

56. KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỠ XƯƠNG CẰNG TAY

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau.
- Phòng chống sốc.
- Giảm bớt nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da.....

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp gãy xương cẳng tay nói chung.

III. CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhân

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Cho người bệnh nằm hoặc ngồi.

2. Dụng cụ

- Nẹp gỗ - Nẹp Cra - me.
- Băng cuộn - dây to bản.
- Bông không thấm nước hoặc vải sạch hay quần áo.
- Khăn tam giác.
- Dụng cụ thay băng; kim, kẹp phẫu tích keo, bông, gạc, dung dịch sát khuẩn, garo cầm máu (nếu cần)
- Hộp thuốc chống sốc.
- Cáng - xe để vận chuyển nạn nhân.
- Phiếu chuyển thương.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gãy xương kín

1.1. Trường hợp gấp khuỷu tay được

- Đỡ cẳng tay sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay, lòng bàn tay để ngửa.

- Đặt 1 nẹp trong từ lòng bàn tay đến nếp khuỷu tay.
- Đặt 1 nẹp ngoài từ đầu ngón tay đến quá khuỷu.
- Cố định:
 - + 1 dây to bản ở trên ổ gầy.
 - + 1 dây to bản ở dưới ổ gầy.
 - + 1 dây to bản ở bàn tay.
- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực (hoặc băng to bản).

1.2. Trường hợp không thể gấp khuỷu tay được

Không cố dùng sức để gấp khuỷu tay. Bảo người bệnh dùng tay lành đỡ tay bị gãy ở vị trí đó nếu có thể.

- Đặt người bệnh nằm xuống và đặt tay bị gãy dọc theo thân.
- Đặt 1 miếng đệm dài vào tay bị thương và thân.
- Buộc tay bị gãy vào cơ thể bằng 3 dây rộng bản ở các vị trí:
 - Buộc 1 dây quanh cổ tay và đùi.
 - Buộc 1 dây quanh cánh tay và ngực.
 - Buộc 1 dây quanh cẳng tay và bụng.
- Viết phiếu chuyển thương.
- Nhanh chóng nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân khi tình trạng đã ổn định đến cơ sở điều trị.
- Theo dõi thường xuyên tình trạng và tuần hoàn chi gãy - Khi trời lạnh ủ ấm tránh sốc.

2. Gãy xương hở

2.1. Gãy hở xương chồi ra ngoài vết thương

- Không bao giờ kéo đầu xương gãy vào trong.
- Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy.
 - + Cầm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương .
 - + Đặt gạc hoặc miếng vải sạch lên trên đầu xương chồi ra.
 - + Đặt một vành khăn hoặc một đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương.
 - + Băng cố định vào vùng đệm bằng băng cuộn.
 - + Xử trí các bước tiếp theo như gãy xương kín.

2.2. Gãy xương hở không chồi ra ngoài vết thương

- Cầm máu bằng cách ép nhẹ nhàng mép vết thương lại. Không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy.
- Đặt miếng gạc lên vết thương và đệm bông ở chung quanh miệng vết thương.

- Xử trí như trường hợp gãy xương hở có xương chồi ra ngoài và xử trí các bước tiếp theo như gãy xương kín.

3. Trường hợp gãy xương biến chứng

Là gãy xương gây tổn thương dây thần kinh, mạch máu hay một tổ chức, cơ quan nào đó (cả gãy hở và gãy kín).

- Nếu có tổn thương động mạch: phải đặt garo để cầm máu.
- Có vết thương hở: xử trí các bước tiếp theo như trường hợp gãy xương hở. Sau đó cố định xương gãy và nhanh chóng chuyển nạn nhân tới cơ sở điều trị.

Lưu ý:

- Cố định nạn nhân đúng kỹ thuật, xử trí vết thương kịp thời.
- Nạn nhân đã chuyển tới cơ sở điều trị kịp thời và an toàn.
- Khi di chuyển đi đường thường xuyên theo dõi sát tuần hoàn chi gãy và toàn trạng nạn nhân.
- Vận chuyển nhẹ nhàng không làm tổn thương thêm cho nạn nhân.

V . ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ cố định.
- Tình trạng tuần hoàn chi gãy và tình trạng nạn nhân.
- Xử trí sốc (nếu có).
- Tên người thực hiện.
- Tuần hoàn chi gãy và diễn biến tình trạng nạn nhân trên đường vận chuyển.
- Phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra.

VI . HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Người bệnh

- Nếu thấy trong người đau đớn, phía dưới nơi cố định thấy tím, lạnh đầu chi bị gãy phải báo lại.

2. Gia đình người bệnh

- Giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân.

57. KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỠ XƯƠNG CÁNH TAY

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau - phòng ngừa sốc.
- Giảm bớt nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da...

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp gãy xương cánh tay nói chung.

III. CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhân

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi.

2. Dụng cụ

- Nẹp gỗ hoặc nẹp Cra - me.
- Băng cuộn hoặc dây to bản.
- Bông không thấm nước hoặc vải hay quần áo.
- Khăn tam giác - Hộp thuốc chống sốc.
- Dụng cụ thay băng: kìm, kẹp phẫu tích, gạc, bông, dung dịch sát khuẩn.....
- Cáng hoặc xe để vận chuyển nạn nhân.
- Phiếu chuyển nạn nhân.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các cơ sở điều trị và các bệnh viện.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gãy xương kín

1.1. Dùng nẹp cố định

- Để cánh tay sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay
- Đặt 1 nẹp phía trong cánh tay từ hõm nách xuống khớp khuỷu tay.
- Đặt 1 nẹp phía ngoài cánh tay từ khớp vai xuống dưới khớp khuỷu tay.
- Có thể dùng nẹp Cra - me làm thành góc 90^0 đỡ cả cánh tay và cẳng tay băng lại.

- Lót bông không thấm nước vào các đầu nẹp, chỗ xương nhô ra.
- Buộc dây cố định trên ổ gầy.
- Buộc dây cố định dưới ổ gầy.
- Đỡ cẳng tay bằng khăn tam giác (hoặc băng to bản) treo trước ngực, bàn tay cao hơn khuỷu tay và úp vào thân.
- Băng hoặc buộc cánh tay vào sát thân.

1.2. Dùng khăn tam giác

- Cánh tay để sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn tay cao hơn khuỷu tay. Bảo nạn nhân dùng tay lành đỡ tay đau.
 - Luồn khăn tam giác dưới cẳng tay của tay đau, đỉnh của khăn ở khuỷu tay, buộc khăn qua cổ sang bên vai lành.
 - Gấp đỉnh khăn tam giác cho gọn và kim băng vào phần vải ở khuỷu tay.
 - Dùng khăn tam giác thứ 2 hoặc buộc cánh tay sát vào thân mình.
 - Viết phiếu chuyển thương.
 - Vận chuyển nạn nhân tới các cơ sở điều trị.
- * Trường hợp nạn nhân không thể gấp khuỷu tay vào được, cho nạn nhân nằm xuống và đặt tay bị thương dọc theo thân mình.

2. Gãy xương hở

a. Gãy hở xương chồi ra ngoài

- Không bao giờ kéo đầu xương gãy vào trong.
- Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy
 - + Cầm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương.
 - + Đặt gạc hoặc miếng vải sạch lên trên đầu xương chồi ra.
 - + Đặt 1 vành khăn hoặc một đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương.
 - + Băng cố định vào vùng đệm bằng băng cuộn
 - + Xử trí các bước tiếp theo như gãy kín.

b. Trong trường hợp gãy hở xương không chồi ra ngoài:

- Cầm máu bằng cách ép nhẹ nhàng mép vết thương lại. Không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy.
- Đặt miếng gạc lên vết thương và đệm bông ở chung quanh miệng vết thương.
- Xử trí như trường hợp gãy hở có xương chồi ra ngoài.

3. Trường hợp gãy xương có biến chứng:

- Nếu có tổn thương động mạch: phải đặt garo để cầm máu.
- Xử trí vết thương.

- Có vết thương hở xử trí các bước tiếp theo như trường hợp gãy hở, cố định xương gãy và nhanh chóng chuyển nạn nhân về cơ sở điều trị.

Lưu ý:

- Cố định nạn nhân đúng kỹ thuật.
- Sau khi cố định tay được treo trước ngực, bàn tay cao hơn khuỷu.
- Nạn nhân chuyển tới bệnh viện nhanh chóng và an toàn.
- Trong khi di chuyển giữ tư thế đúng và theo dõi sát nạn nhân, xử trí kịp thời những diễn biến xảy ra (nếu có).

V . ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ cố định.
- Tình trạng nơi cố định.
- Tình trạng nạn nhân.
- Tên người thực hiện.
- Diễn biến tình trạng nạn nhân khi di chuyển.
- Phương pháp xử trí khi có tình huống xảy ra.

VI . HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Người bệnh

- Tay gãy luôn giữ ở tư thế bàn tay cao hơn khuỷu tay.
- Khi thấy người có biểu hiện khác thường phải báo lại.

2. Người nhà người bệnh

Giúp đỡ người bệnh khi ăn uống, vệ sinh.

58. QUY ĐỊNH VỀ BÀN GIAO TRỰC

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện đúng quy chế bệnh viện
- Đảm bảo thực hiện tốt công tác chăm sóc, điều trị người bệnh

II. QUY ĐỊNH CHUNG

- Giờ bàn giao được tiến hành 30 phút trước giờ làm việc chính thức của tua (hoặc ca sau).
- Bàn giao và ký nhận đầy đủ: tài sản, thuốc, hồ sơ bệnh án và người bệnh.

III. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1. Người bàn giao: phải hoàn thành tất cả công việc chuẩn bị cho bàn giao 30 phút trước giờ làm việc chính thức của tua trực sau (hoặc ca sau).

- Hoàn tất vệ sinh người bệnh, dụng cụ, sắp xếp đồ đạc, dụng cụ thuộc phạm vi phụ trách và sử dụng vào đúng vị trí quy định đảm bảo sạch, ngăn nắp.
- Tập hợp đủ hồ sơ bệnh án, phim X. quang, các phiếu xét nghiệm sắp xếp vào nơi quy định.
- Kiểm tra tủ thuốc trực và ghi đầy đủ vào sổ dùng thuốc tủ trực tất cả những thuốc được lấy ra từ tủ trực: họ tên người bệnh, tên thuốc, hàm lượng, số lượng và ký để bàn giao.
- Kiểm tra và ghi bổ sung đầy đủ các loại phiếu theo dõi, chăm sóc...thuộc phạm vi ghi chép của điều dưỡng.
- Kiểm tra và ghi lại việc sử dụng những dụng cụ, máy móc, những dụng cụ và phương tiện khử khuẩn, tiệt khuẩn, bảo dưỡng, sửa chữa hoặc huỷ bỏ. Ký bàn giao.
- Ghi đầy đủ những diễn biến trong tua trực (ca làm việc) theo quy định của quy chế bệnh viện và quy định của bệnh viện.
- Ghi và ký bàn giao sổ bàn giao người bệnh chăm sóc cấp I với nội dung họ tên người bệnh, số giường, số buồng, chẩn đoán, những y lệnh và những vấn đề theo dõi, chăm sóc tiếp theo.
- Người bệnh chăm sóc cấp I, người bệnh có chỉ định theo dõi, chăm sóc đặc biệt và người bệnh mới vào cần được bàn giao tại giường.

2. Người nhận

- Có mặt để nhận bàn giao trước giờ làm việc chính thức ít nhất 30 phút.
- Nhận bàn giao tỷ mỉ, chi tiết và ký nhận đầy đủ.
- Nhận bàn giao người bệnh chăm sóc cấp I và chăm sóc đặc biệt trên người bệnh.
- Kiểm tra lại thông tin của người giao, nếu có vấn đề gì chưa rõ thì hỏi ngay.
- Thực hiện tiếp các y lệnh và phần việc được bàn giao.

59. QUY ĐỊNH ĐI BUỒNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG KHOA

I. MỤC ĐÍCH

- Hướng dẫn, đôn đốc và giám sát công tác chăm sóc phục vụ người bệnh của Y tá - điều dưỡng và hộ lý và việc sử dụng vật tư tiêu hao.
- Thăm người bệnh và tiếp nhận những ý kiến góp ý của người bệnh về công tác chăm sóc phục vụ.
- Đánh giá kết quả thực hiện y lệnh điều trị và chăm sóc của điều dưỡng viên và tiến triển của người bệnh.

- Nhận mệnh lệnh điều trị của bác sĩ trưởng khoa trong khi đi buồng.

II. CHUẨN BỊ

- Sổ đi buồng.
- Hồ sơ bệnh án, phim X. quang của người bệnh (Điều dưỡng trưởng nhắc nhở và kiểm tra công tác chuẩn bị của Điều dưỡng viên trong đi buồng của bác sĩ trưởng khoa).

III. QUY ĐỊNH CHUNG

- Không thảo luận về những vấn đề chuyên môn ảnh hưởng tới tâm lý người bệnh và phê phán đồng nghiệp trước mặt người bệnh.
- Khi bác sĩ trưởng và Điều dưỡng trưởng khoa đi buồng, Điều dưỡng viên phải chủ động chuẩn bị những tài liệu, hồ sơ bệnh án có liên quan đến người bệnh và diễn biến của người bệnh để sẵn sàng báo cáo.

IV. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1. Thời gian đi buồng

- Đi buồng thường ngày: do Điều dưỡng trưởng khoa chủ động thu xếp thời gian đi buồng thường quy trong ngày. Nên đi buồng hàng ngày vào giờ đầu tiên sau giao ban sáng.
- Đi buồng đột xuất vào bất kỳ thời gian nào trong ngày để giám sát công tác chăm sóc người bệnh.
- Đi buồng cùng bác sĩ trưởng khoa theo lịch của bác sĩ trưởng khoa để tiếp nhận mệnh lệnh của bác sĩ trưởng khoa.

2. Nội dung đi buồng

- Thăm và tiếp xúc với người bệnh.
- Tiếp thu và giải đáp những ý kiến phản ánh, đề nghị của người bệnh và gia đình người bệnh đồng thời nhắc nhở người bệnh và gia đình người bệnh chấp hành quy định vệ sinh và nội quy bệnh viện.
- Quan sát, đôn đốc y tá điều dưỡng viên chăm sóc và thực hiện các kỹ thuật chăm sóc trên người bệnh theo đúng quy trình đã được quy định.
- Hướng dẫn hoặc lưu ý Điều dưỡng viên thực hiện đúng quy trình vô khuẩn, quy trình chăm sóc, quy trình kỹ thuật bệnh viện và chăm sóc và theo dõi cho người bệnh nặng.
- Quan sát việc sử dụng những mặt hàng tiêu hao.
- Kiểm tra, đôn đốc việc thực hiện y lệnh, ghi chép phiếu theo dõi, chăm sóc.
- Nhắc nhở hộ lý thực hiện quy trình vệ sinh khoa phòng buồng bệnh.

