

SỞ Y TẾ LAI CHÂU
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN THAN UYÊN



**QUY TRÌNH
KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG**

(Kèm theo Quyết định số: 219/QĐ-TTYT ngày 23/6/2020 của TTYT Than Uyên)

	Người soạn thảo	Người phê duyệt
Họ và Tên	CNDD. Bùi Thị Thanh Châm	BS. Cao Thị Thúy Hà
Ký tên		

Cao Thị Thúy Hà

Số: 219/QĐ-TTYT

Than Uyên, ngày 23 tháng 6 năm 2020

QUYẾT ĐỊNH

**Phê duyệt bổ sung Quy trình kỹ thuật điều dưỡng
áp dụng tại Trung tâm Y tế Than Uyên**

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN THAN UYÊN

Căn cứ Quyết định số 1108/2004/QĐ – BHYT ngày 29/3/2004 của Bộ Y tế về việc Ban hành “Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh” tập II;

Căn cứ Thông tư số 07/2011/TT-BYT, ngày 26/01/2011 của Bộ Y tế Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện;

Căn cứ tài liệu điều dưỡng cơ bản II Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam năm 2011 Bộ y tế;

Căn cứ Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/09/2012 của Bộ Y tế về việc phê duyệt các Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn;

Căn cứ quyết định 4263/QĐ-BYT ngày 13/10/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn, chẩn đoán điều trị và dự phòng bệnh lao;

Căn cứ quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/08/2017 của Bộ Y tế về việc phê duyệt các Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế về Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ;

Căn cứ Quyết định 2294/QĐ-SYT ngày 24/12/2019 của Sở Y tế Lai Châu về việc ban hành Quy định chức năng, nhiệm vụ và quyền hạn của Trung tâm Y tế huyện;

Xét đề nghị của Hội đồng điều dưỡng,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Phê duyệt bổ sung Quy trình kỹ thuật điều dưỡng áp dụng tại Trung tâm Y tế Than Uyên, gồm các quy trình kỹ thuật như sau:

(Có quy trình kỹ thuật và bảng kiểm kèm theo)

Điều 2. Hội đồng điều dưỡng có nhiệm vụ:

- Xây dựng quy trình kỹ thuật điều dưỡng dựa trên cơ sở tài liệu quy định của Bộ Y tế đã ban hành.

- Triển khai, áp dụng và thực hiện đúng, đủ các quy trình kỹ thuật và chăm sóc người bệnh.

- Tổ chức kiểm tra, giám sát việc thực hiện các quy trình kỹ thuật điều dưỡng tại Trung tâm Y tế Than Uyên.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký và thay thế một số quy trình kỹ thuật điều dưỡng tại Quyết định số 122/QĐ-TTYT ngày 21/8/2017 của Giám đốc Trung tâm Y tế về quy trình chăm sóc người bệnh.

Hội đồng Điều dưỡng; Phòng KH-NV-ĐD; Trưởng các đơn vị trực thuộc căn cứ quyết định này thi hành./.


Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Lưu: VT

GIÁM ĐỐC



Cao Thị Thúy Hà

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	XÂY DỰNG/BỔ SUNG QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG	Mã số: QT.00.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

1. Người có liên quan phải nghiên cứu và thực hiện đúng các nội dung của quy định này.
2. Nội dung trong quy định này có hiệu lực thi hành như sự chỉ đạo của Giám đốc bệnh viện.
3. Mỗi đơn vị được phát 01 bản (có đóng dấu kiểm soát). Các đơn vị khi có nhu cầu bổ sung thêm tài liệu, đề nghị liên hệ với Phòng KH -NV -ĐD.

NƠI NHẬN

<input checked="" type="checkbox"/>	Hội đồng điều dưỡng	<input checked="" type="checkbox"/>	Các khoa cận lâm sàng	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Thành viên trong hội đồng	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ban Giám đốc	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Các phòng chức năng	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Các khoa lâm sàng	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

THEO DÕI TÌNH TRẠNG SỬA ĐỔI

Trang	Hạng mục sửa đổi	Tóm tắt nội dung hạng mục sửa đổi

1.MỤC ĐÍCH

Nhằm không ngừng nâng cao hơn nữa chất lượng và tính chuyên nghiệp trong công tác chăm sóc người bệnh, kỹ năng thực hành của điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên tại Trung tâm y tế huyện Than Uyên.

