

HƯỚNG DẪN QUI TRÌNH LÀM CẬN LÂM SÀNG TẠI TRUNG TÂM Y TẾ QUẬN THANH KHÊ

Sau khi được Bác sỹ cho chỉ định một hay nhiều loại cận lâm sàng, bệnh nhân đi theo trình tự sau:

- 1) Xác nhận tại phòng số 10
- 2) Xét nghiệm máu và nước tiểu, ... tại phòng số 11
- 3) Chụp XQ (không chụp XQ đối với phụ nữ đang mang thai hoặc nghi ngờ có thai)
- 4) Đo điện tâm đồ
- 5) Siêu âm

NHỮNG ĐIỀU NGƯỜI BỆNH CẦN LƯU Ý KHI LÀM CẬN LÂM SÀNG

- 1) **Xét nghiệm máu:** Nhịn ăn, không uống nước ngọt, sữa, nước hoa quả, rượu, chè, cà phê trong vòng 12 giờ trước khi làm xét nghiệm máu. Vì vậy, thời điểm lấy máu làm xét nghiệm tốt nhất là vào buổi sáng.
- 2) **Xét nghiệm nước tiểu:** Cần vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài thật sạch sẽ với nước máy, bỏ đi một chút nước tiểu, sau đó mới lấy phần nước tiểu giữa dòng vào ống (lọ) đựng và gửi đi làm xét nghiệm.
- 3) **Chụp X-Quang:** Phải chủ động thông báo cho thầy thuốc khi đang có thai hoặc nghi ngờ có thai.
- 4) **Đo điện tâm đồ:** Người bệnh cần thư giãn, thoải mái, không hồi hộp, lo âu và nằm yên khi đo. Cần tháo bỏ tất cả các vật gây nhiễu như: đồng hồ, chìa khóa, mắt kính, đồng xu, điện thoại, ... Trước khi đo hãy thông báo cho bác sỹ biết đang sử dụng những loại thuốc gì, vì một số thuốc có ảnh hưởng đến kết quả đo điện tim.
- 5) **Siêu âm:** Siêu âm phần phụ (ở nữ giới) hoặc tiền liệt tuyến (ở nam giới) cần uống nhiều nước để có bàng quang đầy (có cảm giác buồn tiểu tiện) khi làm siêu âm.

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG TRUNG TÂM Y TẾ QUẬN THANH KHÊ



SỔ KHÁM BỆNH

Họ tên:

Năm sinh: Nghề nghiệp:

Địa chỉ:

Số thẻ BHYT:

--	--	--	--	--	--

Mã người bệnh:

Chỗ ở hiện nay:

(Đi khám bệnh nhớ mang theo thẻ BHYT, giấy tờ tùy thân có ảnh và sổ khám bệnh)

Năm: 20....

**NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT KHI KCB BẰNG THẺ BHYT
THỦ TỤC KCB BHYT**

- 1) Khi đi khám bệnh, chữa bệnh:** Phải xuất trình thẻ Bảo hiểm Y tế (BHYT) còn giá trị sử dụng và giấy tờ tùy thân có ảnh hợp lệ. Đối với trẻ em dưới 6 tuổi chỉ xuất trình thẻ BHYT còn giá trị sử dụng.
- 2) Trường hợp cấp cứu:** Được tiếp nhận tại bất kỳ cơ sở khám, chữa bệnh (KCB) nào và phải xuất trình thẻ BHYT cùng với giấy tờ tùy thân có ảnh hợp lệ trước khi ra viện.
- 3) Trường hợp chuyển tuyến điều trị:** Được chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật theo qui định trong trường hợp cơ sở KCB BHYT vượt quá khả năng điều trị hoặc các dịch vụ kỹ thuật đơn vị không triển khai thực hiện. Người bệnh phải xuất trình thẻ BHYT còn giá trị sử dụng và giấy tờ tùy thân có ảnh hợp lệ và giấy chuyển viện của cơ sở KCB chuyển tuyến.
- 4) Trường hợp khám lại theo yêu cầu điều trị:** Người tham gia BHYT phải có giấy hẹn khám lại của cơ sở KCB.
Lưu ý: Không được cho người khác sử dụng thẻ BHYT. Nếu bị phát hiện sẽ bị thu hồi thẻ. Người có thẻ BHYT bị tạm giữ có trách nhiệm đến nhận lại thẻ và nộp phạt theo qui định của pháp luật.