3. Ghi sổ đi buồng: sau mỗi lần đi buồng, điều dưỡng trưởng phải ghi nhận xét và thông báo những việc cần làm cho nhân viên.

Ghi lại những ý kiến của trưởng khoa trong khi đi buồng để tổ chức cho điều dưỡng viên và hộ lý thực hiện.

4. Báo cáo Trưởng khoa những việc đột xuất được phát hiện khi đi buồng, những việc này ngoài khả năng giải quyết của Điều dưỡng trưởng để xin ý kiến chỉ đạo.

5. Tổ chức và đôn đốc thực hiện các y lệnh điều trị của trưởng khoa và y lệnh chăm sóc được bổ sung khi đi buồng.

60. QUY ĐỊNH TIẾP NHẬN NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH CHUYỂN VÀ NHẬN NGƯỜI BỆNH GIỮA CÁC KHOA TRONG BỆNH VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

Đảm bảo người bệnh được đón tiếp ngay từ khoa khám bệnh và được nhân viên y tế đưa vào khoa điều trị, vận chuyển và tiếp nhận chu đáo tại các khoa trong bệnh viện.

II. QUY ĐỊNH

Phải thực hiện đúng quy định về chế độ giao tiếp tại các đơn vị khám chữa bệnh tại quyết định số 4031/2001/QĐ-BYT.

1. Tại khoa khám bệnh

Khi người bệnh tới khoa khám bệnh, điều dưỡng viên khoa khám bệnh phải:

- Chủ động tiếp đón người bệnh và gia đình người bệnh, sẵn sàng giúp và trả lời đầy đủ các câu hỏi của họ với thái độ ân cần, quan tâm, lịch sự.
- Quan sát và nhận định nhanh tình trạng người bệnh để phân loại sơ bộ tình trạng sức khỏe người bệnh nhằm có thái độ ưu tiên giải quyết đúng mức những trường hợp cấp cứu hoặc bệnh nặng.
- Hướng dẫn gia đình người bệnh xếp sổ y bạ hoặc giấy giới thiệu khám bệnh, giấy chuyển viện (nếu có) và ngồi chờ đúng nơi quy định để đến lượt vào khám.
- Vào sổ khám bệnh đủ theo các cột mục quy định.
- Phát sổ khám bệnh theo thứ tự.
- Hướng dẫn người bệnh vào buồng khám khi đến lượt.
- Đăng ký vào sổ sau khi người bệnh được bác sĩ khám bệnh và ghi rõ cách giải quyết của bác sĩ.

- Chỉ dẫn cho người bệnh, gia đình người bệnh hoặc đưa người bệnh (trường hợp bệnh nặng) tới nơi làm xét nghiệm, chụp, chiếu X. quang hoặc nơi nhận thuốc, mua thuốc.
- Hướng dẫn và giáo dục sức khoẻ cho người bệnh.
- Trường hợp nếu bác sĩ cho người bệnh nhập viện, y tá (điều dưỡng) khoa khám bệnh phải thông báo cho điều dưỡng trưởng hoặc hành chính khoa điều trị chuẩn bị sẵn sàng giường bệnh để đón tiếp người bệnh
- Chuẩn bị phương tiện, hồ sơ bệnh án và các thủ tục nhập viện cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh hoặc gia đình người bệnh tiến hành thủ tục nhập viện.
- Chuyển người bệnh vào khoa điều trị bằng phương tiện thích hợp.
- Bàn giao người bệnh và hồ sơ nhập viện cho điều dưỡng trưởng khoa hoặc điều dưỡng hành chính khoa điều trị.

2. Tại khoa điều trị, nơi có người bệnh cần chuyển đi

- Khi phát hiện người bệnh có bệnh của chuyên khoa khác là chính, bác sĩ điều trị có trách nhiệm:
 - + Đề nghị hội chẩn khoa và hội chẩn liên khoa để quyết định việc chuyển khoa.
 - + Giải thích lý do chuyển khoa cho người bệnh và gia đình người bệnh rõ.
 - + Thông báo cho y tá (điều dưỡng) trưởng khoa tiến hành thủ tục chuyển khoa.
- Chuyển hồ sơ bệnh án, liên hệ với khoa mới để chuẩn bị giường đón người bệnh, phương tiện vận chuyển người bệnh, nhân viên hộ tống người bệnh tới khoa mới.
- Chuyển người bệnh bằng phương tiện thích hợp.
- Bàn giao người bệnh, hồ sơ bệnh án, thuốc và tư trang của người bệnh cho khoa mới (có ký sổ chuyển người bệnh).

3. Tại khoa điều trị, nơi tiếp nhận người bệnh

Bác sĩ, y tá (điều dưỡng), nữ hộ sinh, hộ lý phụ trách người bệnh phải chủ động giới thiệu tên, chức danh, thăm hỏi và làm quen với người bệnh ngay từ khi vào khoa điều trị và xưng hô với người bệnh, người nhà người bệnh lịch sự và phù hợp với tuổi tác, quan hệ xã hội.

Điều dưỡng trưởng/hành chính khoa điều trị chịu trách nhiệm:

- Vào sổ đăng ký người bệnh vào khoa.
- Vui vẻ tiếp đón, giải quyết nhanh thủ tục hành chính, giới thiệu các quy định của khoa (hoặc bệnh viện) và xếp giường cho người bệnh. Trường hợp không còn giường riêng, cần giải thích rõ cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh trước khi xếp giường nằm chung với người khác.
- Ký vào sổ giao nhận người bệnh.
- Phân công và giới thiệu điều dưỡng viên phụ trách người bệnh.

Điều dưỡng viên phụ trách người bệnh chịu trách nhiệm:

- Giới thiệu tên, chức danh, thăm hỏi và làm quen với người bệnh và gia đình người bệnh ngay từ khi người bệnh vào khoa.
- Đưa người bệnh đến giường bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh địa điểm nhà vệ sinh, nhà tắm và cách sử dụng các phương tiện của buồng bệnh.
- Nhận định tình trạng người bệnh lúc nhập viện: đo huyết áp, đếm mạch, nhịp thở, đo nhiệt độ cơ thể người bệnh và đánh giá tình trạng chung của người bệnh và ghi ngay các kết quả vừa nhận định vào phiếu theo dõi, chăm sóc.
- Báo bác sĩ đến khám và điều trị ngay cho người bệnh.
- Báo hộ lý cho người bệnh và người nhà người bệnh mượn quần áo, tư trang bệnh viện và hướng dẫn sử dụng công trình vệ sinh, nơi để chất thải.
- Thực hiện ngay các y lệnh về điều trị của bác sĩ.

Bác sĩ: khám ngay và cho y lệnh kịp thời.

Hộ lý: cho người bệnh mượn đồ vải và đồ dùng cần thiết. Hướng dẫn người bệnh và gia đình người bệnh sử dụng công trình vệ sinh và nơi bỏ chất thải tại khoa.

61. QUY ĐỊNH TIẾP ĐÓN NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA CẤP CỨU

1. Điều dưỡng phải luôn có mặt tại phòng khám cấp cứu
2. Phải chuẩn bị sẵn sàng phương tiện cấp cứu, phải thực hiện ngay nhiệm vụ tiếp đón, lấy mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp...mời bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ trực tiếp đến cấp cứu ngay.
3. Trong tất cả các trường hợp cấp cứu phải khẩn trương và kịp thời cấp cứu ngay , không được gây phiền hà trong thủ tục hành chính và không được đùn đẩy người bệnh.
4. Kết hợp với bác sĩ thực hiện các kỹ thuật cấp cứu người bệnh trong tình trạng nguy kịch, người bệnh có chỉ định chuyển khoa hồi sức cấp cứu hoặc chuyên khoa thích hợp, phải vừa chuyển vừa hồi sức.
5. Trường hợp người bệnh nằm lưu phải có bệnh án, theo dõi ghi đầy đủ các diễn biến của người bệnh và chăm sóc như người bệnh nội trú. Phát hiện những diễn biến bệnh lý bất thường của người bệnh, báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.
6. Trường hợp người bệnh có diễn biến nặng khi gia đình người bệnh yêu cầu, điều dưỡng phải mời bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ thường trực đến ngay. Có trách nhiệm ghi nhận và giải thích thắc mắc của người bệnh và gia đình người bệnh
7. Sau khi người bệnh ổn định kiểm tra giấy tờ cần thiết, thẻ bảo hiểm y tế.
8. Điều dưỡng tiếp đón có trách nhiệm đưa người bệnh đã qua cơn nguy kịch đến khoa lâm sàng thích hợp hoặc chuyển viện theo chỉ định của bác sĩ và bàn giao chu đáo cho điều dưỡng khoa hoặc bệnh viện nơi nhận người bệnh cấp cứu.

62. QUY ĐỊNH VỀ CHUYỂN VIỆN VÀ NHẬN NGƯỜI BỆNH TỪ BỆNH VIỆN KHÁC CHUYỂN ĐẾN

I. MỤC ĐÍCH

- Chuyển người bệnh lên tuyến trên hoặc về tuyến dưới đúng chỉ định, đúng quy chế đảm bảo an toàn, chu đáo cho người bệnh.
- Tiếp nhận người bệnh chuyển đến kịp thời, chu đáo, không để xảy ra sai sót chuyên môn.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: được làm đầy đủ các thủ tục xuất viện.

- Trường hợp thông thường: được khám toàn thể và được bác sĩ thông báo kế hoạch chuyển viện ít nhất một ngày trước khi ra viện.
- Trường hợp đột xuất: được bác sĩ khám toàn thể và được giải thích lý do chuyển viện đột xuất.
- Trường hợp người bệnh hoặc gia đình người bệnh chủ động xin chuyển viện: phải có ý kiến đề nghị của người bệnh hoặc gia đình lưu trong hồ sơ bệnh án, được bác sĩ khám và cho ý lệnh chuyển viện.

2. Hồ sơ, bệnh án, phương tiện vận chuyển: Y tá (điều dưỡng) trưởng khoa phải chuẩn bị (hoặc giao cho y tá - điều dưỡng trong khoa):

- Có ý lệnh chuyển viện, có tóm tắt quá trình điều trị của bác sĩ,
- Có giấy chuyển viện do giám đốc ký (bệnh viện hạng III) hoặc trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp (được GD ủy quyền với bệnh viện hạng I, II), hoặc trực lãnh đạo (trong phiên trực).
- Những dụng cụ, thuốc, trang bị cấp cứu, phương tiện vận chuyển thích hợp, đảm bảo an toàn cho người bệnh trên đường vận chuyển.

3. Liên hệ với đơn vị chuyển đến: trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp của bệnh viện có nhiệm vụ đang điều trị phải liên hệ với bệnh viện dự định chuyển người bệnh đến để thu xếp kế hoạch đón tiếp và bàn giao người bệnh (trường hợp cấp cứu hoặc trong giờ trực, bác sĩ thường trực phải trực tiếp thông báo cho tuyến trên bằng điện thoại để liên hệ chuẩn bị đón tiếp người bệnh)

III. THỰC HIỆN

1. Đơn vị chuyển người bệnh: thực hiện đúng quy chế chuyển vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện được quy định trong quy chế bệnh viện. Phân công bác sĩ hoặc điều dưỡng thực hiện nhiệm vụ hộ tống và bàn giao người bệnh tới đơn vị điều trị mới.

Bác sĩ:

- Khám toàn thể và ghi kết quả khám bệnh, y lệnh chuyển viện, tổng kết quá trình điều trị tại bệnh viện vào hồ sơ bệnh án.
- Ghi giấy giới thiệu chuyển viện, ghi tóm tắt hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm đã làm, chẩn đoán xác định, thuốc đã dùng trong quá trình điều trị, lý do chuyển và tình trạng hiện tại. Trường hợp người bệnh sau mổ có biến chứng hoặc diễn biến xấu chuyển tuyến trên cần gửi biên bản phẫu thuật, các phim chụp X. quang... để tuyến sau tiếp tục công tác điều trị.
- Giải thích rõ lý do chuyển viện cho người bệnh và gia đình người bệnh và về kế hoạch cho người bệnh chuyển viện.
- Thông báo cho Y tá (điều dưỡng) trưởng khoa hoặc y tá (điều dưỡng) trực (nếu trong giờ trực) về chỉ định chuyển viện để chuẩn bị.

Điều dưỡng:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án về y lệnh chuyển viện của bác sĩ.
- Thông báo Phòng Kế hoạch tổng hợp dự kiến chuyển viện để Phòng kế hoạch tổng hợp liên hệ với đơn vị người bệnh sẽ tới để thống nhất thời gian, địa điểm bàn giao người bệnh đảm bảo khi người bệnh tới đơn vị mới không bị chờ đợi hay dùn đẩy.
- Giải thích cho người bệnh (hoặc người nhà) về ý kiến cho chuyển viện và dự kiến ngày giờ chuyển viện của bác sĩ.
- Hỏi người bệnh xem trong gia đình có người cùng tham gia vận chuyển và giúp đỡ người bệnh tại nơi sắp tới không, người đó là ai để Điều dưỡng viên có thể hướng dẫn cho họ những việc cần làm khi cần thiết.
- Đánh giá tình trạng sức khỏe người bệnh để phán đoán những vấn đề sức khỏe của người bệnh có thể xảy ra trên đường di chuyển để chuẩn bị dụng cụ, thuốc men trước khi di chuyển.
- Viết giấy thanh toán viện phí và hướng dẫn gia đình người bệnh thanh toán viện phí, trả lại tài sản mượn của bệnh viện.
- Tập hợp hoàn chỉnh các loại giấy tờ liên quan đến chẩn đoán, điều trị của bệnh nhân vào hồ sơ bệnh án, tập hợp đầy đủ phim X. quang, các kết quả cận lâm sàng và đóng dấu giấy giới thiệu chuyển viện, tóm tắt quá trình điều trị.
- Xin ý kiến bác sĩ điều trị về những tài liệu cần thiết để bàn giao cho đơn vị điều trị mới của người bệnh
- Bàn giao và xin chữ ký giao nhận tại đơn vị mới.
- Tiếp thu ý kiến góp ý của người bệnh và gia đình họ về công tác điều trị, chăm sóc và phục vụ của bệnh viện.
- Chuyển người bệnh tới đơn vị điều trị mới bằng phương tiện thích hợp.
- Tiếp tục theo dõi, chăm sóc người bệnh và động viên họ trong quá trình vận chuyển, đảm bảo xử trí kịp thời khi có sự cố xảy ra trên đường vận chuyển.
- Bàn giao tình trạng người bệnh, giấy tờ kèm và tài sản kèm theo người bệnh cho đơn vị mới, ký vào phiếu hoặc sổ chuyển người bệnh.