2. PHẠM VI ÁP DỤNG

Quy trình áp dụng đối với điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên các khoa lâm sàng và cận lâm sàng, trạm y tế tại Trung tâm y tế Than Uyên.

3. TÀI LIỆU LIÊN QUAN

- Quyết định số 1108/2004/QĐ - BYT, ngày 29/3/2004 của Bộ Y tế về việc Ban hành “Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh” tập II;

- Thông tư số 07/2011/TT-BYT, ngày 26/01/2011 của Bộ Y tế hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện;

- Tài liệu điều dưỡng cơ bản II Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam năm 2011 Bộ y tế;

- Quyết định số 3671/QĐ-BYT, ngày 27/09/2012 của Bộ Y tế về việc phê duyệt các Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn;

- Quyết định 4263/QĐ-BYT, ngày 13/10/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn, chẩn đoán điều trị và dự phòng bệnh lao;

- Quyết định số 3916/QĐ-BYT, ngày 28/08/2017 của Bộ Y tế về việc phê duyệt các Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

- Thông tư số 51/2017/TT-BYT, ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế về Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ;

4. THUẬT NGỮ VÀ TỪ VIẾT TẮT

4.1. Thuật ngữ

-Các tài liệu nội bộ: Là tài liệu do Trung tâm y tế huyện ban hành để sử dụng nội bộ tại các khoa phòng thuộc đơn vị.

- Vệ sinh tay : Là thực hiện sát khuẩn tay nhanh hoặc rửa tay thường quy.

4.2. Từ viết tắt

- GD: Giám đốc

- ĐD/HS/KTV: Điều dưỡng/Hộ sinh/Kỹ thuật viên.

- QTĐD: Quy trình điều dưỡng

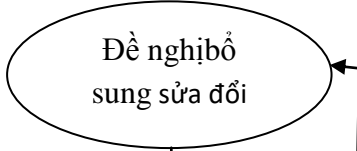
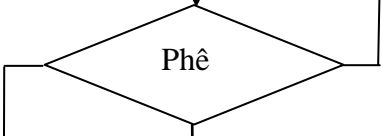
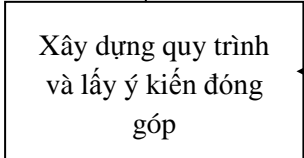
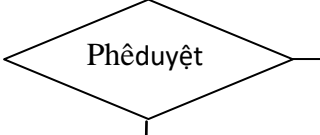
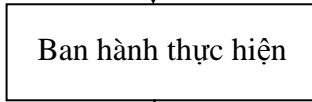
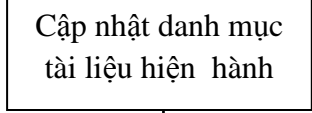
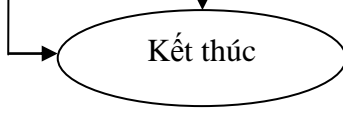
- QT: Quy trình

