

BỘ Y TẾ**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: **721** /BYT-BM-TE
V/v tăng cường công tác
phòng chống dịch bệnh do
virus Zika.

Hà Nội, ngày **03** tháng 10 năm 2016

Kính gửi:

- Bệnh viện: Phụ Sản, Nhi khoa, Đa khoa trực thuộc Bộ Y tế;
- Cục Quân Y - Bộ Quốc phòng;
- Cục Y tế - Bộ Công an;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, cho đến ngày 22/9/2016 đã có 72 quốc gia và vùng lãnh thổ trên thế giới thông báo có sự lưu hành hoặc có sự lây truyền virus Zika. Tại Đông Nam Á, tình hình dịch đang gia tăng và có xu hướng diễn biến phức tạp. Các quốc gia Thái Lan, Indonesia, Malaysia, Philippines, Singapore đều đã ghi nhận các trường hợp bệnh do virus Zika. Đặc biệt, tại Singapore, kể từ ngày 27/8/2016 ghi nhận trường hợp đầu tiên cho đến ngày 11/9/2016 đã có tới 329 ca được khẳng định mắc bệnh do virus Zika, trong đó có 8 phụ nữ mang thai.

Đến nay, Việt Nam đã ghi nhận 03 trường hợp mắc Zika trong nước, cả 3 trường hợp này đều không có tiền sử đi, đến, trở về từ vùng dịch nên có thể nói virus Zika đã lưu hành tại Việt Nam. Ngoài ra còn có một số trường hợp là người nước ngoài nhiễm Zika khi trở về từ Việt Nam. Trong bối cảnh nhiều nước trong khu vực đã ghi nhận các trường hợp mắc bệnh do virus Zika và Singapore đã bùng phát dịch trong nước, nguy cơ bệnh do virus có thể bùng phát thành dịch ở Việt Nam là rất cao.

Để dự phòng tích cực, phát hiện sớm trường hợp nhiễm virus Zika, sẵn sàng đáp ứng nếu xảy ra dịch, xử lý kịp thời không để dịch lây lan, đặc biệt đối với phụ nữ có thai nhằm hạn chế đến mức thấp nhất biến chứng do bệnh gây ra; Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế đề nghị các Bệnh viện Phụ Sản, Nhi khoa, Đa khoa trực thuộc Bộ Y tế; Cục Quân Y - Bộ Quốc phòng và Cục Y tế - Bộ Công an, Sở Y tế các tỉnh/thành phố chỉ đạo, triển khai:

- Tiếp tục thực hiện nghiêm túc Quyết định số 460/QĐ-BYT ngày 05/02/2016 về Kế hoạch hành động phòng chống dịch bệnh do virus Zika tại Việt Nam, Quyết định số 3792/QĐ-BYT ngày 25/7/2016 ban hành Hướng dẫn Giám sát và phòng, chống bệnh do virus Zika (thay thế Quyết định số 363/QĐ-BYT ngày 02/02/2016) và Quyết định số 1223/QĐ-BYT ngày 05/4/2016 ban hành Hướng dẫn tạm thời chăm sóc phụ nữ mang thai trong bối cảnh dịch bệnh do virus Zika;

- Chỉ đạo các bộ phận như phòng khám sản khoa, khoa sản khi thực hiện việc chăm sóc, quản lý thai, khám tụy... chú ý sàng lọc, phát hiện sớm các ca có

triệu chứng phát ban, sốt, đau mỏi cơ, khớp, đau mắt đỏ hoặc siêu âm nghi ngờ có đầu nhỏ; đặc biệt là những đối tượng đi/đến/đi qua vùng có virus Zika lưu hành; tư vấn, hướng dẫn phụ nữ đang hoặc có ý định mang thai không nên đi đến khu vực có dịch khi không thực sự cần thiết và cần đến ngay cơ sở y tế để được cán bộ y tế tư vấn, khám sàng lọc khi nghi ngờ nhiễm virus Zika;

