

QUYẾT ĐỊNH**Về việc ban hành mẫu Hồ sơ bệnh án phá thai****BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

Căn cứ Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27/12/2007 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này mẫu Hồ sơ bệnh án phá thai.

Điều 2. Mẫu Hồ sơ bệnh án phá thai được áp dụng tại các cơ sở khám, chữa bệnh có tổ chức khám, chữa bệnh sản phụ khoa.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 4. Các Ông, Bà: Chánh Văn phòng Bộ; Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh; Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Chánh Thanh tra Bộ và các Vụ trưởng, Cục trưởng, Tổng Cục trưởng các Vụ, Cục, Tổng cục của Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Thủ trưởng Y tế các Bộ, ngành chịu thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Đ/c Thứ trưởng (để biết);
- Lưu: VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG****Nguyễn Việt Tiến****BỘ Y TẾ****Số: 135/SY-VPB5****Nơi nhận:**

- Các đơn vị liên quan;
- Lưu: VT, VPB5.

SAO Y BẢN CHÍNH**Hà Nội, ngày 17 tháng 12 năm 2013****TL. BỘ TRƯỞNG****KT. CHÁNH VĂN PHÒNG BỘ
PHÓ CHÁNH VĂN PHÒNG BỘ****Phạm Thanh Bình**

Tên đơn vị

Số HSBA

.....

Số lưu trữ.....

HỒ SƠ BỆNH ÁN PHÁ THAI

*Ban hành kèm Quyết định số...../QĐ-BYT ngày tháng năm 2011
của Bộ trưởng Bộ Y tế*

Chẩn đoán tuổi thai:tuần

Phương pháp phá thai:

Họ và tên:(chữ in hoa).....

Năm sinh:.....

Ngày: tháng..... năm 20.....

BỆNH ÁN PHÁ THAI

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (chữ in hoa): 2. Ngày.....Tháng..... Năm sinh :
3. Dân tộc: ☐☐ 4. Nghề nghiệp: ☐☐
5. Quốc tịch: ☐☐ 6. Địa chỉ: Số nhà Thôn.....
phố.....Xã/phường.....
Huyện (Q, Tx) ☐☐ Tỉnh/thành phố ☐☐
7. Nơi làm việc: Số điện thoại liên lạc:
8. Họ và tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:
Số điện thoại
9. Đến khám/vào viện hồi: giờ ngày tháng năm.....
10. Nơi giới thiệu: 10a. Y tế ☐ 10b. Tự đến ☐
11. Chẩn đoán nơi giới thiệu:

II. LÝ DO PHÁ THAI :

III. TIỀN SỬ

1. Tiền sử sản phụ khoa : PARA.....; Số con hiện có:.....Trai.....;Gái.....
Đã phẫu thuật lấy thai.....lần; Năm phẫu thuật lần cuối ; Các phẫu thuật TC khác:.....
.....năm.. ..Số lần đã phá thai lần; Lần phá thai gần nhất.tháng.....năm.....
Biện pháp TT đang sử dụng khi có thai lần này: 1. DCTC ☐ 2.Thuốc tiêm☐3.Thuốc uống☐ 4 Que cấy ☐
5.Bao cao su ☐ 6. Thuốc tránh thai khẩn cấp ☐ 7. Biện pháp khác ☐ 8.Không sử dụng biện pháp nào ☐
2. Tiền sử bệnh (bệnh tâm thần, tuần hoàn, hô hấp, tiêu hoá, tiết niệu, dị ứng).....

-S.....
3. Tình trạng hôn nhân: Có chồng ☐ Không có chồng ☐

IV. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân:
2. Các bộ phận:
3. Khám phụ khoa
Ngày đầu kỳ kinh cuối cùng/...../.....(Dương lịch); Tuổi thai tuần.
Âm hộ;Âm đạo;Cổ tử cung.....
Tử cung (kích thước, mật độ, tư thế).....
Phản phụ phải;Phản phụ trái
4. Các xét nghiệm cần làm

Mạch lần/ph
Nhiệt độ..... $^{\circ}\text{C}$
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở..... lần/ph
Cân nặng.....kg

V. KẾT LUẬN : Chẩn đoán: Tuổi thaituần

+ Phương pháp phá thai

Ngày..... tháng năm
Người làm bệnh án
(ký tên, ghi rõ họ tên)

TỔNG KẾT BỆNH ÁN:

1. Chẩn đoán: Thaituần

2. Phương pháp phá thai:

1. Bằng Phương pháp hút chân không ☐ 2. Bằng thuốc ☐ 3. Nong và gắp ☐ 4. P. pháp Khác: ☐

3. Tình trạng sau khi thực hiện phá thai:

1. Tốt ☐ 2. Chưa tốt ☐

4. Tai biến: 1. Không ☐ 2. Có ☐

5. Thời gian ở cơ sở thực hiện kỹ thuật phá thai: tổng số.....giờ

6. Ra về/ Nhập viện điều trị/ Chuyển tuyến.

1. Ra về ☐ 2. Nhập viện ☐ 3. Chuyển tuyến ☐ lúcgiờ.....ngày

Lý do nhập viện.....Lý do chuyển tuyến.....

