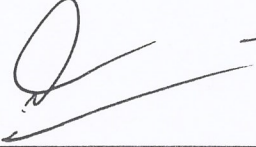


BỆNH VIỆN DA LIỄU TP.HCM



**QUY TRÌNH
CẤP GIẤY BẢO TỬ**

Số: QT.KHTH. 07.0/2022

	Soạn thảo	Xem xét	Phê duyệt
Họ và tên	ThS.BS Hoàng Mai Loan	BS.CKII Vũ Thị Phương Thảo	BS CKII Nguyễn Thị Phan Thúy
Chữ ký			
Chức vụ	Nhân viên P.KHTH	Trưởng P.KHTH	Phó Giám đốc Bệnh viện

I. MỤC TIÊU

- Đảm bảo cấp giấy báo tử đúng quy định của pháp luật đối với trường hợp người bệnh tử vong tại Bệnh viện.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG

- ❖ Đối tượng áp dụng quy trình: Người nhà của trường hợp bệnh tử vong tại Bệnh viện.
- ❖ Đối tượng thực hiện quy trình:
 - Nhân viên y tế trực tiếp khám bệnh, chữa bệnh, chăm sóc bệnh nhân và Bác sĩ trưởng khoa Lâm sàng 1, Lâm sàng 2, Lâm sàng 3, Khoa Khám bệnh, Thăm mỹ da, Ngoại.
 - Tua trực và bác sĩ trực lãnh đạo.

III. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

Căn cứ Nghị định số 123/2015/NĐ-CP của Chính phủ ngày 15/11/2015 quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật hộ tịch.

Căn cứ Công văn số 1751/SYT-NVY của Sở Y tế TPHCM ngày 15/3/2023 về việc liên thông dữ liệu Giấy chứng sinh, Giấy báo tử lên Công giám định BHYT triển khai Đề án 06.

Căn cứ Thông tư số 24/2020/TT-BYT của Bộ Y tế ngày 28/12/2020 quy định về Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong, cấp Giấy báo tử và thống kê tử vong tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

IV. ĐỊNH NGHĨA VÀ THUẬT NGỮ

(không)




V. NỘI DUNG QUY TRÌNH

- Đối với người bệnh tử vong tại Bệnh viện, Bác sĩ điều trị/Bác sĩ trực thực hiện Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong (Phụ lục I, Thông tư số 24/2020/TT-BYT)
- Bác sĩ điều trị/ Bác sĩ trực lập Giấy báo tử theo mẫu (đính kèm)
- Trình ký giấy báo tử và phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong:
 - o Trong giờ: Ban Giám đốc, nhân sự được ủy quyền
 - o Ngoài giờ: Bác sĩ trực lãnh đạo
- Sau khi cấp giấy báo tử:
 - o Điều dưỡng hành chính khoa liên thông giấy báo tử lên công BHXH theo quy định.
 - o Phòng KHTH lưu sổ cấp giấy báo tử (mẫu sổ tại Thông tư số 24/2020/TT-BYT).

PHỤ LỤC I

(Ban hành kèm theo Thông tư số 24/2020 ngày 28 tháng 12 năm 2020)

PHIẾU CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN TỬ VONG

Thông tin chung về hành chính											
Họ và tên:.....											
Mã số người bệnh:.....											
Giới tính	<input type="checkbox"/> Nữ			<input type="checkbox"/> Nam			<input type="checkbox"/> Không rõ				
Ngày/tháng/năm sinh							Ngày/tháng/năm tử vong				
Phần A: Thông tin về Y tế: Mục 1 và 2											
Mục 1.	Chuỗi sự kiện		Chẩn đoán nguyên nhân tử vong	Khoảng thời gian ước tính từ khi khởi phát sự kiện đến khi tử vong							
nguyên nhân tử vong trực tiếp*		a									
Chuỗi sự kiện (bệnh dòng dưới dẫn đến nguyên nhân của bệnh dòng trên)		b									
Dòng cuối cùng của chuỗi là nguyên nhân chính gây tử vong		c									
		d									
Mục 2. Bệnh/tình trạng quan trọng khác góp phần vào tử vong											

Lưu ý: Đây không phải là hình thức tử vong, ví dụ: suy tim, suy hô hấp mà là bệnh, chấn thương hoặc biến chứng gây ra tử vong.

Phần B: Các thông tin y tế khác											
1. Phẫu thuật có được thực hiện trong vòng 4 tuần qua?						<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết			
1.1 Nếu có xin vui lòng ghi rõ ngày phẫu thuật (ngày, tháng, năm)											
1.2 Nếu có, vui lòng ghi rõ lý do phải phẫu thuật (bệnh hoặc tình trạng)											
2. Đã khám nghiệm tử thi?						<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết			
Nếu có khám nghiệm tử thi, kết quả khám nghiệm tử thi có được sử dụng để ghi trong phiếu chẩn đoán NNTV?						<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết			
3. Hình thức tử vong											
<input type="checkbox"/> Bệnh				<input type="checkbox"/> Bị tấn công				<input type="checkbox"/> Không thể xác định			
<input type="checkbox"/> Tai nạn				<input type="checkbox"/> Liên quan đến pháp luật (Chấp hành bản án tử hình hoặc bị lực lượng chức năng bắn chết khi phạm tội hoặc do bị trúng đạn...)				<input type="checkbox"/> Chờ điều tra			
<input type="checkbox"/> Có ý làm hại bản thân				<input type="checkbox"/> Chiến tranh				<input type="checkbox"/> Không biết			