- ĐD: Điều dưỡng

- NB: Người bệnh

5. NỘI DUNG

Lưu đồ quá trình bổ sung quy trình kỹ thuật điều dưỡng

Trách nhiệm	Các bước thực hiện	Mô tả và biểu mẫu
Hội đồng Điều dưỡng/Phòng KH-NV-ĐD		<ul style="list-style-type: none"> - Xác định nhu cầu cần thiết xây dựng QT.00.ĐD để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh. - Lập kế hoạch xây dựng bổ sung QT.00.ĐD phù hợp thực hiện tại Trung tâm Y tế Than Uyên. - Trình lãnh đạo phê duyệt QT.00.ĐD.
Lãnh đạo bệnh viện		<ul style="list-style-type: none"> - Lãnh đạo Bệnh viện phê duyệt kế hoạch xây dựng QT.01.ĐD chuẩn phù hợp.
Phòng KH-NV-ĐD, Khoa lâm sàng, cận lâm sàng; Phòng chức năng		<ul style="list-style-type: none"> - Thành lập nhóm biên soạn quy trình điều dưỡng : (<i>Phòng KH – NV – ĐD và điều dưỡng trưởng các khoa lâm sàng, cận lâm sàng</i>). - Tổ chức biên soạn các quy trình và bảng kiểm điều dưỡng, chuyên bản dự thảo lần 1 về các khoa lâm sàng, cận lâm sàng lấy ý kiến đóng góp. - Chính sửa bản dự thảo lần 1 theo góp ý của các khoa. Gửi bản dự thảo lần 2 về các khoa lâm sàng, cận lâm sàng đóng góp ý kiến. - Chính sửa bản dự thảo lần 2 theo góp ý của các khoa lâm sàng, cận lâm sàng. - Tổ chức Hội nghị thẩm định bản dự thảo đã được chỉnh sửa góp ý lần 2 lần cuối. - Trình Giám đốc phê duyệt.
Lãnh đạo BV		<ul style="list-style-type: none"> - Lãnh đạo bệnh viện phê duyệt kế hoạch xây dựng QT.00.ĐD chuẩn phù hợp thực hiện tại Trung tâm Y tế Than Uyên.
Phòng KH-NV-ĐD		<ul style="list-style-type: none"> - Lưu bản gốc. - In và đóng thành quyển, ban hành tới các khoa, phòng, trạm Y tế thực hiện.
Các khoa, phòng, đơn vị liên quan.		<ul style="list-style-type: none"> - Các đơn vị liên quan, cập nhật tài liệu mới được ban hành vào Danh mục tài liệu theo QT.00.ĐD
		


6. Phụ lục:

STT	Tên tài liệu	Mã số
1	Danh mục xây dựng/ bổ sung Quy trình kỹ thuật Điều dưỡng	QT.00.ĐD

DANH MỤC CÁC QUY TRÌNH

STT	Nội dung	Mã số	Ngày hiệu lực	Trang
1	Quy trình kỹ thuật đo dấu hiệu sinh tồn	QT.01.ĐD	23/6/2020	07
2	Quy trình kỹ thuật cho người bệnh uống thuốc	QT.02.ĐD	23/6/2020	11
3	Quy trình kỹ thuật tiêm thuốc	QT.03.ĐD	23/6/2020	15
4	Quy trình kỹ thuật tuyên dịch tĩnh mạch	QT.04.ĐD	23/6/2020	26
5	Quy trình kỹ thuật truyền máu	QT.05.ĐD	23/6/2020	30
6	Quy trình kỹ thuật test da	QT.06.ĐD	23/6/2020	35
7	Quy trình kỹ thuật thở oxy	QT.07.ĐD	23/6/2020	41
8	Quy trình kỹ thuật gọi đầu cho người bệnh tại giường	QT.08.ĐD	23/6/2020	48
9	Quy trình kỹ thuật tắm cho người bệnh nặng tại giường	QT.09.ĐD	23/6/2020	52
10	Quy trình kỹ thuật đặt ống thông dạ dày	QT.10.ĐD	23/6/2020	56
11	Kỹ thuật thắt tháo cho người bệnh	QT.11.ĐD	23/6/2020	61
12	Quy trình kỹ thuật cho người bệnh ăn qua ống thông	QT.12.ĐD	23/6/2020	66
13	Quy trình kỹ thuật rửa dạ dày trong ngộ độc cấp	QT.13.ĐD	23/6/2020	71
14	Quy trình kỹ thuật thông tiêu	QT.14.ĐD	23/6/2020	75
15	Quy trình kỹ thuật rửa bàng quang	QT.15.ĐD	23/6/2020	84
16	Phụ giúp chọc dò tủy sống	QT.16.ĐD	23/6/2020	89
17	Phụ giúp chọc hút màng phổi	QT.17.ĐD	23/6/2020	93
18	Quy trình kỹ thuật thay băng rửa vết thương	QT.18.ĐD	23/6/2020	98
19	Kỹ thuật băng bó	QT.19.ĐD	23/6/2020	106
20	Quy trình kỹ thuật thay băng vết mổ	QT.20.ĐD	23/6/2020	121
21	Quy trình kỹ thuật cố định tạm thời gãy cột sống cổ	QT.21.ĐD	23/6/2020	126

