

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành quy chế về quản lý và sử dụng bệnh án điện tử
tại Trung tâm Y tế Ia Pa

PHÓ GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ IA PA

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09/01/2023;

Căn cứ Luật giao dịch điện tử số 20/2023/QH15 ngày 22/6/2023 của Quốc hội; Luật Công nghệ thông tin số 67/2006/QH11 ngày 29/6/2006 của Quốc hội; Luật An toàn thông tin mạng số 86/2015/QH13 ngày 19/11/2015 của Quốc hội; Luật an ninh mạng số 24/2018/QH14 ngày 12/6/2018 của Quốc hội;

Căn cứ Nghị định số 130/NĐ-CP ngày 27/9/2018, Nghị định số 48/2024/NĐ-CP ngày 09/5/2024 điều chỉnh Nghị định 130/NĐ-CP của Chính phủ về Quy định chi tiết thi hành Luật giao dịch điện tử về chữ ký số và dịch vụ chứng thực chữ ký;

Căn cứ Thông tư 54/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế về việc Ban hành bộ tiêu chí ứng dụng công nghệ thông tin tại các cơ sở khám chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 13/2025/TT-BYT ngày 06/06/2025 của Bộ Y tế về hướng dẫn triển khai hồ sơ Bệnh án điện tử;

Căn cứ Giấy phép hoạt động khám, chữa bệnh số 00411/GL-GPHĐ ngày 18/7/2025 của Trung tâm Y tế Ia Pa;

Xét đề nghị của Trưởng phòng kế hoạch – tài chính.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Quy chế về quản lý và sử dụng bệnh án điện tử tại Trung tâm Y tế Ia Pa”.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký.

Điều 3. Ban Giám đốc, Trưởng, phó khoa/phòng và các cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này. /.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Ban Giám đốc;
- Các khoa/phòng (thực hiện);
- Lưu: VT;

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC



BSCK1. Kpă Yan



QUY CHẾ

Quản lý và sử dụng bệnh án điện tử tại Trung tâm Y tế Ia Pa

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 353/QĐ-TTIP ngày 09/9/2025 của Phó Giám đốc TTYT Ia Pa)

Chương 1

QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi áp dụng

Quy chế này quy định về việc thực hiện nghiêm túc quy định Chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án (sau đây viết tắt là HSBA) và kê đơn thuốc điều trị cũng như quy định về việc Quản lý và sử dụng bệnh án điện tử tại Trung tâm Y tế Ia Pa. Trường hợp các văn bản quy phạm pháp luật được Bệnh viện dẫn trong quy chế này có sự sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế thì việc thực hiện sẽ áp dụng theo quy định của văn bản quy phạm pháp luật hiện hành mà không cần sửa đổi, bổ sung quy chế này.

Điều 2. Đối tượng áp dụng

Toàn bộ cán bộ, viên chức, người lao động, các cá nhân có liên quan đến làm việc với Trung tâm Y tế Ia Pa có trách nhiệm chấp hành và thực hiện đầy đủ các quy định của quy chế này.

Điều 3. Nguyên tắc áp dụng

- Việc chẩn đoán bệnh và kê đơn điều trị rất quan trọng trong khám bệnh, chữa bệnh.
- Hồ sơ bệnh án là tập hợp dữ liệu, bao gồm thông tin cá nhân, kết quả khám bệnh, kết quả cận lâm sàng, kết quả thăm dò chức năng, quá trình chẩn đoán, điều trị, chăm sóc và những thông tin khác có liên quan trong quá trình chữa bệnh của người bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- Khi tiến hành khám bệnh, chẩn đoán và kê đơn phải kết hợp chặt chẽ các triệu chứng cơ năng, thực thể lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố gia đình xã hội và tiền sử bệnh.
- Hồ sơ bệnh án điện tử được lập, cập nhật, hiển thị, ký số, lưu trữ bằng phương tiện điện tử đáp ứng các quy định tại Thông tư số 13/2025/TT-BYT ngày 06/06/2025 của Bộ Y tế về hướng dẫn triển khai hồ sơ Bệnh án điện tử (sau đây viết tắt là Thông tư 13/2025/TT-BYT) thì có giá trị pháp lý như hồ sơ bệnh án giấy quy định tại Khoản 1 Điều 69 Luật khám bệnh, chữa bệnh (Luật số 15/2023/QH15).