7. Biện pháp tránh thai sau phá thai

1. DCTC ☐ 2. Thuốc tiêm ☐ 3. Thuốc uống ☐ 4. Que cấy ☐ 5. Bao cao su ☐

6. Thuốc tránh thai khẩn cấp ☐ 7. Biện pháp khác ☐ 8. Không dùng biện pháp nào ☐

8. Khám lại bất thường:

9. Khám lại theo hẹn:

10. Kết luận:

Ngày tháng năm

Lãnh đạo đơn vị
(ký tên, đóng dấu)

Ngày tháng năm

Người tổng kết HSBA
(ký tên)

Họ và tên

Họ và tên

Hồ sơ, phim, ảnh

Loại

Số tờ

Siêu âm

Xét nghiệm

Khác

Toàn bộ hồ sơ

Người giao hồ sơ:
(ký tên, ghi rõ họ tên)

Họ và tên:

Người nhận hồ sơ:
(ký tên, ghi rõ họ tên)

Họ và tên:

HƯỚNG DẪN GHI CHÉP HỒ SƠ BỆNH ÁN PHÁ THAI

Hồ sơ bệnh án phá thai (HSBAPT) gồm:

- 1 - Bệnh án phá thai.
- 2 - Tờ điều trị (mẫu số 1, số 2, số 3 HSBAPT)
- 3 - Giấy xét nghiệm (mẫu số 4 HSBAPT).
- 4 - Giấy cam đoan tự nguyện phá thai (mẫu số 5 HSBAPT).
- 5 - Giấy hẹn khám lại hoặc sổ Y bạ

Cách ghi chép:

1. Ghi đầy đủ, rõ ràng các thông tin theo mẫu của HSBAPT .

2. Một số lưu ý khi sử dụng hồ sơ bệnh án phá thai:

a) Ghi tên đơn vị: Ghi tên cơ sở y tế làm bệnh án và làm thủ thuật phá thai:

- Ghi xã/ phường/ Thị trấn- Quận/huyện - Tỉnh/ thành phố đối với các đơn vị thuộc sở y tế (ví dụ: Trạm Y tế X, huyện Y, Tỉnh Z)

- Ghi đến cấp khoa nếu là các BV Phụ sản, ví dụ: Khoa KHHGD BV Từ Dũ

- Ghi đến cấp khoa nếu là BV trực thuộc Bộ Y tế (ví dụ khoa KHHGD-BV Phụ sản TW)

- Ghi tên cơ sở và cấp Bộ, ngành quản lý nếu là y tế ngành: (ví dụ: Phòng khám Sản phụ khoa-Trung tâm y tế xây dựng số 5 - Bộ Xây dựng).

b) Số HSBA (mã số): Là số thứ tự của người đến khám xin phá thai theo số thứ tự ghi của sổ phá thai. Sổ phá thai mở đầu năm, kết thúc vào cuối năm theo quy định chung hoặc quy định riêng của đơn vị, đảm bảo không trùng lặp, không nhầm lẫn, dễ tìm, dễ lấy, thống kê chính xác.

Chú ý:

- Nếu khách hàng đến khám lại nhiều lần và phá thai thì ghi chép bằng tờ điều trị mẫu số 3 HSBAPT, nếu viết hết thì tiếp tục sử dụng tờ điều trị mẫu số 3 và ghi số trang tiếp theo.

- Nếu bệnh án này dùng cho người bệnh nội trú thì nên in bìa cứng, đóng gáy để dán các loại giấy tờ và kèm theo giấy vào viện./.

TỜ ĐIỀU TRỊ**Sử dụng cho phá thai bằng phương pháp hút chân không**

Họ và tên (chữ in hoa) Năm sinh.....

1. Thời điểm thực hiện phá thai: Lúc.....giờ.....phút; ngày...../...../.....

2. Thời điểm kết thúc: Lúcgiờphút; ngày/...../.....

3. Phương pháp giảm đau:

Gây tê..... Gây mê.....

4. Phương pháp phá thai:

Hút thai chân không bằng bơm 1 van ☐ 2. Bơm 2 van ☐ 3. Máy hút điện ☐

5. Kiểm tra chất hút: Số lượng:.....ml;

Thành phần: màng ối: có ☐ không ☐ Rau thai: có ☐ không ☐ Mô thai: có ☐ không ☐Tương xứng với tuổi thai ☐ Không tương xứng với tuổi thai ☐ Thai bất thường ☐

6. Thuốc sử dụng trước, trong và sau phá thai:

7. Tai biến trong quá trình thủ thuật và cách xử trí (nếu có)

8. Theo dõi sau thủ thuật:

a) Ngay sau thủ thuật: Toàn trạng:.....

Mạch:.....lần/phút..... Huyết áp.....mmHg

Ra máu âm đạo: 1. Bình thường ☐ 2. Bất thường ☐

b) Sau 30 phút: Toàn trạng:.....