22	Quy trình kỹ thuật cố định tạm thời gãy xương đòn	QT.22.ĐD	23/6/2020	130
23	Quy trình kỹ thuật cố định tạm thời gãy xương thắt lưng	QT.23.ĐD	23/6/2020	134
24	Quy trình kỹ thuật cố định tạm thời gãy xương sườn	QT.24.ĐD	23/6/2020	138
25	Quy trình kỹ thuật cố định tạm thời vỡ xương chậu	QT.25.ĐD	23/6/2020	143
26	Quy trình kỹ thuật cố định tạm thời gãy xương đùi kín	QT.26.ĐD	23/6/2020	147
27	Quy trình kỹ thuật cố định tạm thời gãy xương đùi hở	QT.27.ĐD	23/6/2020	151
28	Quy trình kỹ thuật cố định tạm thời gãy xương cẳng chân	QT.28.ĐD	23/6/2020	155
29	Quy trình kỹ thuật cố định tạm thời gãy xương cẳng tay	QT.29.ĐD	23/6/2020	160
30	Quy trình kỹ thuật cố định tạm thời gãy xương cánh tay	QT.30.ĐD	23/6/2020	166
31	Quy trình kỹ thuật cho trẻ ăn bằng ống thông	QT.31.ĐD	23/6/2020	172
32	Quy trình kỹ thuật lấy đờm làm xét nghiệm	QT.32.ĐD	23/6/2020	176
33	Quy trình kỹ thuật lấy máu tĩnh mạch làm xét nghiệm	QT.33.ĐD	23/6/2020	181
34	Quy trình kỹ thuật lấy nước tiểu làm xét nghiệm	QT.34.ĐD	23/6/2020	187
35	Quy trình kỹ thuật lấy phân làm xét nghiệm	QT.35.ĐD	23/6/2020	192
36	Quy trình vệ sinh tay thường quy	QT.36.ĐD	23/6/2020	196
37	Quy trình sát khuẩn tay bằng dung dịch chứa cồn	QT.37.DD D	23/6/2020	201
38	Quy trình vệ sinh tay ngoại khoa	QT.38.ĐD	23/6/2020	203

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH - NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT THEO DÕI DẤU HIỆU SINH TỒN	Mã số: QT.01.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở nhằm phát hiện những dấu hiệu bất thường giúp cho chẩn đoán bệnh và xử trí kịp thời những tai biến có thể xảy ra.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh điều trị ngoại trú, nội trú.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Nhiệt kế tùy theo vị trí đo mà chuẩn bị nhiệt kế cho phù hợp.
- Đồng hồ có kim giây
- Huyết áp kế
- Gối kê tay
- Bông khô
- Khay quả đậu
- Phiếu theo dõi
- Bút xanh, bút đỏ, thước kẻ.

2. Người bệnh

- Thông báo cho người bệnh biết trước.
- Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi 15 phút trước khi đo.

3. Địa điểm

Tiến hành tại phòng khám, phòng cấp cứu, tại buồng bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Báo trước cho người bệnh biết.
- Điều dưỡng kiểm tra lại các dụng cụ và mang tời giường bệnh.
- Giải thích, động viên để người bệnh phối hợp với điều dưỡng khi tiến hành thủ thuật.

1. Đo nhiệt độ

- Lau khô, vẩy nhiệt kế xuống dưới 35⁰.

- Có thể đo nhiệt độ ở những vị trí sau:

+ Đo nhiệt độ ở nách: Lau hố nách người bệnh, đặt bầu thủy ngân vào hõm nách, chéch theo hướng vú, khép cánh tay vào thân đặt căng tay lên bụng.

(nếu trẻ nhỏ phải bảo người nhà giữ).

+ Đo nhiệt độ ở miệng: Đặt bầu thủy ngân của nhiệt kế dưới lưỡi hoặc cạnh mép, bảo người bệnh ngậm môi (chỉ áp dụng đo nhiệt độ ở người lớn, tỉnh táo).

+ Đo nhiệt ở hậu môn: Đưa nhiệt kế vào sâu 2 -3 cm trong thời gian 5 phút.

2. Đếm mạch:

- Kê gối dưới cẳng tay người bệnh(nếu bất động mạch quay).

- Đặt 3 đầu ngón tay lên động mạch khi sờ thấy mạch đập thì đếm trong vòng 1 phút.

3. Đếm nhịp thở

- Cầm tay người bệnh như đếm mạch đặt trên bụng và đếm nhịp thở trong vòng 1 phút.

4. Đo huyết áp:

- Kéo tay áo người bệnh lên tới nách, đặt máy đo huyết áp ngang ngực người bệnh.

