


**TRUNG TÂM Y TẾ HOÀNG MAI**



**QUY TRÌNH TRÍCH SAO HỒ SƠ BỆNH ÁN  
TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HOÀNG MAI**

**QT.KHTH.02**

<b>Người viết</b>	<b>Người kiểm tra</b>	<b>Người phê duyệt</b>
CNDD. Lương Thị Thi Phòng KHTH	BS. Nguyễn Văn Kiều Phòng KHTH	BS. Lê Đăng Luận Phó Giám đốc
		

	<b>QUY TRÌNH TRÍCH SAO BỆNH ÁN TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HOÀNG MAI</b>	Mã số: QT.KHTH.02 Ngày ban hành: 28/6/2023 Lần ban hành: 02 Lần sửa đổi: 0
---	---	---

1. Người có liên quan phải nghiên cứu và thực hiện đúng các nội dung của quy định này.
2. Nội dung trong quy định này có hiệu lực thi hành như sự chỉ đạo của Giám đốc Trung tâm.
3. Mỗi khoa, phòng lưu ít nhất 01 bản (có đóng dấu trung tâm). Cán bộ viên chức, người lao động khi có nhu cầu tham khảo tài liệu cập nhật trên hệ thống quản lý văn bản điều hành hoặc trên trang web trung tâm.

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Ban Giám đốc	<input checked="" type="checkbox"/>	K. Nội - Nhi - YHCT	<input checked="" type="checkbox"/>	K. ATTP - dinh dưỡng - Y tế công cộng
<input checked="" type="checkbox"/>	P.Tổ chức hành chính	<input checked="" type="checkbox"/>	K. Ngoại - Sản - 3CK	<input checked="" type="checkbox"/>	Tổ Quản lý chất lượng
<input checked="" type="checkbox"/>	P. Kế hoạch tổng hợp	<input checked="" type="checkbox"/>	K. Khám bệnh	<input checked="" type="checkbox"/>	Tổ dinh dưỡng
<input checked="" type="checkbox"/>	P.Tài chính kế toán	<input checked="" type="checkbox"/>	K. Dược	<input checked="" type="checkbox"/>	Tổ Kiểm soát nhiễm khuẩn
<input checked="" type="checkbox"/>	P. Điều dưỡng	<input checked="" type="checkbox"/>	K.Cận lâm sàng	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	P. Dân số	<input checked="" type="checkbox"/>	K. Kiểm soát bệnh tật - HIV/AIDS	<input checked="" type="checkbox"/>	

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

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

## **QUY TRÌNH**

### **Trích sao Hồ sơ Bệnh án**

#### **I. CĂN CỨ**

Căn cứ quy chế bệnh viện 1997, Bộ Y tế;

#### **II. MỤC ĐÍCH**

Quy trình thống nhất quá trình tiếp nhận, kiểm tra và lưu trữ hồ sơ bệnh án nội trú đã ra viện.

#### **III. PHẠM VI ÁP DỤNG**

Quy trình này áp dụng đối với công tác tiếp nhận, kiểm tra và lưu trữ hồ sơ bệnh án nội trú đã ra viện tại các khoa phòng thuộc Trung tâm Y tế Hoàng Mai