- Thông báo cho người bệnh và gia đình người bệnh là thủ tục bàn giao đã được hoàn tất để người bệnh an tâm ở lại tiếp tục điều trị. Chào người bệnh và đồng nghiệp tại đơn vị tiếp nhận trước khi ra về.

Hộ lý:

- Nhận lại đủ đồ vải và đồ dùng người bệnh mượn khi được y tá - điều dưỡng thông báo.
- Vệ sinh tủ, giường bệnh ngay khi người bệnh ra viện, chuẩn bị sẵn đồ dùng và đồ vải để tiếp nhận người bệnh khác.

2. Đơn vị nhận người bệnh: phải thực hiện đúng quy định về chế độ giao tiếp trong các cơ sở khám chữa bệnh (QĐ số 4031/2001/QĐ-BYT).

Điều dưỡng trưởng khoa hoặc điều dưỡng hành chính khoa

Khi nhận được thông tin về việc người bệnh mới tới phải trao đổi với Bác sĩ trưởng khoa về thời gian tiếp nhận người bệnh, buồng, giường người bệnh sẽ nằm và thông báo lại cho đơn vị chuyển người bệnh biết để đảm bảo người bệnh tới là được tiếp nhận ngay.

- Phân công người tiếp nhận và chăm sóc người bệnh.
- Thông báo Y tá - điều dưỡng và hộ lý chuẩn bị buồng, giường tiếp nhận người bệnh. (Trong phiên trực: điều dưỡng báo bác sĩ và tổ chức đón người bệnh).
- Khi người bệnh đến phải vui vẻ tiếp nhận và giải quyết nhanh các thủ tục hành chính, giới thiệu các quy định của bệnh viện và xếp giường, giới thiệu điều dưỡng viên được phân công chăm sóc người bệnh. Trường hợp không còn giường riêng cần giải thích rõ cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh trước khi xếp nằm chung với người khác.

Hộ lý: chuẩn bị sẵn tài sản, đồ vải và cùng y tá - điều dưỡng được phân công tiếp đón chuẩn bị giường, buồng để tiếp đón người bệnh mới.

Y tá (điều dưỡng viên) được phân công tiếp đón người bệnh tự giới thiệu tên, chức danh với nhân viên chuyển bệnh nhân, người bệnh và gia đình họ.

- + Nhận bàn giao hồ sơ bệnh án và những thứ cần thiết theo sổ bàn giao ký nhận vào sổ bàn giao người bệnh chuyển viện của đơn vị bạn.
- + Cho người bệnh vào buồng, lên giường đã được chuẩn bị và đánh giá ngay tình trạng người bệnh bằng các hoạt động sau: đo huyết áp, nhiệt độ, đếm mạch, nhịp thở, tình trạng toàn thân, ghi ngay các chỉ số vừa được đánh giá vào phiếu chăm sóc, theo dõi theo quy định.
- + Báo cáo bác sĩ khám bệnh và ra y lệnh điều trị.
- + Thông báo hộ lý cho người bệnh mượn đồ vải và những vật dụng cần thiết khác, và hướng dẫn sử dụng công trình vệ sinh.
- + Hướng dẫn người bệnh và gia đình họ những nội quy, quy định của bệnh viện và khoa người bệnh được chuyển tới.
- + Thực hiện những y lệnh chăm sóc điều trị.

Bác sĩ:

- Khám toàn trạng, xử trí trong trường hợp cấp cứu, hoàn chỉnh hồ sơ nhập viện và ra y lệnh.
- Thông báo cho tuyến dưới biết kết quả điều trị, nhận xét về chẩn đoán, xử lý, thời gian gửi, cách chăm sóc người bệnh trên đường vận chuyển để tuyến dưới rút kinh nghiệm cho những trường hợp sau.

Chú ý: chỉ được chuyển viện khi người bệnh đã được ổn định, không còn bị đe dọa về các chức năng sống.

63. CHUẨN BỊ CHO NGƯỜI BỆNH RA VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

- Thông báo kế hoạch xuất viện để người bệnh và gia đình người bệnh chuẩn bị các thủ tục thanh toán viện phí, phương tiện vận chuyển về gia đình và tiếp tục kế hoạch theo dõi chăm sóc tại nhà.
- Tăng cường sự hiểu biết của người bệnh và người nhà người bệnh về những vấn đề sức khỏe, những biến chứng có thể xảy ra và những điều cấm kỵ mà người bệnh phải tuân thủ tại nhà.
- Phát triển những kiến thức và kỹ năng của người bệnh và người nhà người bệnh trong việc tự chăm sóc tại nhà.
- Biết khi nào phải đến cơ sở y tế để khám và theo dõi sức khỏe.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi có y lệnh xuất viện của bác sĩ.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Trường hợp thông thường: được khám toàn thể và được bác sĩ thông báo kế hoạch ra viện.
- Trường hợp đột xuất: được bác sĩ khám toàn thể và được giải thích lý do xuất viện đột xuất.
- Trường hợp người bệnh hoặc gia đình người bệnh chủ động xin ra viện: phải có đơn xin ra viện, được bác sĩ khám và đồng ý cho xuất viện.

2. Hồ sơ, bệnh án

- Có y lệnh xuất viện của bác sĩ.
- Có giấy ra viện, đơn thuốc và những giấy tờ cần thiết tùy từng người bệnh.

3. Thuốc, phương tiện cấp cứu dự phòng (nếu cần) và phương tiện vận chuyển người bệnh khi ra viện: tùy thuộc tình trạng người bệnh và thoả thuận giữa bệnh viện với gia đình người bệnh.

IV. THỰC HIỆN

Bác sĩ:

- Bác sĩ điều trị khám toàn thể để đánh giá tình trạng sức khỏe, bệnh tật của người bệnh và ghi kết quả khám bệnh và đề nghị cho người bệnh xuất viện.
- Bác sĩ trưởng khoa: thăm khám lại, nhận xét kết quả điều trị và quyết định cho người bệnh ra viện.
- Bác sĩ điều trị tổng kết hồ sơ bệnh án, quá trình chẩn đoán, điều trị và chẩn đoán xác định, tình trạng người bệnh trước khi ra bệnh viện.
- Ghi giấy ra viện, đơn thuốc có chỉ định điều trị, theo dõi, chăm sóc tại nhà và thời gian khám lại (nếu có).
- *Thông báo cho điều dưỡng viên phụ trách người bệnh và người bệnh (hoặc gia đình người bệnh) về kế hoạch cho người bệnh ra viện.*

Điều dưỡng:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án về y lệnh xuất viện của bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh (hoặc người nhà) về ý kiến cho ra viện và dự kiến ngày xuất viện của bác sĩ.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh về những điều cần chăm sóc tại nhà.
- Đánh giá tình trạng sức khỏe người bệnh để tiên lượng những vấn đề sức khỏe của người bệnh có thể xảy ra tại nhà. Giải thích cho người bệnh và người nhà những gì có thể xảy ra tại nhà và hướng dẫn họ phải theo dõi những gì và làm gì nếu các vấn đề đó xảy ra, khi nào bệnh tình có thể hồi phục hoàn toàn.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh những thuốc cần dùng cho người bệnh, dùng khi nào, dùng bao nhiêu, dùng kéo dài trong thời gian bao lâu, những điều cần chú ý khi dùng thuốc như dùng trước hay sau khi ăn, tránh uống nhiều loại thuốc cùng một lúc.
- Hướng dẫn về chế độ ăn, uống hàng ngày.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà cách xử trí tại gia đình đối với những vấn đề bất thường có thể xảy ra.
- Cung cấp cho người bệnh những phương tiện và vật liệu cần thiết hoặc hướng dẫn họ cách sử dụng và tìm mua những thứ đó ở đâu.
- Hướng dẫn người nhà cách thay đổi tư thế và cách giúp người bệnh di vệ sinh, chuyển từ giường sang ghế nếu người bệnh vẫn phải nằm trên giường.
- Nếu người bệnh cần đến bệnh viện để khám lại cần ghi và hẹn ngày giờ cụ thể và nhắc nhở người bệnh đến khám lại theo đúng lịch hoặc có thể chuyển người bệnh về tuyến dưới để tiếp tục theo dõi, điều trị tiếp.
- Viết giấy thanh toán viện phí và hướng dẫn gia đình người bệnh thanh toán viện phí và trả lại bệnh viện những tài sản đã mượn.

- Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án và đóng dấu giấy ra viện, đơn thuốc.
- Phát giấy ra viện, đơn thuốc sau khi người bệnh đã hoàn thành thủ tục thanh toán viện phí và trả đầy đủ tư trang mượn của bệnh viện.
- Tiếp thu ý kiến góp ý của người bệnh và gia đình họ về công tác điều trị, chăm sóc và phục vụ của bệnh viện.
- Tiền người bệnh khi người bệnh ra viện.
- Nộp hồ sơ bệnh án đã được hoàn tất cho phòng Kế hoạch tổng hợp theo quy chế lưu trữ hồ sơ bệnh án.

Hộ lý:

- Nhận lại đủ đồ vải và tài sản người bệnh mượn.
- Vệ sinh tủ, giường bệnh ngay khi người bệnh ra viện, chuẩn bị sẵn đồ dùng và đồ vải để tiếp nhận người bệnh khác.

64. QUY ĐỊNH VỀ QUẢN LÝ DỤNG CỤ VÀ VẬT DỤNG TIÊU HAO PHỤC VỤ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

I. MỤC ĐÍCH

Sử dụng đúng mục đích, hiệu quả, tiết kiệm và kinh tế những dụng cụ và vật dụng tiêu hao phục vụ công tác chăm sóc người bệnh.

II. QUY ĐỊNH CHUNG

Việc quản lý sử dụng vật tư, dụng cụ tiêu hao của bệnh viện giao cho phòng y tá (điều dưỡng) và y tá (điều dưỡng) trưởng khoa sẽ đạt được mục đích hiệu quả, tiết kiệm, kinh tế và sử dụng đúng mục đích.

- Điều dưỡng trưởng khoa dự trù dụng cụ tiêu hao phục vụ công tác chăm sóc người bệnh cho cấp khoa.
- Phòng y tá - điều dưỡng bệnh viện chịu trách nhiệm xây dựng định mức, dự trù và quản lý dụng cụ tiêu hao phục vụ công tác chăm sóc người bệnh cho toàn bệnh viện.
- Mỗi cán bộ công chức bệnh viện có trách nhiệm sử dụng dụng cụ và vật dụng tiêu hao của bệnh viện đúng mục đích, hiệu quả, tiết kiệm và kinh tế.

III. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1. Dự trù

- Y tá - điều dưỡng trưởng khoa, Phòng y tá - điều dưỡng bệnh viện trước khi lập dự trù phải:

- + Khảo sát nhu cầu sử dụng thực tế các mặt hàng và thông qua số liệu thống kê sử dụng dụng cụ và vật dụng tiêu hao hàng ngày, hàng tháng trên tỷ lệ bệnh nhân, tỷ lệ thủ thuật.
- + Nghiên cứu chất lượng hàng hoá và giá cả các mặt hàng (nên so sánh các mặt hàng cùng chủng nhưng khác xuất xứ).
- + Xem xét các chủng loại hàng thích hợp với đơn vị (kỹ thuật, điều kiện sử dụng, kinh phí).
- + Số lượng cần thiết cho mỗi kỹ thuật, người bệnh hoặc nhu cầu sử dụng trung bình một ngày, một tuần, một tháng trên tỷ lệ người bệnh.
- Lập danh mục dự trù: sắp xếp tên mặt hàng theo nhóm, chủng loại, số lượng, nơi sản xuất. Danh mục dụng cụ và hàng tiêu hao phải phù hợp với nguồn kinh phí trong phạm vi mà đơn vị chấp nhận được.
- Y tá - điều dưỡng trưởng khoa lập dự trù lĩnh dụng cụ và vật dụng tiêu hao cho khoa bao gồm các nội dung sau:
 - + Đơn vị dự trù.
 - + Tên các mặt hàng (chủng loại, yêu cầu kỹ thuật, nơi sản xuất)
 - + Đơn vị
 - + Số lượng yêu cầu
 - + Đơn giá
 - + Thành tiền
 - + Ngày, tháng, năm dự trù.
 - + Chữ ký đề nghị của Y tá - điều dưỡng trưởng khoa và Trưởng khoa.
- Phòng Y tá- điều dưỡng bệnh viện có trách nhiệm giúp Ban giám đốc bệnh viện kiểm tra và xác nhận dự trù của các khoa phù hợp nhu cầu thực tế của mỗi khoa (thông qua việc theo dõi, kiểm tra và giám sát sử dụng hàng tháng) đối chiếu với định mức đã được xây dựng và ký xác nhận nhu cầu sử dụng và đồng ý cấp phát.

2. Cấp phát

- Đơn vị cấp phát chỉ cấp phát hàng khi có ký duyệt của phòng điều dưỡng.
- Hàng nhập trước phải được cấp phát trước.
- Không cấp phát hoặc nhận các mặt hàng kém phẩm chất và sai quy cách.

3. Sử dụng, bảo quản

- Sử dụng đúng mục đích.
- Sử dụng đúng quy trình do Phòng Y tá - điều dưỡng bệnh viện quy định:
 - + Quy trình giao nhận vật tư - dụng cụ tiêu hao.
 - + Quy trình xử lý dụng cụ y tế để dùng lại.
 - + Quy trình xử lý bơm, kim tiêm nhựa sau khi đã sử dụng.

- + Quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế.
- + Quy trình sử dụng và bảo quản dụng cụ vô khuẩn.

4. Kiểm tra: Y tá - điều dưỡng trưởng khoa phải tiến hành kiểm tra, giám sát việc sử dụng, bảo quản vật tư, dụng cụ tiêu hao hàng ngày để:

- Phát hiện nhu cầu sử dụng, sửa chữa để có kế hoạch sửa chữa, thay thế kịp thời.
- Phát hiện những sơ hở về quản lý, sai lệch về mẫu mã, số lượng và sai lệch giữa dự trữ và sử dụng để điều chỉnh kịp thời.
- Phát hiện nhược điểm, thiếu sót sử dụng, vận hành vật tư- dụng cụ tiêu hao để có kế hoạch hướng dẫn và huấn luyện sử dụng.
- Đảm bảo mọi vật tư - dụng cụ tiêu hao được sử dụng đúng mục đích và đạt hiệu quả cao.

65. QUY ĐỊNH VỀ QUẢN LÝ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CHO Y TÁ - ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện nhiệm vụ của bệnh viện, của phòng Y tá - điều dưỡng và của từng cá nhân được quy định tại quy chế bệnh viện.
- củng cố, bổ sung, cập nhật, nâng cao kiến thức, kỹ năng và thái độ cho Y tá- điều dưỡng (bao gồm cả Hộ sinh và Kỹ thuật viên y) để đáp ứng nhu cầu chăm sóc phục vụ của bệnh viện, hạn chế sai sót chuyên môn và tạo điều kiện thuận lợi cho việc điều phối nhân lực y tá - điều dưỡng khi cần.
- Xây dựng cơ sở thực hành mẫu mực cho học sinh, sinh viên điều dưỡng.

