

HƯỚNG DẪN CÁCH GHI CHĂM SÓC THEO TT 32.

Các biểu mẫu dùng để ghi chép diễn biến của người bệnh và thể hiện việc thực hiện chỉ định điều trị chăm sóc của Điều dưỡng, Hộ sinh, kỹ thuật viên đối với người bệnh theo quy định là phiếu thể hiện thông tin giữa các Điều dưỡng và giữa Điều dưỡng với Bác sỹ điều trị - là tài liệu pháp lý để đánh giá trách nhiệm trong phạm vi chức năng và nhiệm vụ Điều dưỡng. Do vậy, việc ghi chép cần phải đầy đủ, rõ ràng, chính xác và trung thực.

I. THÔNG TIN CHUNG

1. Nguyên tắc:

1.1. Tính chính xác: Thông tin về triệu chứng, kết quả khám bệnh và các nội dung liên quan khác cần được ghi lại một cách chính xác, trung thực.

1.2. Tính đầy đủ: Việc ghi chép hồ sơ bệnh án cần phải đầy đủ, tránh bỏ sót các thông tin quan trọng về thông tin hành chính, kết quả khám bệnh, cận lâm sàng, thăm dò chức năng, quá trình chẩn đoán và điều trị, chăm sóc và những thông tin khác có liên quan đến quá trình chữa bệnh của người bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

1.3. Tuân thủ quy định: Việc ghi chép hồ sơ phải tuân thủ các nội dung, hướng dẫn chuyên môn đã ban hành.

1.4. Dễ đọc, dễ hiểu: Hồ sơ bệnh án phải sử dụng các từ ngữ rõ ràng, khoa học, trình bày dễ hiểu, dễ đọc.

1.5. Thời gian và người trực tiếp ghi chép: Thời gian ghi chép và người trực tiếp ghi chép thông tin trong hồ sơ bệnh án cần được ghi rõ tại mỗi mục có chứa thông tin.

2. Đối tượng áp dụng: Tất cả bệnh nhân chăm sóc cấp I, II, III.

3. Thời gian áp dụng: Áp dụng 100% khoa lâm sàng và trạm Y tế.

Trong quá trình thực hiện, nếu có vướng mắc hoặc bổ sung, các khoa/phòng/trạm y tế tổng hợp báo cáo về phòng Điều dưỡng để kịp thời điều chỉnh phù hợp với thực tế (Email: phongdieuduongttythm@gmail.com).

4. Một số quy định: Bộ mã hóa theo phụ lục đính kèm

I. Thông tin người bệnh:

Ghi chính xác và thống nhất các phiếu trong hồ sơ

II. Nhận định và theo dõi

1. Chỉ số sinh tồn, sinh trắc: Ghi bằng số

2. Giờ, ngày tháng, năm: Ghi bằng số

3. Phân cấp chăm sóc: Cấp 1: C-I, cấp II: C-II, Cấp 3: C-III

4. Nhận định, theo dõi:

- Một số ký hiệu: (+) Có, (-) không, (/): Không ghi nhận. BT: Bình thường.

- Thở: C1/C2/M: Cannula/catherter/Mask

- Chỉ số sinh tồn, sinh trắc: ghi bằng số thời điểm nhận định.

- Toàn thân: + Da, niêm mạc: da hồng, da vàng, da nhợt nhạt...

+ Tri giác: tỉnh, tiếp xúc tốt, tiếp xúc chậm, hôn mê.

- Hô hấp: Nhận định thực tế: khó thở, thở oxy, ho, đờm, ...

- Tuần hoàn: đánh giá tính chất mạch : bình thường, mạch nhanh, nhanh nhỏ, khó bắt. Huyết áp cao hay thấp, đau ngực, hồi hộp, tức ngực, tắc mạch, giãn tĩnh mạch không

- Tiêu hóa: Đau bụng, vị trí. Ấn bụng mềm hay chướng, đầy bụng, khó tiêu, đầy hơi, ợ chua không? Tiêu chảy, táo bón, phân máu không? Buồn nôn, nôn, đại tiện, vết mổ, các ống thông?

- Thần kinh: Lời nói: nhảm hay rõ ràng, mất trí nhớ không?

- Dinh dưỡng:

+ Chế độ ăn: bằng miệng, qua Sonde

+ Lượng ăn trên/ngày: Ghi số lượng

- Giấc ngủ: ngủ bình thường, khó ngủ

- Chế độ nghỉ ngơi: tại giường

- Vệ sinh cá nhân: sạch. bản

- Tinh thần: bình thường, hoảng loạn.

- Vận động: bình thường, Khó khăn, liệt (P: Liệt nửa người phải, T: liệt nửa người T). Có run, giật, chóng mặt..

