiết bị làm ấm máu.	Kiểm tra thiết bị làm ấm máu	1	0	
TC4	TY9	TY9. Có quy định hướng dẫn về chỉ định truyền máu và quy trình truyền máu.	Kiểm tra QT/QĐ chỉ định truyền máu. QT để vị trí dễ tiếp cận	1	1	
TC4	MR1	MR1. Có thiết bị truyền dịch, truyền máu nhanh.	Kiểm tra thiết bị truyền máu nhanh	0.5	0	(Điểm thưởng)
TC4	MR2	MR2. Tại khu phẫu thuật có thiết bị đo các thông số sau: + Khí máu; + SaO <sub>2</sub> ; + Lactate máu; + Thử Hemoglobin (Hb) hoặc Hematocrit (Hct) thường xuyên.	Kiểm tra thực tế các thiết bị theo TC quy định	0.5	0	(Điểm thưởng)
TC4	MR3	MR3. Người bệnh được truyền máu ngay khi có dấu hiệu mất máu nặng (kể cả trước khi bàn giao cho Khoa Gây mê).	Kiểm tra thực tế hoặc ghi chép trong HSBA	0.5	0.5	(Điểm thưởng)
TC5	TY	<b>TC5: Bảo đảm phòng ngừa và giảm thiểu tối đa nguy cơ dị ứng và các phản ứng có hại của thuốc.</b>		0	0	
TC5	TY1	TY1. Bác sĩ gây mê khai thác tiền sử dị ứng thuốc, thức ăn và tiền sử dùng thuốc của người bệnh và ghi vào phiếu Gây mê hồi sức: + Trực tiếp người bệnh (người bệnh tỉnh, trên 18 tuổi); + Người nhà người bệnh (người bệnh hôn mê, trẻ em < 18 tuổi, người bệnh mắc bệnh tâm thần kinh).	Kiểm tra HSBA (phần ghi chép của BSGM)	2	2	
TC5	TY2	TY2. Các thuốc sau khi đã được hút sẵn vào ống tiêm phải được dán nhãn thuốc; xác nhận và kiểm tra 5 đúng theo quy định và tốc độ tiêm trước khi sử dụng.	Kiểm tra thực tế hoặc PV NV	1	1	
TC5	TY3	TY3. Chuẩn bị đầy đủ cơ số thuốc và thiết bị cần thiết để xử trí cấp cứu sốc phản vệ.	Kiểm tra thuốc và phương tiện phòng sốc phản vệ	2	2	
TC5	TY4	TY4. Có phác đồ chống sốc phản vệ.	Kiểm tra phác đồ	1	1	
TC5	TY5	TY5. Có phác đồ xử trí ngộ độc thuốc tê.	Kiểm tra phác đồ	1	1	
TC5	TY6	TY6. Khoa Gây mê có dự trữ tối thiểu 500ml dung dịch Lipid 20%.	Kiểm tra Lipid dự trữ	1	1	
TC5	MR1	MR1. Bác sĩ gây mê được hiểu và cung cấp đầy đủ thông tin về dược tính của thuốc hiện đang sử dụng trong gây mê tại bệnh viện.	Phỏng vấn BSGM	0.5	0.5	(Điểm thưởng)