II. QUY ĐỊNH CHUNG

- Học tập và giảng dạy tại bệnh viện là một phần của nhiệm vụ đào tạo do Phòng Kế hoạch tổng hợp chịu trách nhiệm được quy định tại quy chế học tập và giảng dạy trong quy chế bệnh viện (Quy định chung thứ 1 của Quy chế học tập và giảng dạy tại bệnh viện 1997).
- Phòng y tá - điều dưỡng có nhiệm vụ “Tổ chức đào tạo nâng cao trình độ cho y tá (điều dưỡng), nữ hộ sinh, kỹ thuật viên và hộ lý. Tham gia hướng dẫn thực hành cho học viên và kiểm tra tay nghề cho y tá (điều dưỡng) nữ hộ sinh, kỹ thuật viên và hộ lý trước khi tuyển dụng”(nhiệm vụ thứ 3 của Phòng Y tá - điều dưỡng được quy định tại quy chế bệnh viện năm 1997).
- Phòng Y tá - điều dưỡng chịu trách nhiệm quản lý và tổ chức thực hiện công tác quản lý đào tạo liên tục cho y tá - điều dưỡng có hỗ trợ và phối hợp của Phòng kế hoạch tổng hợp và các phòng ban chức năng.

- Có vết thương hở xử trí các bước tiếp theo như trường hợp gãy hở, cố định xương gãy và nhanh chóng chuyển nạn nhân về cơ sở điều trị.

Lưu ý:

- Cố định nạn nhân đúng kỹ thuật.
- Sau khi cố định tay được treo trước ngực, bàn tay cao hơn khuỷu.
- Nạn nhân chuyển tới bệnh viện nhanh chóng và an toàn.
- Trong khi di chuyển giữ tư thế đúng và theo dõi sát nạn nhân, xử trí kịp thời những diễn biến xảy ra (nếu có).

V . ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ cố định.
- Tình trạng nơi cố định.
- Tình trạng nạn nhân.
- Tên người thực hiện.
- Diễn biến tình trạng nạn nhân khi di chuyển.
- Phương pháp xử trí khi có tình huống xảy ra.

VI . HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Người bệnh

- Tay gãy luôn giữ ở tư thế bàn tay cao hơn khuỷu tay.
- Khi thấy người có biểu hiện khác thường phải báo lại.

2. Người nhà người bệnh

Giúp đỡ người bệnh khi ăn uống, vệ sinh.

58. QUY ĐỊNH VỀ BÀN GIAO TRỰC

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện đúng quy chế bệnh viện
- Đảm bảo thực hiện tốt công tác chăm sóc, điều trị người bệnh

II. QUY ĐỊNH CHUNG

- Giờ bàn giao được tiến hành 30 phút trước giờ làm việc chính thức của tua (hoặc ca sau).
- Bàn giao và ký nhận đầy đủ: tài sản, thuốc, hồ sơ bệnh án và người bệnh.

III. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1. Người bàn giao: phải hoàn thành tất cả công việc chuẩn bị cho bàn giao 30 phút trước giờ làm việc chính thức của tua trực sau (hoặc ca sau).

- Hoàn tất vệ sinh người bệnh, dụng cụ, sắp xếp đồ đạc, dụng cụ thuộc phạm vi phụ trách và sử dụng vào đúng vị trí quy định đảm bảo sạch, ngăn nắp.
- Tập hợp đủ hồ sơ bệnh án, phim X. quang, các phiếu xét nghiệm sắp xếp vào nơi quy định.
- Kiểm tra tủ thuốc trực và ghi đầy đủ vào sổ dùng thuốc tủ trực tất cả những thuốc được lấy ra từ tủ trực: họ tên người bệnh, tên thuốc, hàm lượng, số lượng và ký để bàn giao.
- Kiểm tra và ghi bổ sung đầy đủ các loại phiếu theo dõi, chăm sóc...thuộc phạm vi ghi chép của điều dưỡng.
- Kiểm tra và ghi lại việc sử dụng những dụng cụ, máy móc, những dụng cụ và phương tiện khử khuẩn, tiệt khuẩn, bảo dưỡng, sửa chữa hoặc huỷ bỏ. Ký bàn giao.
- Ghi đầy đủ những diễn biến trong tua trực (ca làm việc) theo quy định của quy chế bệnh viện và quy định của bệnh viện.
- Ghi và ký bàn giao sổ bàn giao người bệnh chăm sóc cấp I với nội dung họ tên người bệnh, số giường, số buồng, chẩn đoán, những y lệnh và những vấn đề theo dõi, chăm sóc tiếp theo.
- Người bệnh chăm sóc cấp I, người bệnh có chỉ định theo dõi, chăm sóc đặc biệt và người bệnh mới vào cần được bàn giao tại giường.

2. Người nhận

- Có mặt để nhận bàn giao trước giờ làm việc chính thức ít nhất 30 phút.
- Nhận bàn giao tỷ mỉ, chi tiết và ký nhận đầy đủ.
- Nhận bàn giao người bệnh chăm sóc cấp I và chăm sóc đặc biệt trên người bệnh.
- Kiểm tra lại thông tin của người giao, nếu có vấn đề gì chưa rõ thì hỏi ngay.
- Thực hiện tiếp các y lệnh và phần việc được bàn giao.

59. QUY ĐỊNH ĐI BUỒNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG KHOA

I. MỤC ĐÍCH

- Hướng dẫn, đôn đốc và giám sát công tác chăm sóc phục vụ người bệnh của Y tá - điều dưỡng và hộ lý và việc sử dụng vật tư tiêu hao.
- Thăm người bệnh và tiếp nhận những ý kiến góp ý của người bệnh về công tác chăm sóc phục vụ.
- Đánh giá kết quả thực hiện y lệnh điều trị và chăm sóc của điều dưỡng viên và tiến triển của người bệnh.

- Nhận mệnh lệnh điều trị của bác sĩ trưởng khoa trong khi đi buồng.

II. CHUẨN BỊ

- Sổ đi buồng.
- Hồ sơ bệnh án, phim X. quang của người bệnh (Điều dưỡng trưởng nhắc nhở và kiểm tra công tác chuẩn bị của Điều dưỡng viên trong đi buồng của bác sĩ trưởng khoa).

III. QUY ĐỊNH CHUNG

- Không thảo luận về những vấn đề chuyên môn ảnh hưởng tới tâm lý người bệnh và phê phán đồng nghiệp trước mặt người bệnh.
- Khi bác sĩ trưởng và Điều dưỡng trưởng khoa đi buồng, Điều dưỡng viên phải chủ động chuẩn bị những tài liệu, hồ sơ bệnh án có liên quan đến người bệnh và diễn biến của người bệnh để sẵn sàng báo cáo.

IV. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1. Thời gian đi buồng

- Đi buồng thường ngày: do Điều dưỡng trưởng khoa chủ động thu xếp thời gian đi buồng thường quy trong ngày. Nên đi buồng hàng ngày vào giờ đầu tiên sau giao ban sáng.
- Đi buồng đột xuất vào bất kỳ thời gian nào trong ngày để giám sát công tác chăm sóc người bệnh.
- Đi buồng cùng bác sĩ trưởng khoa theo lịch của bác sĩ trưởng khoa để tiếp nhận mệnh lệnh của bác sĩ trưởng khoa.

2. Nội dung đi buồng

- Thăm và tiếp xúc với người bệnh.
- Tiếp thu và giải đáp những ý kiến phản ánh, đề nghị của người bệnh và gia đình người bệnh đồng thời nhắc nhở người bệnh và gia đình người bệnh chấp hành quy định vệ sinh và nội quy bệnh viện.
- Quan sát, đôn đốc y tá điều dưỡng viên chăm sóc và thực hiện các kỹ thuật chăm sóc trên người bệnh theo đúng quy trình đã được quy định.
- Hướng dẫn hoặc lưu ý Điều dưỡng viên thực hiện đúng quy trình vô khuẩn, quy trình chăm sóc, quy trình kỹ thuật bệnh viện và chăm sóc và theo dõi cho người bệnh nặng.
- Quan sát việc sử dụng những mặt hàng tiêu hao.
- Kiểm tra, đôn đốc việc thực hiện y lệnh, ghi chép phiếu theo dõi, chăm sóc.
- Nhắc nhở hộ lý thực hiện quy trình vệ sinh khoa phòng buồng bệnh.

3. Ghi sổ đi buồng: sau mỗi lần đi buồng, điều dưỡng trưởng phải ghi nhận xét và thông báo những việc cần làm cho nhân viên.

Ghi lại những ý kiến của trưởng khoa trong khi đi buồng để tổ chức cho điều dưỡng viên và hộ lý thực hiện.

4. Báo cáo Trưởng khoa những việc đột xuất được phát hiện khi đi buồng, những việc này ngoài khả năng giải quyết của Điều dưỡng trưởng để xin ý kiến chỉ đạo.

5. Tổ chức và đôn đốc thực hiện các y lệnh điều trị của trưởng khoa và y lệnh chăm sóc được bổ sung khi đi buồng.

60. QUY ĐỊNH TIẾP NHẬN NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH CHUYỂN VÀ NHẬN NGƯỜI BỆNH GIỮA CÁC KHOA TRONG BỆNH VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

Đảm bảo người bệnh được đón tiếp ngay từ khoa khám bệnh và được nhân viên y tế đưa vào khoa điều trị, vận chuyển và tiếp nhận chu đáo tại các khoa trong bệnh viện.

II. QUY ĐỊNH

Phải thực hiện đúng quy định về chế độ giao tiếp tại các đơn vị khám chữa bệnh tại quyết định số 4031/2001/QĐ-BYT.

1. Tại khoa khám bệnh

Khi người bệnh tới khoa khám bệnh, điều dưỡng viên khoa khám bệnh phải:

- Chủ động tiếp đón người bệnh và gia đình người bệnh, sẵn sàng giúp và trả lời đầy đủ các câu hỏi của họ với thái độ ân cần, quan tâm, lịch sự.
- Quan sát và nhận định nhanh tình trạng người bệnh để phân loại sơ bộ tình trạng sức khỏe người bệnh nhằm có thái độ ưu tiên giải quyết đúng mức những trường hợp cấp cứu hoặc bệnh nặng.
- Hướng dẫn gia đình người bệnh xếp sổ y bạ hoặc giấy giới thiệu khám bệnh, giấy chuyển viện (nếu có) và ngồi chờ đúng nơi quy định để đến lượt vào khám.
- Vào sổ khám bệnh đủ theo các cột mục quy định.
- Phát sổ khám bệnh theo thứ tự.
- Hướng dẫn người bệnh vào buồng khám khi đến lượt.
- Đăng ký vào sổ sau khi người bệnh được bác sĩ khám bệnh và ghi rõ cách giải quyết của bác sĩ.

- Chỉ dẫn cho người bệnh, gia đình người bệnh hoặc đưa người bệnh (trường hợp bệnh nặng) tới nơi làm xét nghiệm, chụp, chiếu X. quang hoặc nơi nhận thuốc, mua thuốc.
- Hướng dẫn và giáo dục sức khoẻ cho người bệnh.
- Trường hợp nếu bác sĩ cho người bệnh nhập viện, y tá (điều dưỡng) khoa khám bệnh phải thông báo cho điều dưỡng trưởng hoặc hành chính khoa điều trị chuẩn bị sẵn sàng giường bệnh để đón tiếp người bệnh
- Chuẩn bị phương tiện, hồ sơ bệnh án và các thủ tục nhập viện cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh hoặc gia đình người bệnh tiến hành thủ tục nhập viện.
- Chuyển người bệnh vào khoa điều trị bằng phương tiện thích hợp.
- Bàn giao người bệnh và hồ sơ nhập viện cho điều dưỡng trưởng khoa hoặc điều dưỡng hành chính khoa điều trị.

2. Tại khoa điều trị, nơi có người bệnh cần chuyển đi

- Khi phát hiện người bệnh có bệnh của chuyên khoa khác là chính, bác sĩ điều trị có trách nhiệm:
 - + Đề nghị hội chẩn khoa và hội chẩn liên khoa để quyết định việc chuyển khoa.
 - + Giải thích lý do chuyển khoa cho người bệnh và gia đình người bệnh rõ.
 - + Thông báo cho y tá (điều dưỡng) trưởng khoa tiến hành thủ tục chuyển khoa.
- Chuyển hồ sơ bệnh án, liên hệ với khoa mới để chuẩn bị giường đón người bệnh, phương tiện vận chuyển người bệnh, nhân viên hộ tống người bệnh tới khoa mới.
- Chuyển người bệnh bằng phương tiện thích hợp.
- Bàn giao người bệnh, hồ sơ bệnh án, thuốc và tư trang của người bệnh cho khoa mới (có ký sổ chuyển người bệnh).

3. Tại khoa điều trị, nơi tiếp nhận người bệnh

Bác sĩ, y tá (điều dưỡng), nữ hộ sinh, hộ lý phụ trách người bệnh phải chủ động giới thiệu tên, chức danh, thăm hỏi và làm quen với người bệnh ngay từ khi vào khoa điều trị và xưng hô với người bệnh, người nhà người bệnh lịch sự và phù hợp với tuổi tác, quan hệ xã hội.

Điều dưỡng trưởng/hành chính khoa điều trị chịu trách nhiệm:

- Vào sổ đăng ký người bệnh vào khoa.
- Vui vẻ tiếp đón, giải quyết nhanh thủ tục hành chính, giới thiệu các quy định của khoa (hoặc bệnh viện) và xếp giường cho người bệnh. Trường hợp không còn giường riêng, cần giải thích rõ cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh trước khi xếp giường nằm chung với người khác.
- Ký vào sổ giao nhận người bệnh.
- Phân công và giới thiệu điều dưỡng viên phụ trách người bệnh.

Điều dưỡng viên phụ trách người bệnh chịu trách nhiệm:

- Giới thiệu tên, chức danh, thăm hỏi và làm quen với người bệnh và gia đình người bệnh ngay từ khi người bệnh vào khoa.
- Đưa người bệnh đến giường bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh địa điểm nhà vệ sinh, nhà tắm và cách sử dụng các phương tiện của buồng bệnh.
- Nhận định tình trạng người bệnh lúc nhập viện: đo huyết áp, đếm mạch, nhịp thở, đo nhiệt độ cơ thể người bệnh và đánh giá tình trạng chung của người bệnh và ghi ngay các kết quả vừa nhận định vào phiếu theo dõi, chăm sóc.
- Báo bác sĩ đến khám và điều trị ngay cho người bệnh.
- Báo hộ lý cho người bệnh và người nhà người bệnh mượn quần áo, tư trang bệnh viện và hướng dẫn sử dụng công trình vệ sinh, nơi để chất thải.
- Thực hiện ngay các y lệnh về điều trị của bác sĩ.