- Chỉ đạo các khoa đề/phòng đề, các khoa nhi/sơ sinh thực hiện nghiêm túc việc đo và ghi chép vòng đầu cho tất cả các trẻ sơ sinh vào sổ sách, hồ sơ bệnh án;

- Khi phát hiện các ca nghi ngờ nhiễm virus Zika hoặc siêu âm nghi ngờ có đầu nhỏ, hoặc phát hiện trẻ sơ sinh có chứng đầu nhỏ, cần liên hệ ngay với Viện Vệ sinh dịch tễ/Viện Pasteur hoặc Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh/thành phố để lấy mẫu, thực hiện xét nghiệm chẩn đoán và có biện pháp xử trí thích hợp; tiến hành thu thập thông tin về người phụ nữ mang thai theo Mẫu phiếu điều tra trường hợp bệnh do virus Zika (Mẫu 1 ban hành tại Quyết định số 3792/QĐ-BYT ngày 25/7/2016) và thông tin về bà mẹ, trẻ sơ sinh theo Mẫu 2 kèm theo công văn này. Các phiếu điều tra gửi về Trung tâm Y tế dự phòng và Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe sinh sản tỉnh để tổng hợp, báo cáo Bộ Y tế (Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em và Cục Y tế dự phòng). Riêng các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế gửi phiếu điều tra về Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em và Cục Y tế dự phòng;

- Tiếp tục triển khai tập huấn hoặc phổ biến về sàng lọc trước sinh, phát hiện hội chứng đầu nhỏ cho cán bộ y tế làm công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản. Trong trường hợp chưa tìm được nguồn kinh phí, cần lồng ghép việc phổ biến, tập huấn trong các buổi họp, giao ban chuyên môn, sinh hoạt khoa học của đơn vị;

- Trong quá trình triển khai thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc, đề nghị báo cáo về Bộ Y tế (Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Cục Y tế dự phòng, Cục Quản lý khám chữa bệnh) để phối hợp giải quyết.

Xin trân trọng cảm ơn.

Nơi nhận:

- Như trên;
- TT Nguyễn Việt Tiến (để b/c);
- TT Nguyễn Thanh Long (để b/c);
- Cục Y tế dự phòng (để p/hợp);
- Cục Quản lý KCB (để p/hợp);
- Trung tâm CSSKSS các tỉnh, thành phố (để thực hiện);
- Lưu: VT, BM-TE.

**TL. BỘ TRƯỞNG
VỤ TRƯỞNG VỤ SỨC KHỎE BÀ MẸ-TRẺ EM**



Nguyễn Đức Vinh

Mẫu 1 - Dành cho phụ nữ mang thai

PHIẾU ĐIỀU TRA
TRƯỜNG HỢP BỆNH DO VI RÚT ZIKA
(Trích từ Hướng dẫn Giám sát và phòng, chống bệnh do vi rút Zika,
ban hành kèm theo Quyết định số 3792/QĐ-BYT ngày 25/7/2016)

1. Người báo cáo

- a. Tên người báo cáo: _____ b. Ngày báo cáo: ____/____/201 ____
c. Tên đơn vị: _____
d. Điện thoại: _____ e. Email: _____

2. Thông tin trường hợp bệnh

- a. Họ và tên bệnh nhân: _____
b. Ngày tháng năm sinh: ____/____/____ Tuổi (năm): _____
c. Giới: 1. Nam 2. Nữ
e. Nghề nghiệp: _____
g. Đang có thai: 1. Có, tuần thứ: _____ 2. Không

3. Địa chỉ nơi sinh sống

- Số nhà: _____ Đường phố/Thôn ấp: _____
Phường/Xã: _____ Quận/huyện: _____
Tỉnh/Thành phố: _____ Số điện thoại liên hệ: _____