Chương 2

QUY ĐỊNH CỤ THỂ

Điều 4. Khám bệnh và chẩn đoán bệnh

1. Khám bệnh: Bác sĩ làm công tác khám bệnh có trách nhiệm:

- Người bệnh chuyển khoa, bác sĩ điều trị phải có trách nhiệm hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án trước khi bàn giao, bác sĩ điều trị tại khoa mới chịu trách nhiệm hoàn thiện hồ sơ bệnh án của người bệnh.

- Người bệnh ra viện bác sĩ điều trị phải hoàn chỉnh và tổng kết hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Yêu cầu về nội dung của một bệnh án phải đảm bảo các yêu cầu:

Thứ nhất - Phần lý do vào viện: Lý do cơ năng chính mà người bệnh phải vào viện? (người bệnh, gia đình thấy thế nào, thấy những dấu hiệu bất thường gì... mà phải đưa vào viện).

Thứ hai - Phần bệnh sử vào viện (cơ năng - hỏi bệnh thấy gì): Bao gồm các nội dung chủ yếu sau:

- + Bệnh khởi phát như thế nào? Từ bao giờ?
- + Có các triệu chứng (cơ năng) gì liên quan của bệnh chính?
- + Có các triệu chứng (cơ năng) gì liên quan để loại trừ?
- + Nếu đau thì vị trí đau? Hướng lan? Khu trú?
- + Ở nhà đã xử trí gì chưa? Đã dùng thuốc gì? Như thế nào?
- + Hiện tại (hỏi bệnh thấy cái gì): Chỉ mô tả các triệu chứng cơ năng chính liên quan đến bệnh và một vài triệu chứng loại trừ (nếu có).

Thứ ba - Phần tiền sử bệnh phải khai thác kỹ về:

- + Tiền sử bệnh chính?
- + Tiền sử các bệnh lý có liên quan?
- + Tiền sử sử dụng thuốc (dị ứng...)?
- + Tiền sử ngoại khoa: Mổ cái gì? Mổ khi nào? Mổ ở đâu?...

Thứ tư - Phần khám thực thể (khám thấy gì): Tùy theo bệnh lý chính, bệnh lý kèm theo của từng chuyên ngành để khám và mô tả một cách gọn gàng, đầy đủ nhất theo trình tự cổ điển: NHÌN - SỜ - GÕ - NGHE. Tuy nhiên, cần bám vào các tiêu chuẩn chẩn đoán của bệnh chính mà Bác sĩ dự định chẩn đoán sơ bộ để mô tả các triệu chứng thực thể vào phần này cho đầy đủ.

Thứ năm - Phần khám chuyên khoa: Tùy theo các chuyên ngành mà có cách mô tả triệu chứng thực thể khác nhau cho phù hợp. Nếu cơ quan đó bình thường thì có thể viết: "*Hiện tại chưa thấy gì bất thường*", tuy nhiên vẫn khuyến khích các Bác sĩ mô tả các triệu chứng thực thể kỹ lưỡng hơn theo chuyên ngành.

Thứ sáu - Phần tóm tắt bệnh án và chẩn đoán, bao gồm các nội dung sau:

Bệnh nhân nam/nữ, bao nhiêu tuổi? vào viện lúc mấy giờ? Với lý do? Qua hỏi và khám thấy:

- + (các triệu chứng chính cơ năng phục vụ chẩn đoán);
- + (các triệu chứng chính về thực thể phục vụ chẩn đoán);

+ (các kết quả CLS chính phục vụ chẩn đoán);

+ (tiền sử bệnh).

Chẩn đoán sơ bộ:

2. Bác sĩ trưởng khoa có trách nhiệm thăm khám lại người bệnh nội trú đã được điều trị trong khoa 3-4 ngày (hình thức hội chẩn). Kết quả thăm khám, nhận xét và chỉ định (nếu có) phải được ghi vào tờ điều trị.

3. Nhân viên y tế (NVYT) (Trưởng khoa, phó khoa, bác sĩ điều trị, điều dưỡng...) sử dụng chữ ký điện tử để ký hồ sơ bệnh án điện tử; Người bệnh hoặc đại diện người bệnh sử dụng sinh trắc học dấu vân tay để ký trong hồ sơ bệnh án điện tử.

Điều 5. Kê đơn điều trị

1. Các bác sĩ được giao nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh phải thực hiện các quy định sau:

- Có quyền kê đơn và chịu trách nhiệm về an toàn, hợp lý và hiệu quả sử dụng thuốc.

- Khi kê đơn thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, thuốc quý hiếm, cấp phát cho người bệnh tại khoa được, phải thực hiện theo đúng quy định.

