SỞ Y TẾ KIÊN GIANG
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN GIỒNG RIỀNG

QUY TRÌNH
CẤP GIẤY RA VIỆN

MÃ SỐ: QT.07.KHNV

Ngày ban hành 02/12/2024

Lần ban hành: 01

Trách Nhiệm	Người viết	Người kiểm tra	Người phê duyệt
Chức vụ	Nhân viên CNTT	Trưởng Phòng KHNV	Giám Đốc TTYT
Chữ ký			
Họ và Tên	KS Lê Thị Hoàng Linh	BsCKI. Nguyễn Thanh Sang	BsCKI. Lê Văn Nhì

1.MỤC ĐÍCH

Thống nhất quy trình cấp giấy ra viện tại Trung tâm Y tế huyện Giồng Riềng theo đúng quy chế, Luật khám chữa bệnh và quy định hiện hành đảm bảo quyền lợi của người bệnh.

2.PHẠM VI ÁP DỤNG

Áp dụng việc cấp giấy ra viện đối với người bệnh sau khi điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng của Trung tâm Y tế được xác định đủ điều kiện được ra khỏi Bệnh viện.

3.TÀI LIỆU THAM KHẢO

Luật Bảo hiểm xã hội số 58/2014/QH13 ngày 20/11 2014 của Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam;

Thông tư số 14/2016/TT-BYT ngày 15/5/2016, Quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật bảo hiểm xã hội thuộc lĩnh vực y tế;

Thông tư 56/2017/TT-BYT quy định chi tiết thi hành Luật bảo hiểm xã hội và Luật an toàn vệ sinh lao động thuộc lĩnh vực y tế;

Thông tư 18/2022/TT-BYT ngày 31/12/2022 sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 56/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết thi hành Luật bảo hiểm xã hội và Luật an toàn vệ sinh lao động thuộc lĩnh vực y tế.

4.THUẬT NGỮ VIẾT TẮT

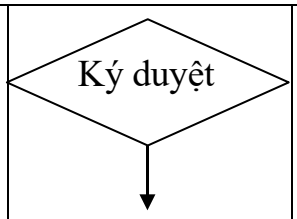
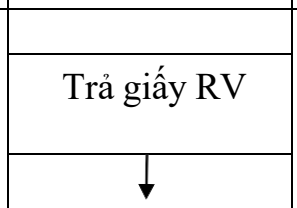
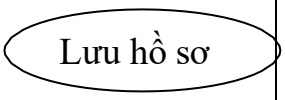
4.1.Thuật ngữ: Đơn vị lâm sàng hiểu là các khoa lâm sàng.

4.2.Từ viết tắt

- TTYT: Trung tâm Y tế
- RV: Ra viện;
- HSBA: Hồ sơ bệnh án;
- KLS: Khoa lâm sàng;
- BSĐT: Bác sỹ điều trị;
- NB: Người bệnh;
- BHXH: Bảo hiểm xã hội;
- ĐDHC: Điều dưỡng hành chính.

5.NỘI DUNG

Trách nhiệm	Các bước thực hiện	Mô tả/ Tài liệu liên quan
Trưởng khoa, BSĐT, ĐDHC của khoa lâm sàng	Xác nhận điều kiện ra viện và lập giấy ra viện	- Điều kiện được ra viện: thuộc 1 trong các trường hợp của mục sau: + Người bệnh đã khỏi hoặc bệnh ổn định + Có yêu cầu được ra khỏi bệnh viện và có cam kết QT-KHTH-16/BM01. - Trưởng khoa, BSĐT, ĐDHC tại các KLS: + Khám và nhận định NB đủ điều kiện RV, đề nghị với trưởng khoa. Trưởng khoa khám lại và quyết định cho RV. + Hoàn chỉnh bệnh án; hướng dẫn về việc tự chăm sóc sức khỏe; điều trị ngoại trú nếu cần. + Quyết toán chi phí khám chữa bệnh. + Điền thông tin theo đúng mẫu giấy RV- MS: 01/BV-01. + Thực hiện cách ghi giấy đúng theo hướng dẫn tại QT-KHTH-16/PL01. ***Chú ý:*** Xác định số ngày cần nghỉ hưởng BHXH, cần ghi vào phần ghi chú: số ngày.....(từ...đến...)
ĐDHC của khoa lâm sàng	Kiểm soát và in giấy RV	- Điều dưỡng hành chính KLS. + Rà soát lại thông tin trong HSBA và giấy RV. + In giấy RV và đẩy dữ liệu lên hệ thống phần mềm.