Bác sĩ: khám ngay và cho y lệnh kịp thời.

Hộ lý: cho người bệnh mượn đồ vải và đồ dùng cần thiết. Hướng dẫn người bệnh và gia đình người bệnh sử dụng công trình vệ sinh và nơi bỏ chất thải tại khoa.

61. QUY ĐỊNH TIẾP ĐÓN NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA CẤP CỨU

1. Điều dưỡng phải luôn có mặt tại phòng khám cấp cứu
2. Phải chuẩn bị sẵn sàng phương tiện cấp cứu, phải thực hiện ngay nhiệm vụ tiếp đón, lấy mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp...mời bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ trực tiếp đến cấp cứu ngay.
3. Trong tất cả các trường hợp cấp cứu phải khẩn trương và kịp thời cấp cứu ngay , không được gây phiền hà trong thủ tục hành chính và không được đùn đẩy người bệnh.
4. Kết hợp với bác sĩ thực hiện các kỹ thuật cấp cứu người bệnh trong tình trạng nguy kịch, người bệnh có chỉ định chuyển khoa hồi sức cấp cứu hoặc chuyên khoa thích hợp, phải vừa chuyển vừa hồi sức.
5. Trường hợp người bệnh nằm lưu phải có bệnh án, theo dõi ghi đầy đủ các diễn biến của người bệnh và chăm sóc như người bệnh nội trú. Phát hiện những diễn biến bệnh lý bất thường của người bệnh, báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.
6. Trường hợp người bệnh có diễn biến nặng khi gia đình người bệnh yêu cầu, điều dưỡng phải mời bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ thường trực đến ngay. Có trách nhiệm ghi nhận và giải thích thắc mắc của người bệnh và gia đình người bệnh
7. Sau khi người bệnh ổn định kiểm tra giấy tờ cần thiết, thẻ bảo hiểm y tế.
8. Điều dưỡng tiếp đón có trách nhiệm đưa người bệnh đã qua cơn nguy kịch đến khoa lâm sàng thích hợp hoặc chuyển viện theo chỉ định của bác sĩ và bàn giao chu đáo cho điều dưỡng khoa hoặc bệnh viện nơi nhận người bệnh cấp cứu.

62. QUY ĐỊNH VỀ CHUYỂN VIỆN VÀ NHẬN NGƯỜI BỆNH TỪ BỆNH VIỆN KHÁC CHUYỂN ĐẾN

I. MỤC ĐÍCH

- Chuyển người bệnh lên tuyến trên hoặc về tuyến dưới đúng chỉ định, đúng quy chế đảm bảo an toàn, chu đáo cho người bệnh.
- Tiếp nhận người bệnh chuyển đến kịp thời, chu đáo, không để xảy ra sai sót chuyên môn.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: được làm đầy đủ các thủ tục xuất viện.

- Trường hợp thông thường: được khám toàn thể và được bác sĩ thông báo kế hoạch chuyển viện ít nhất một ngày trước khi ra viện.
- Trường hợp đột xuất: được bác sĩ khám toàn thể và được giải thích lý do chuyển viện đột xuất.
- Trường hợp người bệnh hoặc gia đình người bệnh chủ động xin chuyển viện: phải có ý kiến đề nghị của người bệnh hoặc gia đình lưu trong hồ sơ bệnh án, được bác sĩ khám và cho ý lệnh chuyển viện.

2. Hồ sơ, bệnh án, phương tiện vận chuyển: Y tá (điều dưỡng) trưởng khoa phải chuẩn bị (hoặc giao cho y tá - điều dưỡng trong khoa):

- Có ý lệnh chuyển viện, có tóm tắt quá trình điều trị của bác sĩ,
- Có giấy chuyển viện do giám đốc ký (bệnh viện hạng III) hoặc trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp (được GD ủy quyền với bệnh viện hạng I, II), hoặc trực lãnh đạo (trong phiên trực).
- Những dụng cụ, thuốc, trang bị cấp cứu, phương tiện vận chuyển thích hợp, đảm bảo an toàn cho người bệnh trên đường vận chuyển.

3. Liên hệ với đơn vị chuyển đến: trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp của bệnh viện có nhiệm vụ đang điều trị phải liên hệ với bệnh viện dự định chuyển người bệnh đến để thu xếp kế hoạch đón tiếp và bàn giao người bệnh (trường hợp cấp cứu hoặc trong giờ trực, bác sĩ thường trực phải trực tiếp thông báo cho tuyến trên bằng điện thoại để liên hệ chuẩn bị đón tiếp người bệnh)

III. THỰC HIỆN

1. Đơn vị chuyển người bệnh: thực hiện đúng quy chế chuyển vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện được quy định trong quy chế bệnh viện. Phân công bác sĩ hoặc điều dưỡng thực hiện nhiệm vụ hộ tống và bàn giao người bệnh tới đơn vị điều trị mới.

Bác sĩ:

- Khám toàn thể và ghi kết quả khám bệnh, y lệnh chuyển viện, tổng kết quá trình điều trị tại bệnh viện vào hồ sơ bệnh án.
- Ghi giấy giới thiệu chuyển viện, ghi tóm tắt hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm đã làm, chẩn đoán xác định, thuốc đã dùng trong quá trình điều trị, lý do chuyển và tình trạng hiện tại. Trường hợp người bệnh sau mổ có biến chứng hoặc diễn biến xấu chuyển tuyến trên cần gửi biên bản phẫu thuật, các phim chụp X. quang... để tuyến sau tiếp tục công tác điều trị.
- Giải thích rõ lý do chuyển viện cho người bệnh và gia đình người bệnh và về kế hoạch cho người bệnh chuyển viện.
- Thông báo cho Y tá (điều dưỡng) trưởng khoa hoặc y tá (điều dưỡng) trực (nếu trong giờ trực) về chỉ định chuyển viện để chuẩn bị.

Điều dưỡng:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án về y lệnh chuyển viện của bác sĩ.
- Thông báo Phòng Kế hoạch tổng hợp dự kiến chuyển viện để Phòng kế hoạch tổng hợp liên hệ với đơn vị người bệnh sẽ tới để thống nhất thời gian, địa điểm bàn giao người bệnh đảm bảo khi người bệnh tới đơn vị mới không bị chờ đợi hay dùn đẩy.
- Giải thích cho người bệnh (hoặc người nhà) về ý kiến cho chuyển viện và dự kiến ngày giờ chuyển viện của bác sĩ.
- Hỏi người bệnh xem trong gia đình có người cùng tham gia vận chuyển và giúp đỡ người bệnh tại nơi sắp tới không, người đó là ai để Điều dưỡng viên có thể hướng dẫn cho họ những việc cần làm khi cần thiết.
- Đánh giá tình trạng sức khỏe người bệnh để phán đoán những vấn đề sức khỏe của người bệnh có thể xảy ra trên đường di chuyển để chuẩn bị dụng cụ, thuốc men trước khi di chuyển.
- Viết giấy thanh toán viện phí và hướng dẫn gia đình người bệnh thanh toán viện phí, trả lại tài sản mượn của bệnh viện.
- Tập hợp hoàn chỉnh các loại giấy tờ liên quan đến chẩn đoán, điều trị của bệnh nhân vào hồ sơ bệnh án, tập hợp đầy đủ phim X. quang, các kết quả cận lâm sàng và đóng dấu giấy giới thiệu chuyển viện, tóm tắt quá trình điều trị.
- Xin ý kiến bác sĩ điều trị về những tài liệu cần thiết để bàn giao cho đơn vị điều trị mới của người bệnh
- Bàn giao và xin chữ ký giao nhận tại đơn vị mới.
- Tiếp thu ý kiến góp ý của người bệnh và gia đình họ về công tác điều trị, chăm sóc và phục vụ của bệnh viện.
- Chuyển người bệnh tới đơn vị điều trị mới bằng phương tiện thích hợp.
- Tiếp tục theo dõi, chăm sóc người bệnh và động viên họ trong quá trình vận chuyển, đảm bảo xử trí kịp thời khi có sự cố xảy ra trên đường vận chuyển.
- Bàn giao tình trạng người bệnh, giấy tờ kèm và tài sản kèm theo người bệnh cho đơn vị mới, ký vào phiếu hoặc sổ chuyển người bệnh.

- Thông báo cho người bệnh và gia đình người bệnh là thủ tục bàn giao đã được hoàn tất để người bệnh an tâm ở lại tiếp tục điều trị. Chào người bệnh và đồng nghiệp tại đơn vị tiếp nhận trước khi ra về.

Hộ lý:

- Nhận lại đủ đồ vải và đồ dùng người bệnh mượn khi được y tá - điều dưỡng thông báo.
- Vệ sinh tủ, giường bệnh ngay khi người bệnh ra viện, chuẩn bị sẵn đồ dùng và đồ vải để tiếp nhận người bệnh khác.

2. Đơn vị nhận người bệnh: phải thực hiện đúng quy định về chế độ giao tiếp trong các cơ sở khám chữa bệnh (QĐ số 4031/2001/QĐ-BYT).

Điều dưỡng trưởng khoa hoặc điều dưỡng hành chính khoa

Khi nhận được thông tin về việc người bệnh mới tới phải trao đổi với Bác sĩ trưởng khoa về thời gian tiếp nhận người bệnh, buồng, giường người bệnh sẽ nằm và thông báo lại cho đơn vị chuyển người bệnh biết để đảm bảo người bệnh tới là được tiếp nhận ngay.

- Phân công người tiếp nhận và chăm sóc người bệnh.
- Thông báo Y tá - điều dưỡng và hộ lý chuẩn bị buồng, giường tiếp nhận người bệnh. (Trong phiên trực: điều dưỡng báo bác sĩ và tổ chức đón người bệnh).
- Khi người bệnh đến phải vui vẻ tiếp nhận và giải quyết nhanh các thủ tục hành chính, giới thiệu các quy định của bệnh viện và xếp giường, giới thiệu điều dưỡng viên được phân công chăm sóc người bệnh. Trường hợp không còn giường riêng cần giải thích rõ cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh trước khi xếp nằm chung với người khác.

Hộ lý: chuẩn bị sẵn tài sản, đồ vải và cùng y tá - điều dưỡng được phân công tiếp đón chuẩn bị giường, buồng để tiếp đón người bệnh mới.

Y tá (điều dưỡng viên) được phân công tiếp đón người bệnh tự giới thiệu tên, chức danh với nhân viên chuyển bệnh nhân, người bệnh và gia đình họ.

- + Nhận bàn giao hồ sơ bệnh án và những thứ cần thiết theo sổ bàn giao ký nhận vào sổ bàn giao người bệnh chuyển viện của đơn vị bạn.
- + Cho người bệnh vào buồng, lên giường đã được chuẩn bị và đánh giá ngay tình trạng người bệnh bằng các hoạt động sau: đo huyết áp, nhiệt độ, đếm mạch, nhịp thở, tình trạng toàn thân, ghi ngay các chỉ số vừa được đánh giá vào phiếu chăm sóc, theo dõi theo quy định.
- + Báo cáo bác sĩ khám bệnh và ra y lệnh điều trị.
- + Thông báo hộ lý cho người bệnh mượn đồ vải và những vật dụng cần thiết khác, và hướng dẫn sử dụng công trình vệ sinh.
- + Hướng dẫn người bệnh và gia đình họ những nội quy, quy định của bệnh viện và khoa người bệnh được chuyển tới.
- + Thực hiện những y lệnh chăm sóc điều trị.

Bác sĩ:

- Khám toàn trạng, xử trí trong trường hợp cấp cứu, hoàn chỉnh hồ sơ nhập viện và ra y lệnh.
- Thông báo cho tuyến dưới biết kết quả điều trị, nhận xét về chẩn đoán, xử lý, thời gian gửi, cách chăm sóc người bệnh trên đường vận chuyển để tuyến dưới rút kinh nghiệm cho những trường hợp sau.

Chú ý: chỉ được chuyển viện khi người bệnh đã được ổn định, không còn bị đe dọa về các chức năng sống.

63. CHUẨN BỊ CHO NGƯỜI BỆNH RA VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

- Thông báo kế hoạch xuất viện để người bệnh và gia đình người bệnh chuẩn bị các thủ tục thanh toán viện phí, phương tiện vận chuyển về gia đình và tiếp tục kế hoạch theo dõi chăm sóc tại nhà.
- Tăng cường sự hiểu biết của người bệnh và người nhà người bệnh về những vấn đề sức khỏe, những biến chứng có thể xảy ra và những điều cấm kỵ mà người bệnh phải tuân thủ tại nhà.
- Phát triển những kiến thức và kỹ năng của người bệnh và người nhà người bệnh trong việc tự chăm sóc tại nhà.
- Biết khi nào phải đến cơ sở y tế để khám và theo dõi sức khỏe.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi có y lệnh xuất viện của bác sĩ.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Trường hợp thông thường: được khám toàn thể và được bác sĩ thông báo kế hoạch ra viện.
- Trường hợp đột xuất: được bác sĩ khám toàn thể và được giải thích lý do xuất viện đột xuất.
- Trường hợp người bệnh hoặc gia đình người bệnh chủ động xin ra viện: phải có đơn xin ra viện, được bác sĩ khám và đồng ý cho xuất viện.

2. Hồ sơ, bệnh án

- Có y lệnh xuất viện của bác sĩ.
- Có giấy ra viện, đơn thuốc và những giấy tờ cần thiết tùy từng người bệnh.

3. Thuốc, phương tiện cấp cứu dự phòng (nếu cần) và phương tiện vận chuyển người bệnh khi ra viện: tùy thuộc tình trạng người bệnh và thoả thuận giữa bệnh viện với gia đình người bệnh.