2. Bác sĩ kê đơn thuốc tại khoa Khám bệnh phải thực hiện:

- Điền đầy đủ thông tin trong đơn thuốc.

- Họ và tên, tuổi, địa chỉ và căn bệnh; trẻ em dưới 01 năm phải ghi tháng tuổi.

- Thuốc dùng phải phù hợp với chẩn đoán; tên thuốc ghi đúng danh pháp quy định, để tránh sự nhầm lẫn đối với những thuốc có nhiều tên gần giống nhau, phải ghi tên gốc của thuốc; ghi đầy đủ hàm lượng, đơn vị, nồng độ, liều dùng, cách dùng và thời gian dùng; thuốc được ghi theo trình tự: thuốc tiêm, thuốc viên, thuốc nước; có đánh số các khoản.

- Những hướng dẫn tóm tắt cần thiết.

- Đối với đơn thuốc độc, nghiện phải đóng dấu của Bệnh viện.

3. Bác sĩ điều trị ghi y lệnh dùng thuốc trong phiên điều trị hàng ngày phải thực hiện các quy định trên; ngoài phần chỉ định thuốc còn có chỉ định chế độ chăm sóc, chế độ dinh dưỡng và phần nhận xét theo dõi người bệnh, kết thúc phải ký ghi rõ họ tên.

4. Dược sĩ cấp phát thuốc theo đơn khi phát hiện có sai sót hoặc không có thuốc như trong đơn, phải hỏi lại bác sĩ kê đơn không được tự ý sửa chữa hoặc thay thế thuốc khác.

Điều 6. Quy định về ghi chép, nhận xét trong tờ điều trị

1. Ghi nhận xét khi mới vào trong tờ điều trị

Các nội dung phải có: Bệnh nhân vào khoa lúc mấy giờ? Ngày? Hiện tại khám thấy: (viết gạch đầu dòng theo trình tự 06 nội dung sau):

- Các triệu chứng cơ năng liên quan bệnh chính và bệnh loại trừ (nếu có);

- Các triệu chứng cơ năng liên quan bệnh chính và bệnh loại trừ (nếu có);

- Các kết quả CLS chính đã có thể để phục vụ chẩn đoán;

- Tiền sử bệnh chính, các bệnh lý liên quan...

- Chẩn đoán sơ bộ:

- Chỉ định các CLS bổ sung?

2. Ghi nhận xét diễn biến bệnh hàng ngày trong tờ điều trị:

Phải thể hiện được: Khám bệnh lúc mấy giờ? Ngày? Tình trạng hiện tại của bệnh nhân (gạch đầu dòng theo trình tự 5 nội dung sau):

- Cơ năng: Có tỉnh táo không? Tiếp xúc tốt không? Thể trạng thế nào? Ăn uống ra sao? Và các triệu chứng cơ năng gì khác không?

- Thực thể: Mô tả các triệu chứng thực thể chính của bệnh? bệnh phối hợp (nếu có).

- Kết quả CLS bất thường mới có thêm (hay bình thường có giá trị loại trừ);

- Nhận xét tình hình bệnh có chuyển giảm hơn so với lần khám trước, ngày khám trước không?

- Chẩn đoán xác định lại (khi có đủ tiêu chuẩn - thông thường vào ngày thứ 02 phải có chẩn đoán xác định lại).

3. Phần ghi chép, nhận xét với bệnh nhân phải yêu cầu chăm sóc cấp 1:

Đây là những bệnh nhân nặng; nguy kịch (bệnh nhân sau phẫu thuật; bệnh hôn mê; bệnh nhân thở máy...) cần phải theo dõi, chăm sóc toàn diện và liên tục, yêu cầu bác sĩ điều trị phải:

- Nhận xét tối thiểu 2 giờ/lần trong 6 giờ đầu sau mổ, trong những giờ tiếp theo tùy diễn biến của bệnh nhân để ghi nhận xét và xử trí;

- Phải bàn giao bệnh nhân giữa các bác sĩ với nhau (khi nhận trực), được ghi vào HSBA và sổ bàn giao bệnh nhân nặng tại khoa.

Điều 7. Nhiệm vụ của phòng Kế hoạch – Tài chính

- Trưởng phòng Kế hoạch – Tài chính (Sau đây viết tắt là phòng KHTH) phân công nhiệm vụ cho các nhân viên phòng mình kiểm tra hồ sơ bệnh án trước khi đưa vào lưu trữ.