- Cuộn băng huyết áp vào cánh tay người bệnh, cách nếp khuỷu tay 3 -5 cm.

- Tìm động mạch, đặt ống nghe, bơm hơi khi mạch đập hết bơm thêm 20mmHg.

- Xả hơi từ từ, xác định nghe tiếng đập đầu tiên là huyết áp tối đa và tiếng đập cuối cùng là tối thiểu.

- Xả hết hơi, tháo băng xếp vào hộp.

Cuối cùng lấy nhiệt kế ra, đọc kết quả, lau sạch và vẩy nhiệt kế xuống dưới 35⁰c, thu dọn và xử lý dụng cụ theo đúng quy định.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi ngày giờ, kết quả vào phiếu theo dõi và ký ghi tên người thực hiện.

- Nếu có bất thường báo cáo bác sỹ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Hướng dẫn người bệnh và gia đình nếu có bất thường về thân nhiệt phải báo ngay cho nhân viên y tế.

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD
	BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT THEO DÕI DẤU HIỆU SINH TỒN

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	Nội dung các bước tiến hành	Bảng kiểm	
		Có	Không
1	Điều dưỡng đội mũ đeo khẩu trang, rửa tay		
2	Chuẩn bị bệnh nhân: Giải thích động viên để người bệnh phối hợp với điều dưỡng khi tiến hành thủ thuật		
3	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ và mang tới giường bệnh.		
I. Đo nhiệt độ:			
1.1	Lau khô, vẩy nhiệt kế xuống dưới 35 ⁰ .		
1.2	Xác định vị trí phù hợp		
1.2.1	Đo ở nách: Đặt bầu thủy ngân vào hõm nách, chéch theo hướng vú, khép cánh tay vào thân, đặt cẳng tay lên bụng.		
1.2.2	Đo nhiệt độ ở miệng: Đặt bầu thủy ngân của nhiệt kế dưới lưỡi hoặc cạnh mép, bảo người bệnh ngậm môi.		
1.2.3	Đo ở hậu môn: Đưa nhiệt kế vào sâu 2 - 3 cm trong thời gian 3 - 5 phút.		
II. Đếm mạch:			
2.1	Kê gối dưới cẳng tay người bệnh (nếu bất động mạch quay)		
2.2	Đặt 3 đầu ngón tay lên động mạch.		
2.3	Đếm mạch trong 1 phút.		
III. Đếm nhịp thở:			
3.1	Đặt tay như đếm mạch.		
3.2	Quan sát cánh tay đặt trên bụng.		
3.3	Đếm nhịp thở trong 1 phút.		
IV. Đo huyết áp:			
4.1	Kéo tay áo tới nách, đặt máy đo huyết áp ngang ngực người bệnh.		

4.2	Cuốn băng HA vào cánh tay người bệnh, cách nếp gấp khuỷu tay từ 3 - 5 cm.		
4.3	Tìm động mạch đặt ống nghe, bơm hơi khi mạch hết đập bơm thêm 20 mmHg.		
4.4	Xả hơi từ từ, xác định huyết áp tối đa, tối thiểu.		
4.5	Xả hết hơi, tháo băng xếp vào hộp.		
4	Lấy nhiệt kế ra, đọc kết quả, lau sạch và vẩy nhiệt kế xuống 35 ⁰ C.		
5	Đề NB nằm ở tư thế thoải mái. Thu dọn dụng cụ và ghi HSBA		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**


.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH - NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH UỐNG THUỐC	Mã số: QT.02.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Tăng cường sức đề kháng cho cơ thể.
- Điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH – CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định:

Cho tất cả người bệnh có thể uống được và uống các loại thuốc không bị dịch tiêu hóa phá hủy.

2. Chống chỉ định

- Người bệnh hôn mê.
- Người bệnh nôn liên tục.
- Bị bệnh ở thực quản.
- Người bệnh tâm thần không chịu uống thuốc.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Thuốc theo chỉ định: thuốc viên, thuốc nước, thuốc bột....
- Cốc đựng thuốc.
- Cốc đựng nước uống.
- Bình đựng nước uống.
- Cốc chi độ, thìa, ống đếm giọt.
- Dao cưa, ống hút (nếu cần).
- Phiếu cho thuốc.
- khay quả đậu.
- Vải miếng gạc.