TC5	MR2	MR2. Xây dựng bảng thông tin thuốc cập nhật định kỳ tại Khoa GMHS.	Kiểm tra bảng thông tin thuốc cập nhật định kỳ tại khoa GMHS	0.5	0.5	(Điểm thưởng)
TC5	MR3	MR3. Các thuốc được chuẩn bị để sử dụng trong gây mê được sắp xếp ngăn nắp và tách biệt riêng từng loại thuốc.	Kiểm tra 5S tủ thuốc	0.5	0.5	(Điểm thưởng)
<b>TC6</b>	<b>TY</b>	<b>TC6: Bảo đảm ngăn ngừa đề quên dụng cụ phẫu thuật, vật tư tiêu hao tại vị trí phẫu thuật</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	
TC6	TY1	TY1. Có Bảng thông tin theo dõi phẫu thuật treo trên tường phòng mổ, theo dõi số lượng dụng cụ, vật tư tiêu hao sử dụng trong phẫu thuật (Bảng treo phải đảm bảo quy tắc của chống nhiễm khuẩn).	Kiểm tra bảng theo dõi sử dụng dụng cụ, VTTT trong phòng mổ	4	0	
TC6	TY2	TY2. Có danh mục số lượng và loại dụng cụ, vật tư tiêu hao sử dụng cho mỗi ca phẫu thuật.	Kiểm tra danh mục, dụng cụ, VTTT cho mỗi ca phẫu thuật	4	4	
TC6	TY3	TY3. Điều dưỡng dụng cụ (Điều dưỡng dụng cụ vòng trong) và Điều dưỡng chạy ngoài (điều dưỡng dụng cụ vòng ngoài) đếm và kiểm tra dụng cụ tối thiểu 2 lần cùng 1 lúc trước khi rạch da và đóng vết mổ, có ghi lại số lượng lên bảng theo dõi hoặc trong bảng danh mục ở mục TY2.	- PV điều dưỡng tham gia ca mổ - Kiểm tra ghi chép kiểm đếm gạc, dụng cụ trên bảng, trong HSBA	6	6	Tiêu chuẩn (*)
TC6	TY4	TY4. Ghi chép, đối chiếu lại kết quả kiểm đếm, tên và chức trách của người kiểm đếm trên bảng kiểm đếm dụng cụ, vật tư tiêu hao.	Phiếu kiểm đếm gạc, dụng cụ ghi đầy đủ thông tin và có chữ ký xác nhận	5	5	
TC6	MR1	MR1. Sử dụng gạc có cản quang.	Kiểm tra gạc có cản quang trong phòng mổ	0.5	0.5	(Điểm thưởng)
TC6	MR2	MR2. Sử dụng dụng cụ gom gạc có số lượng ngăn và móc treo thống nhất.	Kiểm tra thực tế	0.5	0.5	(Điểm thưởng)
<b>TC7</b>	<b>TY</b>	<b>TC7: Bảo đảm bảo quản và xác định chính xác tất cả các mẫu bệnh phẩm phẫu thuật</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	
TC7	TY1	TY1. Mẫu bệnh phẩm được cho vào túi, lọ dán nhãn, đánh dấu bao gồm các thông tin sau: + Danh tính nhận diện người bệnh (họ và tên; giới tính, ngày tháng năm sinh) và mã số người bệnh; + Vị trí, thời gian (ngày, giờ) lấy mẫu; + Tên mẫu bệnh phẩm.	Kiểm tra ghi chép hoặc phỏng vấn NV thông tin trên túi bệnh phẩm	1	1	
TC7	TY2	TY2. Bệnh phẩm được điều dưỡng chạy ngoài (điều dưỡng dụng cụ vòng ngoài) cho vào túi đựng có dán nhãn, đánh dấu.	Quan sát thực tế	1	1	
TC7	TY3	TY3. Phẫu thuật viên xác định và kiểm tra lại thông tin ghi trên mẫu bệnh phẩm.	Kiểm tra xác nhận thông tin bệnh phẩm của NB	1	1	
TC7	TY4	TY4. Phẫu thuật viên ghi chỉ định cận lâm sàng gắn kèm với mẫu bệnh phẩm	Kiểm tra ghi chép chỉ định của PTV	1	1	
TC7	TY5	TY5. Có sổ bàn giao mẫu bệnh phẩm cho người nhận và có ký nhận	Kiểm tra ghi chép đầy đủ thông tin tại các cột mục trong sổ	1	1	



TC8	TY	TC8: Bảo đảm các thành viên trong nhóm phẫu thuật có sự trao đổi và chia sẻ thông tin quan trọng một cách hiệu quả trong suốt quá trình phẫu thuật.		0	0	
TC8	TY1	TY1. Có xây dựng và thực hiện quy định về chỉ định miêng theo quy định tại Khoản 4, Điều 15, Thông tư 13/2012/TT-BYT của Bộ Y tế.	Kiểm tra quy trình chỉ miêng tại khoa GMHS	1	1	
TC8	TY2	TY2. Giới thiệu tên, vai trò của từng thành viên trong e-kip phẫu thuật trước khi rạch da.	Quan sát thực tế	1	1	
TC8	TY3	TY3. Trao đổi, thông tin thường xuyên bằng lời nói giữa phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê và các thành viên trong e-kip về nguy cơ và tình trạng người bệnh trong suốt quá trình phẫu thuật và cùng bàn bạc để đưa ra những quyết định về theo dõi, chăm sóc và điều trị sau phẫu thuật.	Quan sát thực tế	1	1	
TC8	TY4	TY4. Bảng kiểm ATPT có ký tên đầy đủ theo đúng yêu cầu; các mục trong bảng kiểm được kiểm tra đầy đủ và gắn vào trong hồ sơ bệnh án sau phẫu thuật.	Kiểm tra bảng kiểm dán trong HSBA (Các mục được thực hiện đầy đủ có ký tên)	2	2	
TC 9	TY	TC9: Bảo đảm phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ		110	98.5	
		<b>Tổng số</b>				
		<b>Điểm chính</b>				
		<b>Điểm thưởng</b>				

NGƯỜI LẬP



Đặng Thị Lân

TỔ QLCLBV



Phan Thị Hương

Tân Kỳ, ngày 18 tháng 10 năm 2024

CHỦ TỊCH HĐQT QLCLBV



Thái Hải Đăng