Thông tin về nguyên nhân bên ngoài của chấn thương hoặc ngộ độc:		Ngày bị chấn thương											
Mô tả nguyên nhân bên ngoài dẫn đến chấn thương (Nếu ngộ độc, vui lòng ghi rõ chất gây ngộ độc)													
4. Nơi xảy ra tử vong do nguyên nhân bên ngoài													
<input type="checkbox"/> Tại nhà	<input type="checkbox"/> Khu dân cư	<input type="checkbox"/> Trường học, khu hành chính khác,		<input type="checkbox"/> Khu thể thao									
<input type="checkbox"/> Trên đường đi	<input type="checkbox"/> Khu thương mại và dịch vụ	<input type="checkbox"/> Khu công nghiệp		<input type="checkbox"/> Nông trại									
<input type="checkbox"/> Địa điểm khác (vui lòng ghi rõ):										<input type="checkbox"/> Không biết			
Tử vong thai nhi hoặc trẻ sơ sinh													
Đa thai		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết									
Sinh non		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết									
Nếu chết trong vòng 24h, ghi rõ số giờ sống sót sau sinh		Cân nặng khi sinh (gram)											
Số tuần mang thai của thai kỳ		Tuổi của mẹ (năm)											
Nếu là chết chu sinh, xin vui lòng cho biết tình trạng của người mẹ có ảnh hưởng đến thai nhi và trẻ sơ sinh													
Người chết có đang mang thai không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết									
<input type="checkbox"/> Tại thời điểm tử vong		<input type="checkbox"/> Trong vòng 42 ngày trước khi tử vong											
<input type="checkbox"/> Từ 43 ngày đến 1 năm trước khi chết		<input type="checkbox"/> Không biết											
Việc mang thai có góp phần gây ra tử vong không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết									

Kết luận: Chẩn đoán nguyên nhân chính gây tử vong:

Mã TCD 10:

Người lập phiếu <i>(Ký, ghi rõ họ tên, chức vụ)</i>ngày..... tháng..... năm 20..... Thủ trưởng cơ quan/tổ chức báo tử <i>(Ký, ghi rõ họ tên, chức vụ, đóng dấu)</i>
---	--

Lưu ý: Trường hợp bệnh nhân tử vong khi đang trên đường đi cấp cứu, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vẫn làm Phiếu chuẩn đoán nguyên nhân tử vong, trường hợp không rõ nguyên nhân tử vong thì ghi không xác định.

SỞ Y TẾ

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

BỆNH VIỆN DA LIỄU

Mẫu BHYT/BT-2020

Số:.....

Quyển số.....

GIẤY BÁO TỬ

(Ban hành kèm theo Thông tư số/2020/TT-BYT ngày tháng năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh báo tử⁽¹⁾:

Địa chỉ⁽²⁾:

Xin thông báo như sau:

Họ và tên người tử vong⁽³⁾:

Ngày, tháng, năm sinh⁽⁴⁾:/...../.....

Giới tính⁽⁵⁾: Dân tộc⁽⁶⁾: Quốc tịch⁽⁷⁾:

Nơi thường trú, tạm trú⁽⁸⁾:

Mã số định danh cá nhân (nếu có)⁽⁹⁾:

Giấy tờ tùy thân số⁽¹⁰⁾:

Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:

Đã tử vong vào lúc:....giờ...phút, ngày....tháng....năm...(11)

Nguyên nhân tử vong⁽¹²⁾:

....., ngày ... tháng năm 20

Người thân thích (Ký, ghi rõ họ tên) Thủ trưởng CS KBCB⁽¹³⁾ (Ký, ghi rõ chức danh) (Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Lưu ý:

Giấy báo tử cấp lần đầu: Số Quyển số (nếu cấp lại)

Tử vong khi đang trên đường đi cấp cứu: Có Không

SỞ Y TẾ

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

BỆNH VIỆN DA LIỄU

Mẫu BHYT/BT-2020

Số:.....

Quyển số.....

GIẤY BÁO TỬ

(Ban hành kèm theo Thông tư số/2020/TT-BYT ngày tháng năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh báo tử⁽¹⁾:

Địa chỉ⁽²⁾:

Xin thông báo như sau:

Họ và tên người tử vong⁽³⁾:

Ngày, tháng, năm sinh⁽⁴⁾:/...../.....

Giới tính⁽⁵⁾: Dân tộc⁽⁶⁾: Quốc tịch⁽⁷⁾:

Nơi thường trú, tạm trú⁽⁸⁾:

Mã số định danh cá nhân (nếu có)⁽⁹⁾:

Giấy tờ tùy thân số⁽¹⁰⁾:

Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:

Đã tử vong vào lúc:....giờ...phút, ngày....tháng....năm...(11)

Nguyên nhân tử vong⁽¹²⁾:

....., ngày ... tháng năm 20

Người thân thích (Ký, ghi rõ họ tên) Thủ trưởng CS KBCB⁽¹³⁾ (Ký, ghi rõ chức danh) (Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Lưu ý:

Giấy báo tử cấp lần đầu: Số Quyển số (nếu cấp lại)

Tử vong khi đang trên đường đi cấp cứu: Có Không