2. Người bệnh

- Xem hồ sơ bệnh án, thực hiện kiểm tra thuốc.
- Giải thích cho người bệnh yên tâm và căn dặn những điều cần thiết

3. Địa điểm

Tiến hành cho người bệnh uống thuốc ngay tại giường bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.
2. Xem lại y lệnh điều trị và phiếu công khai thuốc (áp dụng 5 đúng trong suốt quá trình dùng thuốc) sau đó kiểm tra lại nhãn thuốc lần thứ 1.

3. Lấy thuốc:

* **Thuốc viên:**

- Dùng nắp chai để hứng thuốc.
- Dùng thìa đếm đủ số lượng thuốc cho vào cốc hoặc vào giấy (không dùng tay bốc thuốc).

* **Thuốc nước:**

- Lắc chai thuốc, xoay nhãn thuốc lên trên để khỏi ướt khi rót thuốc.
- Mở nắp chai để ngửa trên mặt bàn.
- Một tay cầm cốc đưa ngang tầm mắt, đầu ngón tay cái để ngang mức số lượng chỉ định.
- Rót thuốc không để chai thuốc chạm vào miệng cốc (trước khi rót thuốc, đọc lại nhãn thuốc lần 2).
- Lau miệng chai thuốc, đậy nắp, trả chai thuốc về vị trí cũ.

* **Thuốc giọt:** Cho 1 ít nước vào cốc, để thẳng ống đếm giọt, vừa nhỏ, vừa đếm.

4. Đặt thuốc lên khay, kèm theo mỗi cốc thuốc là 1 phiếu thuốc, bình nước và cốc nước uống.

5. Đẩy xe hoặc mang khay thuốc đến bên giường người bệnh.

6. Thực hiện 5 đúng (Đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian).

7. Báo và giải thích cho người bệnh.

8. Cho người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao.

9. Đưa thuốc và nước uống cho người bệnh (nếu người bệnh không uống được thuốc viên nén nên tán nhỏ cho người bệnh).

10. Ở bên cạnh người bệnh cho tới khi người bệnh uống thuốc xong.

11. Thu dọn dụng cụ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ

1. Đánh giá

Người bệnh uống hết thuốc? Hay từ chối không uống?

- Sau khi uống không bị nôn?
- Không bị sặc khi uống thuốc.

2. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ cho người bệnh uống thuốc.
- Phản ứng của người bệnh (nếu có).
- Tên người thực hiện.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Hướng dẫn người bệnh và gia đình nếu có bất thường thì báo ngay cho điều dưỡng Ví dụ như: nôn, nhức đầu , chóng mặt...



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH - NV - ĐD

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO NGƯỜI
BỆNH UỐNG THUỐC**

Khoa:.....Ngày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện quy trình:.....

STT	Nội dung các bước tiến hành	Bảng kiểm	
		Có	Không
1	Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay		
2	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ		
3	Xem lại y lệnh điều trị và phiếu cho thuốc (thực hiện 5 đúng trong thời gian dùng thuốc), kiểm tra nhãn thuốc lần thứ nhất.		
4	Lấy thuốc:		
4.1	Thuốc viên:		
4.1.1	Dùng nắp chai để hứng thuốc.		
4.1.2	Dùng thìa đếm đủ số thuốc cho vào cốc hoặc giấy (không dùng tay bốc thuốc).		
4.2	Thuốc nước:		
4.2.1	Lắc chai thuốc, xoay nhãn hiệu lên trên để khỏi ướt khi rót thuốc.		
4.2.2	Mở nắp chai để ngửa trên mặt bàn.		
4.2.3	Một tay cầm cốc đưa ngang tầm mắt, đầu ngón tay cái để ngang mức số lượng chỉ định.		
4.2.4	Rót thuốc không để chai thuốc chạm vào miệng cốc (trước khi rót thuốc đọc lại nhãn thuốc lần 2).		
4.2.5	Lau miệng chai thuốc, đậy nắp, trả chai thuốc về vị trí cũ.		
4.3	Thuốc giọt:		
3.	Cho 1 ít nước vào cốc, để thẳng ống đếm giọt, vừa nhỏ giọt vừa đếm.		
5	Đặt thuốc lên khay, kèm theo mỗi cốc thuốc là một phiếu thuốc, bình nước và cốc nước uống.		
6	Đẩy xe hoặc mang khay thuốc đến bên giường bệnh.		
7	Thực hiện 5 đúng: Đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian.		