Mạch:.....lần/phút..... Huyết áp.....mmHg

Ra máu âm đạo: 1. Bình thường ☐ 2. Bất thường ☐

9. Đánh giá kết quả:

10. Biện pháp tránh thai sau phá thai: 1. DCTC ☐ 2. Thuốc tiêm ☐ 3. Thuốc uống ☐ 4. Que cấy ☐5. Bao cao su ☐ 6. Thuốc TT khẩn cấp ☐ 7. Biện pháp khác ☐ 8. Không dùng biện pháp nào ☐

Ngày tháng..... năm

Người làm thủ thuật

(Ký tên, ghi rõ chức danh, họ và tên)

TỜ ĐIỀU TRỊ**Sử dụng cho phá thai bằng thuốc (tuổi thai từ 7 đến hết 9 tuần)**

Họ và tên (chữ in hoa).....Năm sinh.....

1. Giờ uống thuốc MIFEPRISTON:

Lúc.....giờ:.....phút; Ngày...../...../.....

Bác sĩ chỉ định

. Các tác dụng phụ sau khi uống thuốc : 1. Buồn nôn ☐ 2. Nôn ☐ 3. Đau bụng ☐ 4. Khác ☐**2. Giờ sử dụng thuốc MISOPROSTOL:**

a) Địa điểm sử dụng thuốc:

1. Tại phòng khám ☐ 2. Tại nhà ☐ 3. Nơi khác ☐Lúc.....giờ:.....phút;
Ngày...../...../.....Đường dùng:.....Bác sĩ chỉ định sử dụng thuốc

b) Các dấu hiệu sau khi sử dụng thuốc:

1. Buồn nôn ☐ 2. Nôn ☐ 3. Đau bụng ☐ 4. Sốt, rét run ☐ 5. Ra máu âm đạo ☐ 6. Khác ☐**3. Khám lại bất thường và xử trí :** Ngày.....tháng.....năm

.....Bs khám ký tên.....

4. Khám lại sau 2 tuần: Ngày...../...../.....Người bệnh có nhìn thấy thai sảy ra không: 1. Có ☐ 2. Không ☐

Thời gian ra thai: lúcgiờngàytháng.....năm

1. Sảy thai hoàn toàn ☐ 2. Sảy thai không hoàn toàn ☐
3. Thai lưu ☐ 4. Thai tiếp tục phát triển ☐ 5. Khác ☐ cần ghi rõ:**5. Đánh giá kết quả:****6. Cách xử trí (nếu có)****7. Biện pháp tránh thai sau phá thai**1. DCTC ☐ 2. Thuốc tiêm ☐ 3. Thuốc uống ☐ 4. Que cấy ☐ 5. Bao cao su ☐
6. Thuốc TT khẩn cấp ☐ 7. Biện pháp khác ☐ 8. Không dùng biện pháp nào ☐

Ngàytháng.....năm 20

Bác sĩ

(Ký tên, ghi rõ họ tên)

(Tên đơn vị).....

.....

PHIẾU XÉT NGHIỆM

(sử dụng cho Trung tâm CS sức khỏe sinh sản tuyến tỉnh/ trạm y tế xã)

Bệnh phẩm

Họ và tênNăm sinh.....

Chẩn đoán: phá thai tự nguyện, tuổi thaituần

YÊU CẦU XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Ngày.....tháng.....năm 20....

Người cho y lệnh xét nghiệm
(Ký tên, ghi rõ chức danh, họ và tên)

Ngày.....tháng.....năm 20....

Người làm xét nghiệm
(Ký tên, ghi rõ chức danh, họ và tên)

(Tên Đơn vị)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – hạnh phúc

GIẤY CAM ĐOAN TỰ NGUYỆN PHÁ THAI

Tên tôi là:.....Năm sinh

Số CMND (nếu có).....cấp ngày...../...../.....tại.....

Địa chỉ:.....

Nghề nghiệp.....

Số điện thoại:.....

Là người đến xin phá thai/ đại diện của người đến phá thai, họ tên là:..

Sau khi được nghe Bác sĩ / Y sĩ / Hộ sinh:

tư vấn cho tôi biết:

1. Các phương pháp phá thai;

2. Các rủi ro có thể xảy ra trong và sau phá thai như dị ứng thuốc gây tê, đau, choáng, chảy máu, thủng tử cung, băng huyết, nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung, vô sinh, chửa ngoài tử cung, phá thai bằng thuốc không thành công thì phải hút thai.

3. Các khả năng giải quyết rủi ro về chuyên môn của cơ sở phá thai.

Tôi đồng ý tự nguyện phá thai bằng phương pháp.....

và ký giấy này để làm bằng chứng cam đoan chấp nhận phá thai, nếu xảy ra các rủi ro trên tôi không thắc mắc gì.

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Người tư vấn

(ký tên, ghi rõ họ tên)

Người xin phá thai/ người đại diện

(ký tên, ghi rõ họ tên)