ĐDHC của khoa lâm sàng		- Sau khi in, rà soát lại thông tin giấy RV, trình lãnh đạo TTYT (trưởng khoa) kí duyệt. - Đóng dấu vào giấy ra viện.
ĐDHC của khoa lâm sàng		- Trả giấy RV và dặn dò NB tái khám nếu cần (giấy hẹn tái khám).
Phòng KHNV		- Lưu hồ sơ theo mục 6 quy trình này và quy trình kiểm soát hồ sơ QT-07

6.HỒ SƠ

STT	Hồ sơ	Nơi lưu	Thời gian
1	Giấy ra viện lưu trên phần mềm	Phòng KHNV	Lưu giống như HSBA

7.PHỤ LỤC

QT.07.KHNV/PL03: Hướng dẫn cách ghi giấy ra viện.

QT.07.KHNV.BM03: Giấy cam kết xin ra viện/ xin về.

PHỤ LỤC 3

MẪU GIẤY RA VIỆN

(Kèm theo Thông tư số 18/2022/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

……..	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**	MS: 01/BV-01
BV:……	----------	Số lưu trữ:…….
Khoa:……		Mã Y tế
		…../…../…../……

GIẤY RA VIỆN

- Họ tên người bệnh: ……..

- Ngày/tháng/năm sinh: ……/……/…… (Tuổi …….); Nam/nữ:……

- Dân tộc: …….. Nghề nghiệp: ……..

- Mã số BHXH/Thẻ BHYT số ……..... [1] .....

- Địa chỉ: …….

- Vào viện lúc: ……giờ …….phút, ngày ……..tháng ……..năm ……

- Ra viện lúc: …….giờ ……..phút, ngày ……..tháng ……năm ……..

- Chẩn đoán ……[2]……

- Phương pháp điều trị: ……..[3]…….

- Ghi chú: …….[4]…….

Ngày….. tháng…… năm…...	*Ngày……. tháng…… năm…….*
Thủ trưởng đơn vị[5]	**Trưởng khoa[5]**
(Ký tên, đóng dấu)	Họ tên……

HƯỚNG DẪN GHI GIẤY RA VIỆN

1. Phần Mã số BHXH/Thẻ BHYT

Mã số BHXH: Ghi đầy đủ mã số bảo hiểm xã hội do Cơ quan Bảo hiểm xã hội cấp (Chỉ áp dụng khi cơ quan bảo hiểm xã hội chính thức có thông báo về việc sử dụng mã số bảo hiểm xã hội thay cho số thẻ bảo hiểm y tế).

Thẻ bảo hiểm y tế số Ghi đầy đủ mã thẻ gồm phần chữ và phần số theo thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế của người bệnh, trong đó phần chữ viết in hoa (Chỉ áp dụng đến khi cơ quan bảo hiểm xã hội chính thức có thông báo về việc sử dụng mã số bảo hiểm xã hội thay cho số thẻ bảo hiểm y tế).

2.Phần chẩn đoán

Phải mô tả cụ thể về tình trạng sức khỏe và ghi tên bệnh hoặc mã bệnh. Trường hợp mắc bệnh cần chữa trị dài ngày thì việc ghi mã bệnh và tên bệnh thực hiện theo quy định tại Thông tư số 46/2016/TT-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục bệnh dài ngày;

Trường hợp đình chỉ thai nghén: Ghi rõ nguyên nhân đình chỉ thai nghén (Ví dụ: thai chết lưu, thai bệnh lý,.).

Trường hợp điều trị dưỡng thai: Ghi rõ cụm từ “dưỡng thai”.

3.Phần phương pháp điều trị

Ghi chỉ định điều trị (Trường hợp phải đình chỉ thai nghén):

Dưới 22 tuần tuổi thì căn cứ tình trạng thực tế để ghi phương pháp điều trị theo một trong các trường hợp sau: Sảy thai, nạo thai, hút thai, mổ lấy thai, trừ trường hợp giảm thiểu thai trong quá trình thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm;

Từ 22 tuần tuổi trở lên ghi rõ là đẻ thường, đẻ thủ thuật hay mổ đẻ.