- Bộ phận kiểm tra HSBA phối hợp với các khoa lâm sàng, cận lâm sàng, phòng Tài chính kế toán kiểm tra, đảm bảo “đầu ra” về chất lượng HSBA trước khi trình Giám đốc hoặc người được Giám đốc ủy quyền ký số đưa vào lưu trữ.

- HSBA trước khi lưu trữ phải đảm bảo các tiêu chí sau: Hình thức; thủ tục hành chính, các quy định pháp luật (biên bản phẫu thuật; lược trình phẫu thuật/thủ thuật; giấy cam đoan...); Nội dung chuyên môn.

- HSBA sau khi đã kiểm tra thì tích ô “xác nhận”. Chỉ những HSBA sau khi đã “xác nhận” mới được chuyển vào hệ thống lưu trữ.

- Với những HSBA không đạt, Tổ kiểm tra có nhiệm vụ thông báo và chuyển về khoa lâm sàng để hoàn thiện.

Điều 8. Quy trình tiếp nhận, kiểm tra và lưu trữ HSBA

1. Khoa lâm sàng khi chuyển bệnh nhân sang các khoa tiếp theo thì hồ sơ bệnh án của khoa nào chịu trách nhiệm hoàn thiện và bàn giao cho khoa chuyển tiếp.

2. Khoa lâm sàng tự kiểm tra việc hoàn thiện HSBA và gửi HSBA lên phòng KHTH để được phê duyệt:

- Sau khi người bệnh ra viện trong vòng tối đa 12 giờ khoa lâm sàng có nhiệm vụ hoàn thành HSBA (tổng kết HSBA) theo quy chế;

- Trưởng khoa lâm sàng kiểm tra tổng thể HSBA (hình thức; chất lượng nội dung; các loại giấy tờ; thủ tục hành chính...). Sau khi kiểm tra xong, Trưởng khoa (hoặc người được Giám đốc ủy quyền) xác nhận và chuyển HSBA lên phòng KHTH

- Đối với những HSBA chưa hoàn thiện hoặc còn thiếu mà bị phòng KHTH trả về thì khoa phải có nhiệm vụ hoàn thiện, gửi lại phòng KHTH trong tối đa 12 giờ (trừ ngày lễ, ngày nghỉ).

3. Kiểm tra HSBA sau khi khoa lâm sàng chuyển lên phòng KHTH (Theo Điều 7 quy chế này)

Đối với những HSBA không đạt yêu cầu, phòng KHTH có trách nhiệm gửi lại và thông báo cho khoa lâm sàng để sửa chữa, hoàn thiện.

4. Khắc phục bệnh án chưa đạt yêu cầu

- Thời gian khắc phục HSBA tối đa 12 giờ (trừ ngày lễ, ngày nghỉ) sau khi HSBA được trả về khoa. Nếu khoa lâm sàng không khắc phục, sửa chữa thì sẽ bị xử lý theo quy định.

- Đối với bệnh nhân được điều trị tại nhiều khoa, khoa cuối cùng có trách nhiệm hoàn thiện HSBA.

- Phòng KHTH báo cáo những tồn tại trong công tác HSBA cho Giám đốc bệnh viện khi có yêu cầu đồng thời thông báo cho các khoa, phòng liên quan để kịp thời khắc phục, sửa chữa.

5. Cập nhật hồ sơ bệnh án điện tử

Thời gian cập nhật hồ sơ bệnh án điện tử tối đa 12 giờ, kể từ khi có y lệnh khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp thời gian khám, chữa bệnh kéo dài trên 12 giờ hoặc có sự cố về công nghệ thông tin thì thời gian cập nhật hồ sơ bệnh án điện tử tối đa không quá 24 giờ.

6. Ký xác nhận HSBA để lưu trữ

Giám đốc hoặc người được Giám đốc ủy quyền được phép ký xác nhận (bằng chữ ký số) vào bìa HSBA đối với những HSBA đã được phòng KHTH xác nhận “đạt”.

7. Lưu trữ HSBA

- HSBA được lưu trữ sau khi Giám đốc hoặc người được Giám đốc ủy quyền ký xác nhận, HSBA được “tích” chuyển vào kho lưu trữ tại phần mềm HIS.

- HSBA được lưu trữ tại Bệnh viện dữ liệu (phòng máy chủ) của Bệnh viện.