IV. THỰC HIỆN

Bác sĩ:

- Bác sĩ điều trị khám toàn thể để đánh giá tình trạng sức khỏe, bệnh tật của người bệnh và ghi kết quả khám bệnh và đề nghị cho người bệnh xuất viện.
- Bác sĩ trưởng khoa: thăm khám lại, nhận xét kết quả điều trị và quyết định cho người bệnh ra viện.
- Bác sĩ điều trị tổng kết hồ sơ bệnh án, quá trình chẩn đoán, điều trị và chẩn đoán xác định, tình trạng người bệnh trước khi ra bệnh viện.
- Ghi giấy ra viện, đơn thuốc có chỉ định điều trị, theo dõi, chăm sóc tại nhà và thời gian khám lại (nếu có).
- *Thông báo cho điều dưỡng viên phụ trách người bệnh và người bệnh (hoặc gia đình người bệnh) về kế hoạch cho người bệnh ra viện.*

Điều dưỡng:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án về y lệnh xuất viện của bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh (hoặc người nhà) về ý kiến cho ra viện và dự kiến ngày xuất viện của bác sĩ.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh về những điều cần chăm sóc tại nhà.
- Đánh giá tình trạng sức khỏe người bệnh để tiên lượng những vấn đề sức khỏe của người bệnh có thể xảy ra tại nhà. Giải thích cho người bệnh và người nhà những gì có thể xảy ra tại nhà và hướng dẫn họ phải theo dõi những gì và làm gì nếu các vấn đề đó xảy ra, khi nào bệnh tình có thể hồi phục hoàn toàn.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh những thuốc cần dùng cho người bệnh, dùng khi nào, dùng bao nhiêu, dùng kéo dài trong thời gian bao lâu, những điều cần chú ý khi dùng thuốc như dùng trước hay sau khi ăn, tránh uống nhiều loại thuốc cùng một lúc.
- Hướng dẫn về chế độ ăn, uống hàng ngày.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà cách xử trí tại gia đình đối với những vấn đề bất thường có thể xảy ra.
- Cung cấp cho người bệnh những phương tiện và vật liệu cần thiết hoặc hướng dẫn họ cách sử dụng và tìm mua những thứ đó ở đâu.
- Hướng dẫn người nhà cách thay đổi tư thế và cách giúp người bệnh di vệ sinh, chuyển từ giường sang ghế nếu người bệnh vẫn phải nằm trên giường.
- Nếu người bệnh cần đến bệnh viện để khám lại cần ghi và hẹn ngày giờ cụ thể và nhắc nhở người bệnh đến khám lại theo đúng lịch hoặc có thể chuyển người bệnh về tuyến dưới để tiếp tục theo dõi, điều trị tiếp.
- Viết giấy thanh toán viện phí và hướng dẫn gia đình người bệnh thanh toán viện phí và trả lại bệnh viện những tài sản đã mượn.

- Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án và đóng dấu giấy ra viện, đơn thuốc.
- Phát giấy ra viện, đơn thuốc sau khi người bệnh đã hoàn thành thủ tục thanh toán viện phí và trả đầy đủ tư trang mượn của bệnh viện.
- Tiếp thu ý kiến góp ý của người bệnh và gia đình họ về công tác điều trị, chăm sóc và phục vụ của bệnh viện.
- Tiền người bệnh khi người bệnh ra viện.
- Nộp hồ sơ bệnh án đã được hoàn tất cho phòng Kế hoạch tổng hợp theo quy chế lưu trữ hồ sơ bệnh án.

Hộ lý:

- Nhận lại đủ đồ vải và tài sản người bệnh mượn.
- Vệ sinh tủ, giường bệnh ngay khi người bệnh ra viện, chuẩn bị sẵn đồ dùng và đồ vải để tiếp nhận người bệnh khác.

64. QUY ĐỊNH VỀ QUẢN LÝ DỤNG CỤ VÀ VẬT DỤNG TIÊU HAO PHỤC VỤ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

I. MỤC ĐÍCH

Sử dụng đúng mục đích, hiệu quả, tiết kiệm và kinh tế những dụng cụ và vật dụng tiêu hao phục vụ công tác chăm sóc người bệnh.

II. QUY ĐỊNH CHUNG

Việc quản lý sử dụng vật tư, dụng cụ tiêu hao của bệnh viện giao cho phòng y tá (điều dưỡng) và y tá (điều dưỡng) trưởng khoa sẽ đạt được mục đích hiệu quả, tiết kiệm, kinh tế và sử dụng đúng mục đích.

- Điều dưỡng trưởng khoa dự trù dụng cụ tiêu hao phục vụ công tác chăm sóc người bệnh cho cấp khoa.
- Phòng y tá - điều dưỡng bệnh viện chịu trách nhiệm xây dựng định mức, dự trù và quản lý dụng cụ tiêu hao phục vụ công tác chăm sóc người bệnh cho toàn bệnh viện.
- Mỗi cán bộ công chức bệnh viện có trách nhiệm sử dụng dụng cụ và vật dụng tiêu hao của bệnh viện đúng mục đích, hiệu quả, tiết kiệm và kinh tế.

III. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1. Dự trù

- Y tá - điều dưỡng trưởng khoa, Phòng y tá - điều dưỡng bệnh viện trước khi lập dự trù phải:

- + Khảo sát nhu cầu sử dụng thực tế các mặt hàng và thông qua số liệu thống kê sử dụng dụng cụ và vật dụng tiêu hao hàng ngày, hàng tháng trên tỷ lệ bệnh nhân, tỷ lệ thủ thuật.
- + Nghiên cứu chất lượng hàng hoá và giá cả các mặt hàng (nên so sánh các mặt hàng cùng chủng nhưng khác xuất xứ).
- + Xem xét các chủng loại hàng thích hợp với đơn vị (kỹ thuật, điều kiện sử dụng, kinh phí).
- + Số lượng cần thiết cho mỗi kỹ thuật, người bệnh hoặc nhu cầu sử dụng trung bình một ngày, một tuần, một tháng trên tỷ lệ người bệnh.
- Lập danh mục dự trù: sắp xếp tên mặt hàng theo nhóm, chủng loại, số lượng, nơi sản xuất. Danh mục dụng cụ và hàng tiêu hao phải phù hợp với nguồn kinh phí trong phạm vi mà đơn vị chấp nhận được.
- Y tá - điều dưỡng trưởng khoa lập dự trù lĩnh dụng cụ và vật dụng tiêu hao cho khoa bao gồm các nội dung sau:
 - + Đơn vị dự trù.
 - + Tên các mặt hàng (chủng loại, yêu cầu kỹ thuật, nơi sản xuất)
 - + Đơn vị
 - + Số lượng yêu cầu
 - + Đơn giá
 - + Thành tiền
 - + Ngày, tháng, năm dự trù.
 - + Chữ ký đề nghị của Y tá - điều dưỡng trưởng khoa và Trưởng khoa.
- Phòng Y tá- điều dưỡng bệnh viện có trách nhiệm giúp Ban giám đốc bệnh viện kiểm tra và xác nhận dự trù của các khoa phù hợp nhu cầu thực tế của mỗi khoa (thông qua việc theo dõi, kiểm tra và giám sát sử dụng hàng tháng) đối chiếu với định mức đã được xây dựng và ký xác nhận nhu cầu sử dụng và đồng ý cấp phát.

2. Cấp phát

- Đơn vị cấp phát chỉ cấp phát hàng khi có ký duyệt của phòng điều dưỡng.
- Hàng nhập trước phải được cấp phát trước.
- Không cấp phát hoặc nhận các mặt hàng kém phẩm chất và sai quy cách.

3. Sử dụng, bảo quản

- Sử dụng đúng mục đích.
- Sử dụng đúng quy trình do Phòng Y tá - điều dưỡng bệnh viện quy định:
 - + Quy trình giao nhận vật tư - dụng cụ tiêu hao.
 - + Quy trình xử lý dụng cụ y tế để dùng lại.
 - + Quy trình xử lý bơm, kim tiêm nhựa sau khi đã sử dụng.

- + Quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế.
- + Quy trình sử dụng và bảo quản dụng cụ vô khuẩn.

4. Kiểm tra: Y tá - điều dưỡng trưởng khoa phải tiến hành kiểm tra, giám sát việc sử dụng, bảo quản vật tư, dụng cụ tiêu hao hàng ngày để:

- Phát hiện nhu cầu sử dụng, sửa chữa để có kế hoạch sửa chữa, thay thế kịp thời.
- Phát hiện những sơ hở về quản lý, sai lệch về mẫu mã, số lượng và sai lệch giữa dự trữ và sử dụng để điều chỉnh kịp thời.
- Phát hiện nhược điểm, thiếu sót sử dụng, vận hành vật tư- dụng cụ tiêu hao để có kế hoạch hướng dẫn và huấn luyện sử dụng.
- Đảm bảo mọi vật tư - dụng cụ tiêu hao được sử dụng đúng mục đích và đạt hiệu quả cao.

65. QUY ĐỊNH VỀ QUẢN LÝ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CHO Y TÁ - ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện nhiệm vụ của bệnh viện, của phòng Y tá - điều dưỡng và của từng cá nhân được quy định tại quy chế bệnh viện.
- củng cố, bổ sung, cập nhật, nâng cao kiến thức, kỹ năng và thái độ cho Y tá- điều dưỡng (bao gồm cả Hộ sinh và Kỹ thuật viên y) để đáp ứng nhu cầu chăm sóc phục vụ của bệnh viện, hạn chế sai sót chuyên môn và tạo điều kiện thuận lợi cho việc điều phối nhân lực y tá - điều dưỡng khi cần.
- Xây dựng cơ sở thực hành mẫu mực cho học sinh, sinh viên điều dưỡng.

II. QUY ĐỊNH CHUNG

- Học tập và giảng dạy tại bệnh viện là một phần của nhiệm vụ đào tạo do Phòng Kế hoạch tổng hợp chịu trách nhiệm được quy định tại quy chế học tập và giảng dạy trong quy chế bệnh viện (Quy định chung thứ 1 của Quy chế học tập và giảng dạy tại bệnh viện 1997).
- Phòng y tá - điều dưỡng có nhiệm vụ “Tổ chức đào tạo nâng cao trình độ cho y tá (điều dưỡng), nữ hộ sinh, kỹ thuật viên và hộ lý. Tham gia hướng dẫn thực hành cho học viên và kiểm tra tay nghề cho y tá (điều dưỡng) nữ hộ sinh, kỹ thuật viên và hộ lý trước khi tuyển dụng”(nhiệm vụ thứ 3 của Phòng Y tá - điều dưỡng được quy định tại quy chế bệnh viện năm 1997).
- Phòng Y tá - điều dưỡng chịu trách nhiệm quản lý và tổ chức thực hiện công tác quản lý đào tạo liên tục cho y tá - điều dưỡng có hỗ trợ và phối hợp của Phòng kế hoạch tổng hợp và các phòng ban chức năng.

- Phòng Y tá - điều dưỡng phối hợp với Phòng kế hoạch tổng hợp để xây dựng kế hoạch và các chương trình và tài liệu huấn luyện liên tục để trình Lãnh đạo phê duyệt. Kế hoạch và chương trình huấn luyện liên tục phải thiết thực và thích hợp với đối tượng huấn luyện, thời gian và nhu cầu của đơn vị.
- Mỗi bệnh viện cần xây dựng những chương trình huấn luyện bao gồm những nội dung: hướng dẫn định hướng (cho nhân viên mới), phát triển kỹ năng lãnh đạo quản lý (cho Y tá - điều dưỡng trưởng), huấn luyện kỹ năng chăm sóc, huấn luyện liên tục.

III. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1. Phòng điều dưỡng chịu trách nhiệm

- Khảo sát đánh giá nhu cầu thực tế, đối tượng và nội dung huấn luyện, đào tạo.
- Lập kế hoạch dự thảo và trình Lãnh đạo bệnh viện duyệt trên cơ sở tham khảo ý kiến phòng Kế hoạch tổng hợp, Phòng chỉ đạo tuyến và các khoa.
- Lập kế hoạch triển khai thực hiện chi tiết của Phòng Y tá - điều dưỡng.
- Phân công từng cá nhân phụ trách từng chương trình và chuẩn bị bài giảng để có tài liệu cho từng học viên.
- Triển khai thực hiện: theo kế hoạch đã được duyệt.
- Tổ chức đánh giá học viên trước, trong và cuối mỗi chương trình huấn luyện. Tổ chức lấy ý kiến học viên đánh giá chương trình huấn luyện và đánh giá hiệu quả huấn luyện khi kết thúc chương trình để rút kinh nghiệm và điều chỉnh chương trình.
- Chương trình và tài liệu giảng dạy, học tập cần được lưu giữ thành bộ tại Phòng Y tá - điều dưỡng và các khoa phòng để thuận tiện cho việc học tập, triển khai áp dụng.

2. Trách nhiệm phối hợp của các phòng ban

- Phòng chỉ đạo tuyến và phòng kế hoạch tổng hợp chịu trách nhiệm hỗ trợ về mặt chuyên môn.
- Phòng tổ chức cán bộ chịu trách nhiệm hỗ trợ việc điều chỉnh nhân lực khi cần thiết.
- Phòng tài chính kế toán, hành chính quản trị: chịu trách nhiệm hỗ trợ về tài chính, phương tiện học tập và giảng dạy.

3. Trách nhiệm của các cá nhân

- Học tập nâng cao trình độ là quyền lợi và trách nhiệm của mỗi cán bộ công chức bệnh viện.
- Các trưởng khoa, trưởng phòng, ban và các thành viên trong bệnh viện có trách nhiệm tạo điều kiện cho Y tá - điều dưỡng thực hiện kế hoạch học tập và giảng dạy đã được Giám đốc bệnh viện phê duyệt.
- Khi được tham gia học tập, mỗi Y tá- ĐD phải tuân thủ quy định, nội quy học tập của đơn vị, không nghỉ học tự do, không đi muộn, về sớm. Phải tôn trọng và tuân thủ sự hướng dẫn của giáo viên.

Chương II

NGOẠI KHOA

CHẤN THƯƠNG - CHÍNH HÌNH

1. KỸ THUẬT THAY BĂNG THƯỜNG QUY

I. MỤC ĐÍCH

- Điều dưỡng tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn khi thay băng cho người bệnh.
- Đảm bảo an toàn cho người bệnh.
- Tránh nhiễm khuẩn chéo trong bệnh viện.
- Tạo điều kiện để quá trình liền sẹo của vết thương diễn biến tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

Thực hiện theo y lệnh của bác sĩ.

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích cho người bệnh biết mục đích công việc mình sắp tiến hành để người bệnh yên tâm và phối hợp (Nếu người bệnh tỉnh)
- Đặt tư thế người bệnh thuận tiện cho công việc thay băng.

2. Chuẩn bị dụng cụ (tại phòng chuẩn bị của Điều dưỡng)

- Điều dưỡng rửa tay, lau khô tay bằng khăn sạch.
- Chuẩn bị xe thay băng sạch, lau xe bằng dung dịch khử khuẩn.

Tảng 1:

- 01 hộp gạc gói vô khuẩn
- 01 lọ cầm panh và panh vô trùng
- 01 hộp dụng cụ vô khuẩn (mỗi người bệnh thay băng bằng 01 hộp dụng cụ riêng), trong hộp có:
 - + 01 kẹp có máu.
 - + 02 panh.
 - + 01 kéo.
- 01 lọ povidine
- 01 lọ ête
- 01 lọ cồn 70⁰
- 01 lọ oxy già
- 01 lọ nước muối rửa vô khuẩn.

Tầng 2:

01 khay sạch trong đó có:

- Nylon lót khi thay băng.
- Túi nylon nhỏ.
- Băng dính, kéo cắt băng.
- Găng sạch.
- Băng cuộn (Nếu cần)
- Túi hậu môn nhân tạo nếu cần.