Ghi rõ tuần tuổi thai (kể cả trường hợp đình chỉ thai ngoài tử cung, thai trứng cần xác định rõ tuần tuổi thai).

Việc xác định tuần tuổi của thai dựa vào ngày có kinh cuối cùng hoặc kết quả siêu âm trong 3 tháng đầu của thai kỳ.

Ghi rõ thời gian đình chỉ thai nghén: Vào ...giờ…..phút ngày .../tháng.../năm...

4.Phần ghi chú

Ghi lời dặn của thầy thuốc, Cách ghi lời dặn của thầy thuốc trong một số

trường hợp:

Trường hợp người bệnh cần nghỉ để điều trị bệnh hoặc để ổn định sức khỏe sau khi điều trị nội trú: Ghi rõ số ngày mà người bệnh cần nghỉ để điều trị ngoại trú sau khi ra viện (từ ngày, đến ngày). Việc quyết định số ngày nghỉ phải căn cứ vào tình trạng sức khỏe của người bệnh nhưng tối đa không quá 30 ngày, trường hợp đình chỉ thai nghén từ 13 tuần tuổi trở lên thì không quá 50 ngày: Trường hợp người bệnh điều trị bệnh lao theo chương trình chống lao quốc gia thì thời gian nghỉ tối đa không quá 180 ngày.

Trường hợp lao động nữ cần nghỉ để dưỡng thai thì sau khi ghi số ngày nghỉ phải ghi rõ là "để dưỡng thai". Ví dụ: Số ngày nghỉ: 10 ngày để dưỡng thai. Việc quyết định số ngày nghỉ phải căn cứ vào tình trạng sức khỏe của người bệnh nhưng tối đa không quá 30 ngày.

Trường hợp người có thai từ 22 tuần tuổi trở phải đình chỉ thai nghén thì ghi là đẻ non, con chết.

Trường hợp đẻ non ghi rõ số con và tình trạng con sau sinh.

Trong trường hợp người mất hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự hoặc trẻ em dưới 16 tuổi phải ghi đầy đủ họ, tên của cha, mẹ hoặc người giám hộ của người bệnh.

5.Phần ngày, tháng, năm và chữ ký

Việc ghi ngày, tháng, năm tại phần chữ ký của Trưởng khoa điều trị phải trùng với ngày ra viện.

Tại phần "Trưởng khoa": Trưởng khoa hoặc Phó trưởng khoa ký tên theo quy chế làm việc của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Tại phần "Thủ trưởng đơn vị": Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người được người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ủy quyền được ký và đóng dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó.

Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ có 01 người có đủ thẩm quyền khám và ký giấy ra viện thì người đó chỉ cần ký và đóng dấu vào phần người thủ trưởng đơn vị.

SỞ Y TẾ KIÊN GIANG Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam Số vào viện: .....
TTYT HUYỆN GIỒNG RIỀNG Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

GIẤY CAM KẾT XIN RA VIỆN/ XIN VỀ

- Tên tôi là: ..... Tuổi: ..... Nam/ Nữ.....
- Dân tộc: ..... Ngoại kiều:.....
- Nghề nghiệp: ..... Nơi làm việc:.....
- Địa chỉ: .....
- Là người bệnh/ đại diện gia đình người bệnh/ họ tên là:..... hiện đang được điều trị tại Khoa: .....

Bệnh viện:.....

Sau khi nghe bác sĩ thông báo và cho biết tình trạng bệnh của tôi/ người gia đình tôi hiện tại: chưa đủ điều kiện ra viện, những nguy cơ nếu ra viện vào thời điểm này. Tuy nhiên, tôi tự nguyện xin cho tôi/ người gia đình tôi ra viện/xin về vào hồi .....ngày...../...../....., không tiếp tục điều trị tại Bệnh viện nữa. Nếu xảy ra bất cứ vấn đề vì với tôi/người gia đình tôi thì gia đình tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm và không có bất cứ ý kiến gì với Bệnh viện.

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Người bệnh/ đại diện gia đình

Họ tên: .....