4. Địa chỉ nơi bệnh khởi phát: 1. Như trên 2. Khác, ghi rõ: _____

5. Ngày khởi phát: ____/____/201 ____

6. Ngày được khám bệnh đầu tiên: ____/____/201 ____

7. Nơi đang điều trị: _____

8. Diễn biến bệnh (mô tả ngắn gọn):

9. Các biểu hiện lâm sàng:

- | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| a. Phát ban | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| b. Sốt | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| c. Viêm kết mạc mắt
(xung huyết, không mù) | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| d. Đau khớp, phù quanh khớp | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| e. Đau cơ | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| f. Các triệu chứng khác | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |

Cụ thể: _____

10. Tiền sử mắc các bệnh mạn tính và các bệnh khác có liên quan:

11. Tiền sử dịch tễ: Trong vòng 2 tuần trước khi khởi phát, người bệnh có:

- a. Đến/ở/về từ khu vực có sự lây truyền vi rút Zika tại chỗ hoặc khu vực có sự hiện diện của vi rút Zika và véc tơ truyền bệnh không?

Có Không Không biết

Nếu có ghi rõ địa chỉ: _____

b. Có quan hệ tình dục không an toàn với người đã đến/ở/về trong vòng 8 tuần từ khu vực có sự lây truyền vi rút Zika tại chỗ hoặc khu vực có sự hiện diện của vi rút Zika và véc tơ truyền bệnh không?

Có Không Không biết

12. Thông tin điều trị

a. Có điều trị tại cơ sở y tế Có Không Không biết

b. Tên cơ sở y tế điều trị:

c. Ngày nhập viện: ____/____/____

d. Ngày ra viện: ____/____/____

e. Các biến chứng trong quá trình bệnh Có Không Không biết

Nếu có, ghi cụ thể:

f. Các ghi chú hoặc quan sát khác:

13. Thông tin xét nghiệm:

a. Công thức máu (theo kết quả xét nghiệm đầu tiên sau khi nhập viện)

Bạch cầu:/mm³ Hồng cầu:/mm³ Tiểu cầu:/mm³

Hematocrite:%

b. Xét nghiệm vi sinh

Huyết thanh/máu toàn phần

Giai đoạn cấp Ngày lấy: ____/____/201__ Kết quả: _____

Giai đoạn hồi phục Ngày lấy: ____/____/201__ Kết quả: _____

Bệnh phẩm khác

Cụ thể ____ Ngày lấy: ____/____/201__ Kết quả: _____

c. Siêu âm thai (nếu là phụ nữ mang thai):

Nghi ngờ có đầu nhỏ Không có đầu nhỏ Ngày siêu âm ____/____/201__

14. Kết quả điều trị:

Tình trạng của thai nhi (nếu có)

Thai vẫn phát triển tiếp tục Sảy thai Thai chết lưu

Đang điều trị

(Ghi rõ tình trạng hiện tại _____)

Khỏi

Di chứng (ghi rõ): _____

Không theo dõi được

Khác (nặng xin về, chuyển viện, ... ghi rõ): _____)

Tử vong (Ngày tử vong: ____/____/____ : Lý do tử vong: _____)

15. Chẩn đoán cuối cùng

Trường hợp bệnh lâm sàng

Trường hợp bệnh có thể

Trường hợp bệnh xác định

Không phải vi rút Zika

Khác, ghi rõ _____

Điều tra viên

Ngày tháng năm 201 ...

Lãnh đạo đơn vị



Mẫu 2 - Dành cho bà mẹ và trẻ sơ sinh có đầu nhỏ

PHIẾU ĐIỀU TRA
TRƯỜNG HỢP SƠ SINH CÓ ĐẦU NHỎ

1. NGƯỜI BÁO CÁO

a. Tên người báo cáo: _____ b. Ngày báo cáo: ____/____/201__
c. Tên đơn vị: _____
d. Điện thoại: _____ e. Email: _____