Tầng 3:

- 01 chậu đựng dung dịch khử khuẩn.
- 01 khay để nylon lót sau khi sử dụng.
- Thùng rác có lót túi nylon.
- Chai đựng kim bắn và các vật sắc nhọn.

Điều dưỡng rửa tay lại, lau khô tay bằng khăn sạch và đưa xe ra buồng bệnh.

3. Địa điểm

Tại giường người bệnh hoặc buồng thay băng..

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Sát khuẩn tay bằng cồn 70⁰
2. Mở hộp dụng cụ lật ngược nắp hộp đặt xuống phía dưới và mở hộp (dùng nắp hộp vừa mở như khay chữ nhật cho thay băng).
3. Sắp xếp dụng cụ thuận tiện cho việc thay băng vào nắp hộp vừa mở.
4. Mở hộp gạc:
 - Dùng panh để gấp gạc.
 - Mở gói gạc bằng panh để vào hộp.
5. Trải tấm nylon lót dưới vùng thay băng.
6. Đặt túi nylon đựng gạc bẩn.
7. Dùng tay hoặc panh nhẹ nhàng bóc băng bẩn (Y tá nhận định tùy theo vết thương sạch bẩn nhiễm trùng mà đi găng hoặc dùng panh. Sau khi dùng xong bỏ panh vào chậu có dung dịch khử khuẩn).
8. Sát khuẩn lại tay bằng cồn 70⁰
9. Dùng ête lau sạch vết băng dính trên da người bệnh (không lau ête vào vết thương).
10. Lau rửa vết thương bằng nước muối sinh lý (Nếu vết thương bẩn, nhiễm trùng thì dùng oxy già) theo các bước:
 - Dùng gạc củ ấu thấm nước muối (oxy già) bắt đầu chấm từ bờ mép vết thương hất ra ngoài (miết sát gạc củ ấu vào da để lấy hết bẩn) theo:

- Phía đối diện
- Phía bên y tá - điều dưỡng
- Trực tiếp trên vết thương

(Làm như vậy cho đến khi quan sát gạc củ ấu sạch không còn màu đen).

Chú ý: nếu vết thương bẩn phải dùng đến oxy già thì sau khi rửa vết thương bằng oxy già thì phải rửa lại bằng nước muối sinh lý theo kỹ thuật như trên.

11. Sát khuẩn vết thương bằng povidine, betadine kỹ thuật giống như rửa vết thương bằng nước muối sinh lý.

Tuỳ theo tình trạng vết thương mà thay panh hay không, giữa các thì phải thay gạc củ ấu mới.

12. Đặt miếng gạc vô khuẩn lên trên vết thương, băng kín bằng băng dính (tốt nhất là dùng băng dính băng kín bốn mép của vết thương).

13. Thu dọn dụng cụ:

- Thu dọn dụng cụ thay băng ngâm vào chậu có dung dịch khử khuẩn.
- Thu dọn gạc còn lại, hộp dụng cụ vừa sử dụng.
- Buộc túi nylon có đựng gạc bẩn, bỏ vào thùng rác.
- Gấp nylon (mặt bẩn để vào trong) để xuống khay ở tầng 3.
- Cho người bệnh nằm lại tư thế thoải mái, mặc lại quần áo và báo cho người bệnh biết công việc đã xong và giải thích cho họ biết những điều cần thiết.
- Đem hộp dụng cụ cùng với gạc thừa, khăn gói đã dùng vào buồng rửa dụng cụ (hoặc xếp vào chỗ quy định ở xe thay băng).
- Rửa tay, lau tay bằng khăn khô sạch.

Chú ý: nếu không dùng nắp hộp để đựng dụng cụ thay băng mà dùng khay chữ nhật thì sau mỗi lần thay băng để lại một miếng gạc và lau khay lại bằng cồn 70⁰ trước khi thay băng cho người bệnh tiếp theo.

14. Theo dõi:

- Theo dõi diễn biến của người bệnh sau khi thay băng, chú ý đến các dấu hiệu đau, chảy máu.
- Một giờ sau khi thay băng phải xem lại vết thương, lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp, số lượng dịch dẫn lưu, màu sắc nếu có.
- Nếu có dấu hiệu bất thường phải báo cho bác sĩ biết.
- Theo dõi quá trình liền sẹo vết thương.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào phiếu chăm sóc ngày, giờ thay băng, tình trạng vết thương và cách xử lý.
- Báo cáo bác sĩ diễn biến bất thường và quá trình liền sẹo vết thương.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh chế độ dinh dưỡng, tập luyện (Nếu tỉnh)
- Nếu người bệnh có dẫn lưu giải thích cho người bệnh hiểu để giữ chai dẫn lưu đúng vị trí, không nhấc cao quá vị trí vết thương hoặc đặt chai dẫn lưu xuống đất.

Chú ý: nếu trên người bệnh có nhiều vết thương thì vẫn có thể dùng một hộp dụng cụ nhưng phải bắt đầu thay băng từ vết thương sạch đến vết thương bẩn, từ vết thương vùng đầu mặt cổ ngực rồi đến rồi đến bụng và chân...

2. CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG CÓ DẪN LƯU

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo an toàn cho người bệnh sau mổ.
- Tránh nhiễm trùng và lây chéo trong bệnh viện.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có vết thương đặt ống dẫn lưu

III. CHUẨN BỊ

a. Dụng cụ

- Dụng cụ thay băng: giống như chuẩn bị cho thay băng thường quy nhưng thêm 01 kéo mũi nhọn và một cặp phẫu tích nếu có chỉ định rút ống dẫn lưu.
- Dụng cụ chăm sóc dẫn lưu:
 - + Dây dẫn lưu cao su hoặc dây plastic trắng trong có tráng silicol
 - + Chai dẫn lưu:
 - Chai dẫn lưu cho dẫn lưu hở (ổ bụng, bàng quang).
 - Chai dẫn lưu kín (cho mổ phổi, mổ tim...)
 - Hệ thống máy hút liên tục và khí nén.

b. Người bệnh

Thông báo cho người bệnh biết trước, hướng dẫn người bệnh ở tư thế phù hợp với việc chăm sóc.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thay băng vết thương giống như thay băng thường quy.
2. Chăm sóc dẫn lưu:

- Thay băng, vệ sinh xung quanh chân dẫn lưu (chú ý nếu người bệnh có nhiều dẫn lưu thì thay băng và vệ sinh từ dẫn lưu ở trên cao (ngực) đến dẫn lưu ở dưới thấp (bụng).
- Hàng ngày kiểm tra xem dẫn lưu có thông tốt không (vuốt dẫn lưu).
- Tính lượng dịch dẫn lưu ra hàng giờ, 3 giờ một lần, 6 giờ 1 lần hoặc một ngày một lần, ghi số lượng, màu sắc vào phiếu theo dõi nhằm phát hiện sớm dấu hiệu chảy máu sau mổ để xử trí kịp thời.
- Treo dẫn lưu lên thành giường hoặc để vào giá đỡ để tránh dẫn lưu đổ ra sàn nhà.
- Khi thay chai, dây dẫn lưu phải đi gang, sát khuẩn bằng povidine ở các điểm tiếp giáp để đảm bảo vô khuẩn.
- Khi người bệnh đi chiếu chụp mà vẫn còn dẫn lưu thì phải được kẹp dẫn lưu (chú ý có miếng gạc bảo vệ dây dẫn lưu tránh thủng do kẹp bằng panh Kocher khi vận chuyển.)
- Rút dẫn lưu khi có chỉ định của bác sĩ.
- Theo dõi báo cáo cho bác sĩ những dấu hiệu bất thường.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Điều dưỡng theo dõi chặt chẽ ống dẫn lưu của người bệnh, đặc biệt trong 24 giờ đầu về số lượng, màu sắc, phát hiện những dấu hiệu bất thường báo cáo cho bác sĩ.
- Sau 24 giờ theo dõi thường xuyên sự lưu thông của dẫn lưu, theo dõi số lượng, màu sắc ghi vào phiếu theo dõi.
- Thay băng dẫn lưu hàng ngày hoặc vài ngày một lần tùy theo tình trạng chân dẫn lưu.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Có những dẫn lưu rút sau 24 giờ chỉ cần nhắc nhở người bệnh chú ý khi xoay trở mình để tránh tuột dẫn lưu.
- Những dẫn lưu để lâu như dẫn lưu Kerh... thì nhắc nhở người bệnh chú ý khi vận động đi lại. Chai dẫn lưu luôn để thấp hơn điểm dẫn lưu.
- Người bệnh và người nhà không tự ý tháo chai dẫn lưu để đổ dịch...
- Hướng dẫn người bệnh chế độ ăn uống, tập luyện phù hợp với sức khỏe.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ SỌ NÃO

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ SỌ NÃO CẤP CỨU

I. MỤC ĐÍCH

Giúp người bệnh an toàn trước và sau mổ sọ não.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh có chỉ định phẫu thuật cấp cứu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

1. Lấy chỉ số sinh tồn, theo dõi tri giác theo thang điểm Glasgow (GCS = Glasgow Coma scale), dấu hiệu thần kinh khu trú (kích thước, phản xạ đồng tử, dấu hiệu yếu liệt...).
2. Công tác tư tưởng cho người bệnh và thân nhân (mục đích, tiên lượng cuộc phẫu thuật, khả năng hồi phục của người bệnh...)
3. Xét nghiệm cận lâm sàng trước mổ theo y lệnh:
 - Xét nghiệm máu: công thức máu (CTM), nhóm máu (GS), thời gian máu chảy (TQ), máu đông (TCK), chức năng gan...
 - Chẩn đoán hình ảnh: X. quang sọ, CT Scan...
4. Không được ăn uống gì từ khi có chỉ định mổ.
5. Thực hiện thuốc trước mổ.
6. Báo phòng mổ chuẩn bị cho việc phẫu thuật.
7. Cạo tóc và vệ sinh da đầu, băng kín vết thương da đầu nếu có.
8. Lau sạch sơn ở móng tay, móng chân, tháo răng giả và nữ trang nếu có.
9. Đeo vòng tay cho người bệnh (họ tên, tuổi, giới tính)
10. Cởi quần áo và phủ vải đắp cho người bệnh.
11. Hoàn tất hồ sơ và thủ tục hành chính trước mổ, ký cam kết mổ...
12. Hướng dẫn thân nhân người bệnh ở khu vực nhà chờ và thăm người bệnh sau mổ.
13. Chuẩn bị phương tiện vận chuyển và đưa người bệnh đến phòng mổ.
14. Bàn giao người bệnh với nhân viên phòng mổ.
15. Chào người bệnh và dặn dò giúp người bệnh an tâm nếu người bệnh tỉnh.

B. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

Xin xem phần chăm sóc người bệnh sau mổ sọ não theo chương trình.

IV. GHI HỒ SƠ

Xin xem phần chăm sóc người bệnh sau mổ sọ não theo chương trình.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Xin xem phần chăm sóc người bệnh sau mổ sọ não theo chương trình.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ SỌ NÃO THEO CHƯƠNG TRÌNH

I. MỤC ĐÍCH

Giúp người bệnh an toàn trước và sau mổ sọ não.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh có chỉ định phẫu thuật theo chương trình.

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

1.1. Nhận định tình trạng người bệnh, điều dưỡng ghi chú hồ sơ về

- Tình trạng tri giác của người bệnh:* dựa vào thang điểm Glasgow Coma Scale (GCS), dấu hiệu thần kinh khu trú (kích thước, phản xạ đồng tử, yếu liệt...)
- Chỉ số sinh tồn, nước vào và ra.*
- Tổng trạng người bệnh:* gây, suy kiệt...
- Hoàn cảnh gia đình của người bệnh, những khó khăn, mong muốn của người bệnh nếu có..*

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng theo y lệnh

- Xét nghiệm máu:* công thức máu, nhóm máu, thời gian máu chảy, máu đông, chức năng gan, thận..., chức năng nội tiết: TSH, FSH ở người bệnh mổ tuyến yên.
- Chẩn đoán hình ảnh:* X. quang sọ, X. quang phổi, điện não đồ, CT Scan.
- Đo điện tim (ECG) ở những người bệnh trên 50 tuổi và ở tất cả người bệnh u não.*
- Khám tiền phẫu (khám tai mũi họng)*

2. Chuẩn bị địa điểm và hồ sơ

- Thông báo phòng mổ cho việc sắp xếp.
- Chuẩn bị hồ sơ bệnh án cho việc duyệt mổ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

** Ngày trước mổ:*

1. Lấy chỉ số sinh tồn của người bệnh, tình trạng tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú, lượng nước vào và ra...
2. Công tác tư tưởng cho người bệnh và thân nhân.

3. Thực hiện thuốc trước mổ.
4. 19 giờ làm sạch ruột trước mổ: thụt tháo... và dặn người bệnh nhịn ăn từ đó.
5. Cạo tóc và vệ sinh da đầu, băng kín vết thương da đầu nếu có, lau sạch sơn móng chân móng tay nếu có, đeo vòng tay cho người bệnh...
6. Chuẩn bị hồ sơ và người bệnh cho cuộc hội chẩn trước mổ
7. Hoàn tất hồ sơ và thủ tục hành chính...

* *Sáng ngày mổ:*

1. Kiểm tra đúng người bệnh và hoàn tất hồ sơ người bệnh.
2. Ghi hồ sơ chỉ số sinh tồn, tình trạng tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú, lượng nước vào ra.
3. Thay quần áo mổ, tháo răng giả nếu có, tháo gửi đồng hồ, nữ trang của người bệnh nếu có.
4. Hướng dẫn thân nhân người bệnh ở khu vực nhà chờ và vấn đề thăm người bệnh sau mổ.
5. Chuẩn bị phương tiện vận chuyển và đưa người bệnh xuống phòng mổ
6. Ký bàn giao người bệnh với nhân viên phòng mổ.
7. Chào người bệnh và dặn dò giúp người bệnh yên tâm nếu người bệnh tỉnh.

B. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

1. Theo dõi chỉ số sinh tồn 30 phút, 2 giờ / lần tùy tình trạng người bệnh trong thời gian hậu phẫu cho đến khi người bệnh ổn định.

- Hô hấp: cung cấp đủ oxy cho người bệnh, theo dõi nhịp thở, kiểu thở, phòng tắc nghẽn đường thở do ứ đọng đàm dãi.
- Tim mạch: theo dõi huyết áp, mạch.
- Nhiệt độ: theo dõi sốt: chườm mát hoặc dùng thuốc hạ nhiệt theo y lệnh

2. Tư thế nằm

- Người bệnh mê : đầu bằng
- Người bệnh tỉnh: nếu không có chống chỉ định, nằm đầu hơi cao, nghiêng về phía dẫn lưu nếu có.