Điều 9. Sử dụng và khai thác HSBA điện tử

1. Việc khai thác hồ sơ bệnh án đang trong quá trình điều trị được thực hiện như sau:

- a) Học sinh, sinh viên, học viên, nghiên cứu viên của các cơ sở nghiên cứu, cơ sở đào tạo, người hành nghề, người trực tiếp tham gia điều trị người bệnh trong cơ sở

khám bệnh, chữa bệnh được đọc nhưng chỉ được sao chép khi có sự đồng ý của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Người hành nghề của cơ sở khác được đọc, sao chép khi có sự đồng ý của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Việc khai thác hồ sơ bệnh án đã hoàn thành quá trình điều trị và được chuyển lưu trữ được thực hiện như sau:

a) Đại diện cơ quan quản lý nhà nước về y tế, cơ quan điều tra, viện kiểm sát, tòa án, thanh tra chuyên ngành y tế, tổ chức giám định pháp y, pháp y tâm thần, luật sư của người bệnh được tiếp cận, cung cấp hồ sơ bệnh án để thực hiện nhiệm vụ theo quy định của pháp luật có liên quan;

b) Học sinh, sinh viên, học viên, nghiên cứu viên của các cơ sở nghiên cứu, cơ sở đào tạo, người hành nghề trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc hoặc sao chép phục vụ cho việc nghiên cứu hoặc công tác chuyên môn kỹ thuật khi có sự đồng ý của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Đại diện cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ quan giải quyết bồi thường nhà nước được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc, ghi chép hoặc đề nghị cấp bản sao phục vụ nhiệm vụ được giao khi có sự đồng ý của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

d) Người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh quy định tại điểm c và điểm d khoản 2 Điều 8 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh được đọc, xem, sao chụp, ghi chép hồ sơ bệnh án và được cung cấp bản tóm tắt hồ sơ bệnh án khi có yêu cầu bằng văn bản;

đ) Người đại diện của người bệnh quy định tại điểm a và điểm d khoản 2 Điều 8 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh được cung cấp bản tóm tắt hồ sơ bệnh án khi có yêu cầu bằng văn bản.

3. Các đối tượng quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này khi sử dụng thông tin trong hồ sơ bệnh án phải giữ bí mật và chỉ được sử dụng đúng mục đích như đã đề nghị với bệnh viện.

Điều 10. Quy định về chỉnh sửa Hồ sơ bệnh án điện tử

1. Đối với cơ quan, tổ chức, cá nhân hoặc người đại diện hợp pháp của bệnh nhân nếu có yêu cầu về việc thay đổi thông tin, nội dung đã được lưu trữ trong HSBA thì thực hiện theo các bước như sau:

- Phải có giấy giới thiệu của cơ quan, tổ chức trong đó ghi rõ lý do và mục đích của việc sửa HSBA. Nếu là cá nhân có yêu cầu thay đổi thông tin, nội dung đã được lưu trữ trong HSBA thì phải có xác nhận của địa phương trong đó ghi rõ lý do và mục đích của việc thay đổi.

- Giấy giới thiệu được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện hoặc lãnh đạo người được Giám đốc Bệnh viện ủy quyền.

- Liên hệ Tài chính kế toán, Phòng Kế hoạch – Tài chính, Công nghệ thông tin để phối hợp chỉnh sửa HSBA

- Người thực hiện chỉnh sửa có trách nhiệm scan giấy tờ liên quan để lưu trữ vào phần mềm quản lý tổng thể Bệnh viện để đảm bảo tính pháp lý về sau. Giấy giới thiệu được lưu trữ tại phòng KHTH.

- Cơ quan, tổ chức, cá nhân hoặc người đại diện hợp pháp của bệnh nhân có yêu cầu chỉnh sửa HSBA phải chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật về việc thay đổi HSBA đã lưu trữ trước đó.

2. Đối với NVYT tại các khoa lâm sàng sau khi phát hiện có sai sót cần chỉnh sửa HSBA thì phải làm các bước như sau:

- Gửi đề nghị bổ sung, chỉnh sửa HSBA (có mẫu trên phần mềm quản lý bệnh viện) trình Ban lãnh đạo Bệnh viện hoặc Lãnh đạo ủy quyền.

- Liên hệ Kế toán bảo hiểm bệnh viện để phối hợp chỉnh sửa HSBA

- Liên hệ bộ phận Công nghệ thông tin để kiểm tra nội dung đề nghị chỉnh sửa HSBA ở trên hệ thống His, EMR

- Người thực hiện chỉnh sửa có trách nhiệm scan giấy tờ liên quan để lưu trữ vào Hồ sơ bệnh án điện tử để đảm bảo tính pháp lý về sau. Giấy đề nghị được lưu trữ như đối với HSBA điện tử.