2. THÔNG TIN VỀ BÀ MẸ

a. Họ và tên: _____
b. Ngày tháng năm sinh: ____/____/____ Tuổi (năm): _____
c. Nghề nghiệp: _____
d. Địa chỉ nơi sinh sống
Số nhà: _____ Đường phố/Thôn ấp: _____
Phường/Xã: _____ Quận/huyện: _____
Tỉnh/Thành phố: _____ Số điện thoại liên hệ: _____

e. Tiền sử:

e1. Tiền sử bệnh

Trong thời kỳ mang thai, có các biểu hiện lâm sàng sau đây không:

Phát ban	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Sốt	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Viêm kết mạc mắt (xung huyết, không mủ)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Đau khớp, phù quanh khớp	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Đau cơ	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Các triệu chứng khác	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

Cụ thể: _____

Nếu có các triệu chứng trên:

Địa chỉ nơi bệnh khởi phát: 1. Như trên 2. Khác, ghi rõ: _____

Ngày khởi phát: ____/____/201__

Ngày được khám bệnh đầu tiên: ____/____/201__

Diễn biến bệnh (mô tả ngắn gọn): _____

Có xét nghiệm tìm Virut Zika không:

Huyết thanh/máu toàn phần

Giai đoạn cấp Ngày lấy: ____/____/201__ Kết quả: _____
 Giai đoạn hồi phục Ngày lấy: ____/____/201__ Kết quả: _____

Bệnh phẩm khác

Cụ thể _____ Ngày lấy: ____/____/201__ Kết quả: _____

Điều trị tại cơ sở y tế Có Không Không biết

Tên cơ sở y tế điều trị:

Ngày nhập viện: ____/____/____ Ngày ra viện: ____/____/____

Các biến chứng trong quá trình bệnh Có Không Không biết

Nếu có, ghi cụ thể: _____

Các ghi chú hoặc quan sát khác:

e2. Cận lâm sàng

Siêu âm thai Có Không
Có nghi ngờ đầu nhỏ không Có Không
Nếu có, ngày siêu âm _____ / _____ / 201_____
Cận lâm sàng khác nếu có: _____

e3. Tiền sử dịch tễ: Trong thời kỳ mang thai, bà mẹ có:

Đến/ở/về từ khu vực có sự lây truyền vi rút Zika tại chỗ hoặc khu vực có sự hiện diện của vi rút Zika và véc tơ truyền bệnh không?

Có Không Không biết

Nếu có: Ghi rõ địa chỉ: _____

Thời điểm: trước khi có triệu chứng lâm sàng _____ ngày

Có quan hệ tình dục không an toàn với người đã đến/ở/về trong vòng 8 tuần từ khu vực có sự lây truyền vi rút Zika tại chỗ hoặc khu vực có sự hiện diện của vi rút Zika và véc tơ truyền bệnh không?

Có Không Không biết

e4. Tiền sử mắc các bệnh mạn tính và các bệnh khác có liên quan:

3. THÔNG TIN VỀ TRẺ SƠ SINH

a. Họ và tên: _____

b. Ngày tháng năm sinh: ____ / ____ / _____ Tuổi (ngày): _____

c. Nơi sinh: BV TW BV tỉnh BV huyện Trạm y tế xã/PKĐKKV
 Tại nhà Khác (ghi rõ) _____

d. Tuổi thai khi sinh: _____ tuần

e. Cách đẻ: Đẻ thường Forceps/giác hút Mổ lấy thai

g. Tình trạng trẻ khi sinh: Bình thường Ngạt

h. Cân nặng khi sinh: _____ gam i. Chiều cao khi sinh: _____ cm

k. Vòng đầu khi sinh: _____ cm l. Vòng ngực khi sinh: _____ cm

m. Tình trạng trẻ có gì bất thường (ghi rõ): _____

n. Các dị tật bẩm sinh nếu có:

Dị tật tim Có Không

Dị tật ống thần kinh Có Không

Khe hở môi, vòm miệng Có Không

Dị tật khác Có Không

Cụ thể: _____

Điều tra viên

Ngày tháng năm 201 ...

Lãnh đạo đơn vị