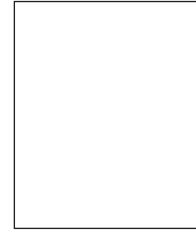
CÁC TRƯỜNG HỢP KHÔNG ĐƯỢC HƯỞNG BHYT

- 1) Điều dưỡng, an dưỡng tại cơ sở điều dưỡng, an dưỡng.
- 2) Khám sức khỏe
- 3) Xét nghiệm, chẩn đoán không nhằm mục đích điều trị
- 4) Sử dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, nạo hút thai, phá thai, trừ trường hợp phải đình chỉ thai nghén do nguyên nhân bệnh lý của thai nhi hay của sản phụ.
- 5) Sử dụng dịch vụ thẩm mỹ
- 6) Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt. Trừ trường hợp trẻ em dưới 6 tuổi.
- 7) Sử dụng vật tư y tế thay thế bao gồm chân tay giả, mắt giả, răng giả, kính mắt, máy trợ thính, phương tiện trợ giúp vận động trong khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng.
- 8) Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng trong trường hợp thảm họa
- 9) Khám bệnh, chữa bệnh nghiện ma túy, nghiện rượu hoặc chất gây nghiện khác.
- 10) Giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần
- 11) Tham gia thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học

Trường hợp mất thẻ xin lên hệ phòng thường trực BHYT tại các bệnh viện hoặc BHXH thành phố Đà Nẵng để được hướng dẫn cấp lại.

Số điện thoại BHXH Tp. Đà Nẵng: (0236). 3834772 - 3871832

I. Các thông tin hành chính



Họ tên:.....

Năm sinh:

Ngày tháng năm 20.....

GIÁM ĐỐC

II. Các thông tin liên quan bệnh tật

A. Nhóm máu: +Rh

B. Tiền sử bản thân:

1) Bệnh xã hội, bệnh mạn tính:

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

2) Những bệnh đã mắc:

.....
.....
3) Tiền sử dị ứng:

C. Tiền sử gia đình: (Bố, mẹ, vợ, con, có ai mắc bệnh truyền nhiễm, bệnh xã hội, bệnh ung thư,
Nếu có thì ghi rõ ai mắc, mắc bệnh gì?)

* Ai mắc: Họ tên:

Mắc bệnh gì?:

*

.....

NGÀY KHÁM:/...../.....

Phần I: Tiếp đón

1) Chỉ số sinh hiệu:

+ Mạch: lần/phút+ Nhịp thở: Lần/ phút

+ Nhiệt độ:°C+ Cân nặng:kg

+ Huyết áp/.....mmHg

2) Giới thiệu đến phòng khám:

Phần II. Chỉ định Cận lâm sàng

Chỉ định CLS	Giá trị bình thường	Kết quả
<input type="checkbox"/> Glucose	3,9 – 6,4 mmol/L	
<input type="checkbox"/> Cholesterol	3,9 -5,2 mmol/L	
<input type="checkbox"/> Tryglycerid	0,46 – 1,88 mmol/L	
<input type="checkbox"/> HDL – cho	≥ 0,9 mmol/L	
<input type="checkbox"/> LDL - cho	≤ 3,4 mmol/L	
<input type="checkbox"/> AST (GOT)	≤ 37 U/L – 37°C	
<input type="checkbox"/> ALT (GPT)	≤ 40 U/L – 37°C	
<input type="checkbox"/> Định lượng Canxi ⁺⁺	1,17 – 1,29 mmol/L	
<input type="checkbox"/> Ure	2,5 – 7,5 mmol/L	
<input type="checkbox"/> Creatinin	Nam: 62-120 μmol/L Nữ: 53-100 μmol/L	
<input type="checkbox"/> Acid Uric	Nam: 180-420 μmol/L Nữ: 150-360 μmol/L	
<input type="checkbox"/> CTM		
<input type="checkbox"/> Thời gian Prothrombin (PT, TQ) bằng máy tự động	Thời gian Quick 11-15 giây Tỷ Prothrombin 70-100% INR < 1,2	
<input type="checkbox"/> Thời gian Thrompoplastin hoạt hóa từng phần (APTT)	30 – 40 giây	
<input type="checkbox"/> Định lượng Fibrinogen bằng phương pháp trực tiếp	2 – 4 g/l	
<input type="checkbox"/> Nước tiểu 10 thông số máy		
<input type="checkbox"/> Siêu âm	<input type="checkbox"/> X-Quang	<input type="checkbox"/> ECG

Xét nghiệm khác:

Bác sỹ chỉ định:

Trung tâm Y tế quận Thanh Khê

Kết quả khám bệnh:

* **Chẩn đoán và kê toa:**

Bệnh chính:

Bệnh kèm:

Biến chứng:

1)viên/ gói

Ngày uống: viên/gói, chia lần

2)viên/ gói

Ngày uống: viên/gói, chia lần

3)viên/ gói

Ngày uống: viên/gói, chia lần

4)viên/ gói

Ngày uống: viên/gói, chia lần

5)viên/ gói

Ngày uống: viên/gói, chia lần

6)viên/ gói

Ngày uống: viên/gói, chia lần

Lời dặn:

.....

Ngày tháng năm 20.....

Bác sỹ khám bệnh

(ký, ghi rõ họ tên)

Trung tâm Y tế quận Thanh Khê