- NVYT có yêu cầu chỉnh sửa HSBA phải chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật về việc thay đổi HSBA đã lưu trữ trước đó.

Điều 11. Xử lý tình huống trong trường hợp người bệnh tối cấp cứu hoặc có sự cố về hệ thống Công nghệ thông tin

Trong trường hợp có bệnh nhân trong trường hợp tối cấp cứu cần xử trí ngay hoặc đang có sự cố về hệ thống Công nghệ thông tin không kịp tiếp đón người bệnh trên phần mềm quản lý Bệnh viện, cần thực hiện các bước sau:

- Cán bộ đón tiếp ban đầu ghi lại thông tin người bệnh trên phiếu in sẵn
- Bác sỹ tiếp nhận bệnh nhân cho y lệnh viết tay vào phiếu diễn biến
- Các bộ phận phối hợp căn cứ trên y lệnh viết tay
- Sau khi bệnh nhân qua cơn nguy kịch hoặc hệ thống Công nghệ thông tin hoạt động được trở lại. Nhân viên y tế phụ trách theo dõi điều trị cho người bệnh lập phiếu xác nhận tình trạng người bệnh tối cấp cứu hoặc tình trạng sự cố hệ thống Công nghệ thông tin, sau đó phối hợp bộ phận tiếp đón cập nhật lại toàn bộ thông tin người bệnh trên hệ thống phần mềm quản lý bệnh viện trong thời gian tối đa không quá 12 tiếng. Phiếu xác nhận tình trạng người bệnh tối cấp cứu hoặc tình trạng sự cố hệ thống Công nghệ thông tin được scan lưu lại cùng HSBA điện tử để có cơ sở pháp lý về việc cập nhật muộn trên hệ thống các y lệnh và diễn biến của người bệnh.

Các thông tin y lệnh, mẫu phiếu viết tay thực hiện Scan lưu trữ vào hệ thống Công nghệ thông tin, thực hiện xác nhận với thông tin người ghi nhận, thời điểm ghi nhận để đảm bảo đủ thông tin HSBA theo quy định.

Chương 4 TỔ CHỨC THỰC HIỆN

Điều 12. Trách nhiệm của tổ chức, cá nhân

1. Đối với các khoa

- Các cá nhân tự quản lý mật khẩu phần mềm và chịu hoàn toàn trách nhiệm về chữ ký số, chữ ký điện tử và nội dung thông tin nhập vào HSBA điện tử.
- Trưởng khoa phải chịu trách nhiệm quy định và thực hiện về thông tin và tính bảo mật thông tin của người bệnh trong quá trình bệnh nhân khám chữa bệnh tại khoa.

2. Đối với phòng Kế hoạch – Tài chính

- Cán bộ lưu trữ và các cá nhân được phân quyền truy cập, khai thác thông tin HSBA điện tử phải chịu trách nhiệm về thông tin và tính bảo mật của thông tin khi cung cấp cho các cá nhân, tổ chức theo quy định của pháp luật.
- Tiếp nhận và hoàn thiện các quy định, quy chế để ban hành hoàn thiện việc sử dụng nhập liệu và khai thác HSBA.

3. Đối với Công nghệ thông tin:

- Đảm bảo hệ thống công nghệ thông tin hoạt động ổn định.
- Cung cấp tài khoản, thu hồi tài khoản sử dụng phần mềm, phân quyền sử dụng phần mềm cho đúng đối tượng.
- Đảm bảo công tác lưu trữ HSBA theo đúng quy định hiện hành

Điều 13. Điều khoản thi hành

1. Ban Giám đốc, Trưởng các khoa, phòng cùng toàn thể cán bộ nhân viên thuộc Trung tâm Y tế Ia Pa và các cơ quan, đơn vị liên quan tham gia khai thác, sử dụng HSBA điện tử có trách nhiệm thực hiện Quy chế này.

2. Phòng Kế hoạch – Tài chính, Công nghệ thông tin chủ trì, phối hợp với các khoa, phòng, đơn vị liên quan hướng dẫn, kiểm tra việc thực hiện Quy chế này.

3. Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc cần điều chỉnh, sửa đổi, bổ sung, các khoa, phòng phản ánh về phòng Kế hoạch- Tài chính, Công nghệ thông tin để tổng hợp, báo cáo Giám đốc xem xét, điều chỉnh cho phù hợp./. 