#### **IV. QUY TRÌNH CỤ THỂ**

**QUY TRÌNH TRÍCH SAO HỒ SƠ BỆNH ÁN**

<b>Căn cứ pháp lý</b>	Luật khám, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009 của Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam Theo văn bản quy phạm pháp luật
<b>Nơi tiếp nhận</b>	Phòng KHTH SốĐT liên hệ: 02383 661 114
<b>Thời gian tiếp nhận</b>	Giờ hành chính từ thứ 2 đến thứ 6
<b>Thời hạn giải quyết</b>	01 ngày kể từ ngày tiếp nhận đầy đủ giấy tờ
<b>Trình tự thực hiện</b>	<p><b>1.Đối với bệnh nhân:</b></p> <p><b>Bước 1:</b> Bệnh nhân ra viện có nhu cầu trích sao bệnh án nhận mẫu đơn xin trích sao HSBA từ điều dưỡng thanh toán tại khoa điều trị, điền thông tin đầy đủ theo hướng dẫn và nộp lệ phí tại quầy thu viện phí.</p> <p><b>Bước 2:</b> Bệnh nhân nộp đơn đề nghị, giấy ra viện và hóa đơn đã đóng tiền viện phí tại Phòng KHTH, nhận phiếu hẹn.</p> <p><b>Bước 3:</b> Bệnh nhân đến theo hẹn, cung cấp đơn xin trích sao HSBA đã đầy đủ chữ ký theo quy định và phiếu hẹn, nhận bản Trích sao bệnh án (<i>Trường hợp cần gấp trước hẹn bệnh nhân gọi điện về phòng KHTH trước ít nhất 02 giờ</i>)</p> <p><b>Lưu ý:</b></p> <p><i>1.Đối với trường hợp người đại diện hợp pháp của người bệnh (người nhà/công ty người bệnh tham gia bảo hiểm nhân thọ...) muốn được trích sao bệnh án của bệnh nhân hoặc nhận hộ bản Trích sao bệnh án phải có giấy ủy quyền của người bệnh và xác nhận của Lãnh đạo địa phương nơi bệnh nhân cư trú.</i></p> <p><i>2. Trường hợp các cơ quan chức năng cần trích sao Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân để phục vụ công tác chuyên môn chỉ cần xác nhận đồng ý của Giám đốc Trung tâm.</i></p> <p><i>3. Trường hợp bệnh nhân ra viện và xin trích sao HSBA trong cùng 01 ngày thì đơn xin trích sao không cần chữ ký xác nhận tại xã phường.</i></p>

	<p><b>2. Đối với bệnh viện:</b></p> <p><b>Bước 1:</b> Điều dưỡng khoa Điều trị hỏi về nguyện vọng của người bệnh, hướng dẫn người bệnh viết đơn đề nghị trích sao hồ sơ bệnh án theo mẫu (nếu người bệnh có nhu cầu) và hướng dẫn người bệnh đến quầy thanh toán viện phí để nộp tiền trích sao hồ sơ bệnh án.</p> <p>- Bác sĩ khoa điều trị có trách nhiệm hoàn tất hồ sơ mà người bệnh đề nghị trích sao và nạp về phòng KHTH trong 2 ngày, kể từ ngày bệnh nhân ra viện (có thể sớm hơn tùy vào nhu cầu cấp thiết của bệnh nhân).</p> <p><b>Bước 2:</b> Kế toán viện phí thu tiền theo quy định và viết hóa đơn cho bệnh nhân, hướng dẫn người bệnh đến phòng Kế hoạch tổng hợp để được hướng dẫn tiếp.</p> <p><b>Bước 3:</b> Nhân viên phòng KHTH tiếp nhận đơn xin trích sao HSBA, hóa đơn nạp tiền trích sao bệnh án từ bệnh nhân, hướng dẫn người bệnh về xin xác nhận của UBND xã/phường vào đơn xin trích sao, đồng thời đưa giấy hẹn và hẹn bệnh nhân ngày đến nhận bản trích sao HSBA.</p> <p><b>Bước 4:</b> Nhân viên phòng KHTH tiến hành sao hồ sơ bệnh án cho bệnh nhân.</p> <p><b>Bước 5:</b> Sau khi nhận đơn xin trích sao HSBA có xác nhận của cơ quan có thẩm quyền và giấy hẹn từ bệnh nhân hoặc đại diện người bệnh, trả bản trích sao bệnh án (đã ký và đóng dấu đầy đủ) cho người bệnh hoặc đại diện người bệnh.</p> <p><b>Lưu ý:</b> Trường hợp bệnh án của người bệnh tử vong, phòng KHTH phải trình đơn xin trích sao HSBA cho Lãnh đạo Trung tâm phê duyệt mới được tiến hành trích sao HSBA theo trình tự trên</p>
<b>Lưu hồ sơ bệnh án</b>	Đơn xin trích sao bệnh án có xác nhận của cơ quan có thẩm quyền và giấy hẹn

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

**ĐƠN XIN TRÍCH SAO HỒ SƠ BỆNH ÁN**

Kính gửi: - Trung Tâm Y tế Hoàng Mai  
- Ủy ban nhân dân xã(phường).....

Tên tôi là: .....Giới tính: Nam/Nữ

Ngày, tháng, năm sinh: .....

Chỗ ở hiện tại:.....

.....

Hộ khẩu thường trú: .....

.....