- Xương khớp: Trật khớp, cứng khớp, biến dạng không?, khớp sưng, nóng, đỏ đau không.

- Tiết niệu: tự chủ, không tự chủ, qua sonde, nước tiểu số lượng, màu sắc, cầu bàng quang..

- Phục hồi chức năng: Có (+), không (-).

- Giáo dục sức khỏe: Có (+), không (-).

- Theo dõi khác:

+ Đau:

- **Thang điểm trẻ sơ sinh (NIPS):**

0 -2: không đau, đau nhẹ,

3 - 4: Đau vừa,

> 4: Đau nghiêm trọng.

- **Thang điểm > 7 tuổi (Vas):** theo cơ chế (Đau cảm thụ, đau thần kinh, đau hỗn hợp, đau tâm lý), theo thời gian (đau cấp, đau mãn tính), theo khu trú (đau cục bộ, đau xuất chiếu, đau lan xiên).

- **Thang điểm < 7 tuổi (FLACC):**

0: Thư giãn, thoải mái

1-3: Khó chịu nhẹ

4-6: Đau vừa

7-10: Khó chịu/đau dữ dội.

+ **Thang Điểm Braden (nguy cơ loét, tỳ đè):**

Nguy cơ thấp: > 20 điểm

Nguy cơ trung bình: 16-20 điểm

Nguy cơ cao: 11-15 điểm

Nguy cơ rất cao: ≤ 10 điểm.

+ **Thang điểm NEWS2 (cảnh báo sớm):**

0-4: Nguy cơ thấp

3 (điểm cao nhất ở bất kỳ tiêu chí nào): Nguy cơ Trung bình thấp

5-6 (đáp ứng khẩn cấp): nguy cơ Trung bình

≥ 7: Nguy cơ cao

+ **Thang điểm VIP Score (Đánh giá mức độ viêm tĩnh mạch).**

0: Không có dấu hiệu viêm TM

1: Có thể là Giai đoạn sớm của viêm TM

2: Giai đoạn sớm của viêm TM

3. Giai đoạn Trung bình của viêm TM

4: Giai đoạn tiến triển của Viêm TM hoặc bắt đầu huyết khối TM

5: Giai đoạn tiến triển của huyết khối.

+ **Thang điểm Morse (nguy cơ té ngã)**

0-29 điểm: nguy cơ thấp –Can thiệp

30-49 điểm: Nguy cơ Trung bình – Phòng ngừa

≤ 50 điểm: Nguy cơ cao – Thực hiện biện pháp phòng ngừa.

III. Can thiệp Điều dưỡng: Theo phụ lục 1

- **Thực hiện Y lệnh thuốc:** T1: Thực hiện chỉ định thuốc

T2: Thực hiện Y lệnh thuốc bổ sung

- **Thực hiện chỉ định CLS:**

- **Chăm sóc Điều dưỡng:**

- **Tư vấn GDSK:**

- **Bàn giao:** Hồ sơ: Ghi số lượng

CLS/Phim: Số lượng

Người bệnh: Số lượng

- **Ký tên:** Ký tên người thực hiện.

IV. Chẩn đoán Điều dưỡng/Đánh giá mục tiêu:

1. Xây dựng chẩn đoán điều dưỡng và đưa ra các mục tiêu chăm sóc đối với từng chẩn đoán. Chẩn đoán điều dưỡng được xây dựng khi người bệnh nhập khoa và sẽ cập nhật khi người bệnh có phát sinh những vấn đề hoặc nhu cầu mới.

2. Thực hiện đánh giá/lượng giá mục tiêu chăm sóc: đánh dấu (X) vào các ô mục tiêu **sau khi** đã hoàn thành.

Ví dụ: Chẩn đoán DD “người bệnh khó chịu do vệ sinh cá nhân kém”.

Mục tiêu “người bệnh vệ sinh cá nhân sạch sẽ”: chưa hoàn thành.

Mục tiêu “người bệnh vệ sinh cá nhân sạch sẽ”: hoàn thành.

3. Mục tiêu chưa hoàn thành (Không đánh dấu (X)): sẽ tiếp tục thực hiện hoặc thay đổi mục tiêu theo vấn đề hiện tại của người bệnh.

4. Trường hợp khi người bệnh xuất viện nhưng các mục tiêu chăm sóc chưa hoàn thành, điều dưỡng tiến hành tư vấn và hướng dẫn người bệnh tiếp tục chăm sóc tại nhà.

Lưu ý: Bệnh nhân CS cấp 1: Ghi theo chỉ định (**lưu ý: bs cho vào chỉ định theo dõi**)

Bệnh nhân CS cấp 2-3: Ghi ít nhất 2 khung giờ sáng và chiều

Bệnh nhân có vấn đề diễn biến: Ghi theo khung giờ diễn biến.