3. Theo dõi sát tình trạng tri giác của người bệnh, đặc biệt là GCS, dấu hiệu thần kinh khu trú để phát hiện sớm biến chứng sau mổ: máu tụ tái phát, phù não...

4. Theo dõi lượng nước vào và ra

5. Thực hiện thuốc, xét nghiệm đúng và đủ theo y lệnh. Theo dõi tác dụng chính và tác dụng phụ của thuốc.

6. Giữ sạch vết mổ và theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ, chỉ thay băng khi thấm dịch. Cắt chỉ đúng ngày theo y lệnh.

7. Dinh dưỡng

- Khi chưa có nhu động ruột: truyền dịch theo y lệnh.
- Khi có nhu động ruột và người bệnh còn mê: truyền dịch và nuôi ăn qua ống thông mũi - dạ dày theo y lệnh.
- Khi có nhu động ruột và người bệnh tỉnh, khuyến khích người bệnh ăn: thức ăn nhẹ, dễ tiêu, ăn từ lỏng tới đặc dần.

8. Đảm bảo vệ sinh cá nhân cho người bệnh: vệ sinh răng miệng, gội đầu, tắm cho người bệnh tại giường nếu người bệnh mê...

9. Bài tập thụ động ở người bệnh mê: các tư thế dẫn lưu, vỗ, rung để giúp phổi giãn nở tốt, phòng viêm phổi, xoay trở để phòng loét do chèn ép, đệm lót để giữ đúng tư thế chức năng cho người bệnh

Người bệnh tỉnh: khuyến khích người bệnh thở sâu bằng bụng.

** Săn sóc vết thương đầu có dẫn lưu:*

1. Nối ống dẫn lưu xuống chai vô trùng, vị trí chai thấp hơn mặt giường từ 50-60cm. Đảm bảo hệ thống dẫn lưu thông và chảy một chiều.
2. Kích thước dây nối phải to hơn ống dẫn lưu.
3. Chăm sóc hệ thống dẫn lưu đúng kỹ thuật vô trùng, giữ chân dẫn lưu khô sạch, phòng lở loét da.
4. Theo dõi và ghi vào hồ sơ: số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu. Báo cáo bác sĩ ngay nếu có dấu hiệu bất thường (dịch nhiều màu đỏ tươi...)

** Điều kiện rút ống dẫn lưu:*

1. Thời gian: trung bình 2 ngày
2. Lượng dịch dẫn lưu ít hoặc hết.
3. Có chỉ định của bác sĩ.

** Kỹ thuật chăm sóc và rút ống dẫn lưu:*

Xin xem bài kỹ thuật chăm sóc và rút ống dẫn lưu người bệnh mổ sỏi mật.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Ghi hồ sơ tình trạng người bệnh, chỉ số sinh tồn, tình trạng tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú, lượng dịch vào ra, tình trạng vết mổ, tình trạng dẫn lưu (số lượng, màu sắc, tính chất...) tinh thần và sự ăn ngủ của người bệnh, những than phiền và yêu cầu của người bệnh nếu có.
2. Ghi hồ sơ những chăm sóc điều dưỡng đối với người bệnh (ngày, giờ và kỹ thuật chăm sóc...)

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Dùng thuốc và dinh dưỡng theo đúng y lệnh của bác sĩ, không được tự ý bỏ thuốc hoặc dùng thuốc thêm.

2. Tuân thủ nội quy của khoa và bệnh viện
3. Mọi thắc mắc, yêu cầu hoặc có gì bất thường: xin liên hệ với nhân viên y tế liên quan.
4. Động viên người bệnh tin tưởng và an tâm điều trị.
5. Tái khám đúng hẹn và đúng chỗ.

4. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI NGƯỜI BỆNH MỔ LỒNG NGỰC - TIM MẠCH (Mổ theo chương trình)

I. MỤC ĐÍCH

Giúp người bệnh an toàn trước và sau mổ lồng ngực- tim mạch

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh có chỉ định phẫu thuật mổ lồng ngực - tim mạch theo chương trình.

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

1.1. Nhận định tình trạng người bệnh

a. Tình trạng người bệnh

- Đối với bệnh về lồng ngực như bệnh tim, phổi: đánh giá xem người bệnh có thở không? Lồng ngực có bị biến dạng không?
- Đối với bệnh về mạch máu: theo dõi tình trạng mạch của người bệnh, triệu chứng tắc động mạch như hoại tử khô, hoại tử ướt ở các đầu chi trên và chi dưới.

b. Chỉ số sinh tồn, cân bằng dịch vào ra

c. Tổng trạng người bệnh: gầy, suy kiệt...

d. Hoàn cảnh gia đình của người bệnh, những khó khăn, mong muốn của người bệnh nếu có.

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng theo y lệnh

- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, tốc độ máu lắng, chức năng đông máu toàn bộ, chức năng gan, thận, khí máu động mạch...
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Nếu có bệnh về phổi: xét nghiệm đờm tìm trực khuẩn kháng cồn toan trực tiếp 3 ngày liên tiếp, xét nghiệm phản ứng lao (IDR).

- Chẩn đoán hình ảnh: X. quang phổi, CT Scan, chụp DSA (nếu có bệnh về mạch máu)
- Đo điện tâm đồ tất cả người bệnh.
- Khám tai -mũi-họng tiền phẫu.
- Khám nội tim mạch tiền phẫu.
- Đo chức năng hô hấp.
- Siêu âm tim (nếu cần)
- Tập thở và hướng dẫn cho người bệnh trước mổ.

2. Chuẩn bị địa điểm và hồ sơ

- Thông báo cho phòng mổ biết trước.
- Chuẩn bị hồ sơ đầy đủ cho việc duyệt mổ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

* Ngày trước mổ:

- Lấy chỉ số sinh tồn, cân nặng, chiều cao của người bệnh.
- Công tác tư tưởng cho người bệnh và thân nhân
- Thực hiện thuốc trước mổ.
- Chuẩn bị hồ sơ và người bệnh cho cuộc hội chẩn trước mổ nếu có.
- Cho người bệnh tắm nếu người bệnh tự làm được. Làm vệ sinh vùng ngực, nách, bẹn. Bôi sạch sơn móng tay, chân nếu có. Đeo vòng tay cho người bệnh (họ tên, tuổi, giới tính, khoa điều trị)
- Buổi tối thụt tháo cho người bệnh và dặn người bệnh nhịn ăn từ đó.
- Hoàn tất hồ sơ và thủ tục hành chính, ký cam kết mổ

* Sáng ngày mổ:

- Kiểm tra đúng người bệnh và hoàn tất hồ sơ bệnh án người bệnh.
- Đo chỉ số sinh tồn và ghi hồ sơ.
- Thay quần áo mổ, lấy răng giả, tháo gửi đồng hồ và nữ trang cho người bệnh nếu có.
- Hướng dẫn thân nhân người bệnh ở khu vực nhà chờ và vào thăm sau mổ.
- Chuẩn bị phương tiện và đưa người bệnh xuống phòng mổ.
- Ký và bàn giao người bệnh với nhân viên phòng mổ (điều dưỡng, kỹ thuật viên).
- Chào người bệnh và dặn dò giúp người bệnh an tâm nếu người bệnh tỉnh.

B. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

1. Theo dõi chỉ số sinh tồn và tình trạng tri giác 15 phút, 30 phút hoặc 2 giờ/ lần tùy theo tình trạng người bệnh trong thời gian hậu phẫu cho đến khi tình trạng người bệnh ổn định.

* Về hô hấp: cung cấp đủ ôxy cho người bệnh, theo dõi sát nhịp thở, kiểu thở, phòng tắc nghẽn đường thở do ứ đọng đờm dãi. Báo cáo bác sĩ khi thấy chất tiết gia tăng trong khí quản.

* Về tim mạch: theo dõi huyết áp, mạch.

* Về nhiệt độ: theo dõi sát, nếu sốt thì chườm mát hoặc dùng thuốc theo y lệnh.

2. Tư thế nằm

- Người bệnh mê: nằm đầu bằng.
- Người bệnh tỉnh: nếu không có chống chỉ định, nằm đầu hơi cao, nghiêng về phía dẫn lưu nếu có.

3. Theo dõi sát hệ thống dẫn lưu phổi của người bệnh, nếu trong 1 giờ đầu dịch dẫn lưu khoảng 200ml trong vòng 3 giờ liên tiếp hoặc 1000ml/24 giờ thì phải báo sĩ ngay.

- Giữ ống bằng kim băng giữa 2 mép vải trải giường hoặc bằng dây buộc vào cạnh giường.
- Theo dõi sự di động của mực nước trong ống thuỷ tinh dài. Báo cáo bác sĩ ngay khi mực nước không di động.
- Luôn luôn giữ ống thuỷ tinh dài cắm sâu vào mực nước trong bình 3-5 cm. Bao một đầu ống thuỷ tinh ngắn bằng gạc hoặc gắn vào máy hút phổi (máy hút với áp lực được quy định, thông thường là -20cm nước).

4. Theo dõi dịch vào ra

5. Thực hiện thuốc, xét nghiệm đúng và đủ theo y lệnh. Theo dõi tác dụng chính và tác dụng phụ của thuốc.

6. Giữ sạch vết mổ và theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ. Rút ống dẫn lưu phổi khi có chỉ định của bác sĩ.

7. Dinh dưỡng

- Khi chưa có nhu động ruột: truyền dịch theo y lệnh
- Khi có nhu động ruột và người bệnh còn mê: truyền dịch và nuôi ăn qua ống thông mũi- dạ dày theo y lệnh.
- Khi có nhu động ruột và người bệnh tỉnh, khuyến khích người bệnh ăn:
 - + Thức ăn nhẹ, dễ tiêu.
 - + Ăn từ lỏng đến đặc dần.

8. Đảm bảo vệ sinh cá nhân cho người bệnh: vệ sinh răng miệng, gội đầu, tắm cho người bệnh tại giường nếu người bệnh mê.

9. Vận động

Bài tập thụ động ở người bệnh mê: các tư thế dẫn lưu, vỗ, rung để giúp phổi giãn nở tốt, phòng viêm phổi, xoay trở để phòng loét do đè ép, đệm lót để giữ đúng tư thế chức năng cho người bệnh.

Người bệnh tỉnh: khuyến khích người bệnh ho và thở sâu bằng bụng, đỡ gối dậy 24 giờ sau mổ để phòng viêm phổi.

*** Chăm sóc hệ thống dẫn lưu phổi:**

1. Đặt vị trí chai dẫn lưu vào chỗ an toàn, ít đụng chạm và thấp hơn mặt giường từ 50-60 cm. Đảm bảo hệ thống dẫn lưu thông và chảy 1 chiều.
2. Kích thước dây nối phải to hơn ống dẫn lưu.
3. Chăm sóc hệ thống dẫn lưu đúng kỹ thuật vô trùng, giữ chân dẫn lưu khô sạch, phòng loét da.
4. Nước cho vào chai phải vô trùng và đủ để ống thủy tinh dài cắm sâu vào từ 3-5cm.
5. Kẹp ống bằng 2 kẹp khi di chuyển hoặc thay bình dẫn lưu.
6. Theo dõi và ghi vào hồ sơ: số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu. Báo cáo bác sĩ ngay nếu có dấu hiệu bất thường (dịch nhiều màu đỏ tươi...).

*** Điều kiện rút ống dẫn lưu:**

1. Thời gian: thông thường sau 24-48 giờ.
2. Lượng dịch dẫn lưu không ra thêm hoặc ra dưới 100ml dịch/ 24 giờ.
3. Phổi nở tốt: dựa trên lâm sàng và X. quang.
4. Có chỉ định của bác sĩ.

*** Kỹ thuật chăm sóc và rút ống dẫn lưu phổi:**

Xin xem bài kỹ thuật chăm sóc và rút ống dẫn lưu.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Ghi hồ sơ chỉ số sinh tồn, tình trạng người bệnh, lượng dịch vào ra, tình trạng vết mổ, tình trạng dẫn lưu (số lượng, màu sắc, tính chất...) tinh thần và sự ăn ngủ của người bệnh, những lo lắng và yêu cầu của người bệnh nếu có.
2. Ghi hồ sơ những chăm sóc điều dưỡng đối với người bệnh: ngày giờ và kỹ thuật chăm sóc.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Dùng thuốc và dinh dưỡng theo đúng y lệnh của bác sĩ, không được tự ý bỏ thuốc và dùng thuốc thêm.
2. Tuân thủ nội quy của khoa và bệnh viện.
3. Mọi thắc mắc, yêu cầu hoặc có gì bất thường: xin liên hệ với nhân viên y tế liên quan.
4. Động viên người bệnh tin tưởng và an tâm điều trị.
5. Tái khám đúng hẹn và đúng chỗ.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU KHI MỔ NGỰC

I. MỤC ĐÍCH

- Duy trì sự ổn định của tuần hoàn hô hấp.
- Sau mổ lồng ngực, biến chứng xẹp phổi, viêm phổi, tràn dịch màng phổi... liên quan đến kết quả điều trị. Mọi cố gắng sau mổ nhằm tránh những biến chứng này.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh sau khi mổ ngực.

III. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

- Giường bệnh, máy thở (nếu còn thở máy), Monitoring (nếu có)
- Theo dõi về hô hấp: tần số hô hấp bão hoà O_2 (Monitoring)
- Bảng theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp, dẫn lưu, nước tiểu.
- Chai dẫn lưu, máy hút liên tục
- Máy khí dung.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trong phòng hồi sức

a. Nếu người bệnh cần thở hỗ trợ bằng máy thở:

- Đặt thông số thở (bác sĩ đặt và kiểm tra).
- Theo dõi máy thở: khi người bệnh thở máy phải luôn có điều dưỡng ở bên cạnh để theo dõi hoạt động của máy thở. Tùy theo tình trạng của người bệnh mà các dấu hiệu sinh tồn như mạch, nhiệt độ, huyết áp được theo dõi 15 phút - 30 phút hay 1 giờ một lần.

b. Theo dõi nhịp tim trên monitoring, theo dõi bão hoà oxy chặt chẽ để có thể tăng thêm hoặc giảm bớt oxy cho người bệnh.

c. Theo dõi màu sắc của da, niêm mạc (màu hồng hoặc xanh tím).

d. Theo dõi dịch dẫn lưu, tính chất, số lượng dịch dẫn lưu chảy ra 30 phút một lần trong 6 giờ đầu sau đó theo dõi 1 giờ 1 lần trong các giờ tiếp theo cho đến hết 24 giờ, từ giờ thứ 25 theo dõi 3 giờ 1 lần. Dùng nước xà phòng và một gạc cuộn để vuốt ống dẫn lưu tránh gây tắc ống dẫn.

- Theo dõi và kiểm tra máy hút liên tục phải là hệ thống kín được hút liên tục với áp lực là 20cm H_2O và không được để gấp hoặc hở dây dẫn lưu gây nguy hiểm tràn khí màng phổi.