Là bệnh nhân/đại diện gia đình bệnh nhân (ghi họ tên người bệnh):.....đã điều trị tại khoa.....từ ngày.....đến ngày.....

Lý do xin sao hồ sơ bệnh án: .....

.....

.....

Tôi làm đơn này xin ủy ban nhân dân xã (phường) .....

xác nhận cho tôi những lời kê khai trên của tôi là đúng sự thật và mong

Trung tâm y tế Hoàng Mai tạo điều kiện cho tôi được trích sao hồ sơ bệnh

án theo quy định của pháp luật

Tôi xin chân thành cảm ơn!

....., ngày ..... tháng ..... năm

**XÁC NHẬN CỦA**  
**UBND XÃ(PHƯỜNG)**

**XÁC NHẬN CỦA**  
**PHÒNG KHTH**

**NGƯỜI LÀM ĐƠN**

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

**ĐƠN XIN (TRÍCH) SAO HỒ SƠ BỆNH ÁN**

Kính gửi: Ban Giám đốc Trung Tâm Y tế Hoàng Mai

Tên tôi là: .....Giới tính: Nam/Nữ

Ngày, tháng, năm sinh: .....

Số CMND: .....

Hộ khẩu thường trú: .....

.....

Là người bệnh/đại diện gia đình người bệnh Họ tên là: .....

Đã điều trị nội trú tại khoa ....., Trung Tâm Y tế Hoàng Mai  
từ ngày ..... tháng ..... năm ..... đến ngày ..... tháng ..... năm .....

Lý do xin sao hồ sơ bệnh án: .....

.....

.....

.....

.....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên là đúng sự thật, kính mong Trung Tâm Y tế Hoàng Mai tạo điều kiện cho tôi được trích sao hồ sơ bệnh án theo quy định của pháp luật.

Tôi xin chân thành cảm ơn!

....., ngày ..... tháng ..... năm .....

**XÁC NHẬN P.KHTH**

**NGƯỜI LÀM ĐƠN**

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

-----

**GIẤY ỦY QUYỀN**

- Căn cứ Bộ luật Dân sự nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam.
  - Căn cứ vào các văn bản hiến pháp hiện hành.
- ....., ngày ..... tháng ..... năm 20..... ; chúng tôi gồm có:

**I. BÊN ỦY QUYỀN:**

Họ tên:.....  
Địa chỉ:.....  
Số CMND: .....cấp ngày:..... nơi cấp:.....  
Quốc tịch:.....

**II. BÊN ĐƯỢC ỦY QUYỀN:**

Họ tên:.....  
Địa chỉ:.....  
Số CMND: .....cấp ngày:..... nơi cấp:.....  
Quốc tịch:.....

**III. NỘI DUNG ỦY QUYỀN:**

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

**IV. CAM KẾT**

- Hai bên cam kết sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm trước Pháp luật về mọi thông tin ủy quyền ở trên.
- Mọi tranh chấp phát sinh giữa bên ủy quyền và bên được ủy quyền sẽ do hai bên tự giải quyết.

Giấy ủy quyền trên được lập thành ..... bản, mỗi bên giữ ..... bản.

**BÊN ỦY QUYỀN**

(Ký, họ tên)

**BÊN ĐƯỢC ỦY QUYỀN**

(Ký, họ tên)

**XÁC NHẬN CỦA CƠ QUAN NHÀ NƯỚC CÓ THẨM QUYỀN**

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



TRUNG TÂM Y TẾ HOÀNG MAI  
PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

**GIẤY HẸN**

Ông/bà: .....

Số bệnh án điều trị: .....

Đến nhận bệnh án sao vào lúc: .....giờ .....  
phút, ngày ..... tháng ..... năm ....

SĐT liên hệ: 02383 661 114

*Hoàng Mai, Ngày ..... tháng ..... năm .....*

**NGƯỜI NHẬN**

**NGƯỜI HẸN**

TRUNG TÂM Y TẾ HOÀNG MAI  
PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

**GIẤY HẸN**

Ông/bà: .....

Số bệnh án điều trị: .....

Đến nhận bệnh án sao vào lúc: .....giờ .....  
phút, ngày ..... tháng ..... năm ....

SĐT liên hệ: 02383 661 114

*Hoàng Mai, Ngày ..... tháng ..... năm .....*

**NGƯỜI NHẬN**

**NGƯỜI HẸN**