8	Báo và giải thích cho người bệnh, người nhà bệnh nhân.		
9	Cho người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao.		
10	Đưa thuốc và nước uống cho người bệnh (Nếu người bệnh không uống được thuốc viên nên tán nhỏ cho người bệnh).		
11	Ở cạnh người bệnh tới khi người bệnh uống thuốc xong.		
12	Thu dọn dụng cụ.		

*** Nhận xét:**


.....
.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....
.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH - NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM THUỐC	Mã số: QT.03.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

Tiêm thuốc cho người bệnh là đưa những thuốc dưới dạng hòa tan trong nước hay trong dầu hoặc dưới dạng hỗn hợp vào trong da, dưới da, bắp thịt và tĩnh mạch (loại trừ dầu) nhằm mục đích:

- + Điều trị bệnh
- + Chuẩn đoán bệnh
- + Phòng bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Cấp cứu cần có hiệu quả nhanh
- Không uống hoặc không nuốt được
- Thuốc dễ bị phá hủy và biến chất bởi men tiêu hóa.

2. Chống chỉ định

- Phụ thuộc vào tình trạng người bệnh và y lệnh của bác sĩ.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

a. Dụng cụ vô khuẩn:

- khay chữ nhật, bơm kim tiêm thích hợp, kim kocher, ống cầm panh, bông gạc, hộp đựng bông cotton.

b. Dụng cụ sạch

- Dụng cụ sạch và thuốc: Găng tay, kéo, panh, khay quả đậu, cồn 70°, hộp thuốc cấp cứu, phiếu công khai, thuốc theo y lệnh, dung dịch sát khuẩn tay nhanh.

- Dụng cụ khác: Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải, bút ghi (trong trường hợp thử phản ứng

2. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình việc sắp làm giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình tiêm
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Ban hành theo quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế.

*** Tiêm trong da, dưới da, tiêm bắp.**

1. Điều dưỡng rửa tay / sát khuẩn tay nhanh.
2. Thực hiện 5 đúng: Đúng NB, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian.
3. Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc, dùng gạc vô khuẩn bẻ đầu ống thuốc.
4. Chọn bơm kim tiêm thích hợp, xé vỏ bơm tiêm thay kim lấy thuốc.
5. Pha thuốc và hút thuốc vào bơm tiêm.
6. Thay kim tiêm, đuổi khí cho vào bao vừa đựng bơm tiêm vô khuẩn (khay vô khuẩn).
7. Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm: 1/3 trên mặt trước – trong cẳng tay đường nối từ nếp gấp cổ tay đến nếp gấp khuỷu tay (thông dụng nhất) hoặc 1/3 trên mặt ngoài cánh tay đường nối từ móm vai đến móm khuỷu.
8. Sát khuẩn vùng tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoay ốc đường kính trên 10cm cho đến khi da sạch (tối thiểu 02 lần).
9. Cầm bơm tiêm , đuổi khí.
10. Căng da, đâm kim.
 - Tiêm trong da: Đâm kim chệch $10^0 - 15^0$ so với mặt da, kim song song với mặt da, mũi vát kim ngửa lên trên và vào trong da.
 - Tiêm dưới da: Đâm kim nhanh chệch $30^0 - 45^0$ so với mặt da hoặc đâm kim vuông góc với mặt da véo/ đáy da véo buông tay vùng da véo.
 - Tiêm bắp: Đâm kim nhanh $60^0 - 90^0$ so với mặt da.
11. Bơm thuốc
 - Tiêm trong da: Bơm thuốc chậm khi có cảm giác nặng tay.
 - Tiêm dưới da, tiêm bắp: Rút nhẹ nòng bơm tiêm, không có máu thì bơm thuốc từ từ, đồng thời quan sát sắc mặt người bệnh. Tốc độ tiêm bắp 1ml/10 giây.
12. Hết thuốc, căng da rút kim nhanh, cho ngay bơm kim tiêm vào hộp an toàn. Trường hợp vị trí tiêm chảy máu hoặc rỉ thuốc thì đè áp lực trong vòng 30 giây hoặc khi không thấy máu chảy ra nữa.
13. Sát khuẩn lại vị trí tiêm
 - Tiêm trong da: Không sát khuẩn lại trong trường hợp tiêm vắc xin. Nếu thử phản ứng khoanh tròn nơi tiêm ghi tên thuốc.
 - Tiêm dưới da, tiêm bắp: dùng bông gòn khô đè lên vết kim tiêm trong vòng 30 giây để phòng chảy máu.

14. Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết, để người bệnh tư thế thích hợp, thuận tiện.

15. Thu dọn dụng cụ.

16. Ghi hồ sơ

- Phiếu thử phản ứng(nếu có thử phản ứng).

- Trong trường hợp sử dụng luân phiên các vị trí tiêm, ghi rõ vị trí vừa tiêm.

*** Tiêm tĩnh mạch.**

Từ bước 1 đến bước 7 giống như tiêm trong da, dưới da, tiêm bắp.

8. Đặt gối kê tay dưới vùng tiêm (nếu cần), đặt dây gao/cao su phía trên vị trí tiêm khoảng 10-15cm.

9. Mang găng tay sạch (Khi có nguy cơ phơi nhiễm với máu và khi da tay của người làm thủ thuật bị tổn thương).

10. Buộc dây gao rô/cao su phía trên vị trí tiêm 10-15cm.

11. Sát khuẩn vị trí tiêm theo hình xoáy từ trong ra ngoài, đường kính trên 10 cm, tối thiểu 2 lần cho đến khi sạch) để da khô.

12. Cầm bơm tiêm đuôi khí(nếu còn khí).

- Căng da đâm kim chệch 30^0 so với mặt da và đẩy kim vào tĩnh mạch.

13. Kiểm tra có máu trào vào bơm tiêm, tháo dây gao rô.

14. Bơm thuốc từ từ vào tĩnh mạch đồng thời quan sát theo dõi người bệnh, xem vị trí tiêm có phồng lên không.

15. Hết thuốc, rút kim nhanh kéo chệch da, cho kim tiêm vào hộp an toàn.

16. Dùng bông khô đè lên vùng tiêm phòng chảy máu.

17. Tháo găng bỏ vào vật đựng chất thải lây nhiễm.

18. Giúp người bệnh trở về tư thế thoải mái Dặn người bệnh và người nhà người bệnh những điều cần thiết (Sắc mặt, khó thở, chi giác, nổi mẩn đay,... thì phải bấm chuông báo động hoặc gọi luôn nhân viên y tế).

19. Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay thường quy.

20. Ghi hồ sơ

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tiêm, theo dõi phát hiện sốc và các dấu hiệu bất thường khác, nếu có báo cáo Bác sĩ và xử trí kịp thời theo đúng phác đồ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh sau khi tiêm cần nằm nghỉ tại giường 15 phút, nếu thấy biểu hiện khác thường phải báo ngay cho nhân viên y tế.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH - NV - ĐD

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM
TRONG DA

Khoangày.....
 Thành viên giám sát:.....
 Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	Nội dung các bước tiến hành	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng : Trang phục theo đúng quy định bệnh viện. Vệ sinh tay		
2	Chuẩn bị dụng cụ: - Dụng cụ vô khuẩn: Khay tiêm, bơm, kim tiêm thích hợp, bông, gạc, hộp đựng bông cồn. - Dụng cụ sạch và thuốc: Găng tay, kéo, panh, khay quả đậu, cồn 70°, hộp thuốc cấp cứu, phiếu công khai, thuốc theo y lệnh, dung dịch sát khuẩn tay nhanh. - Dụng cụ khác: Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải, bút ghi (trong trường hợp thử phản ứng.		
3	Chuẩn bị người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình tiêm. - Hỏi tiền sử dị ứng. - Để người bệnh tư thế thích hợp.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng rửa tay / sát khuẩn tay nhanh		
2	Thực hiện 5 đúng: Đúng NB, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian.		
3	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc, dùng gạc vô khuẩn bịt đầu ống thuốc.		
4	Chọn bơm kim tiêm thích hợp, xé vỏ bơm tiêm thay kim lấy thuốc		
5	Pha thuốc và hút thuốc vào bơm tiêm.		
6	Thay kim tiêm, đuổi khí cho vào bao vừa đựng bơm tiêm vô khuẩn(khay vô khuẩn).		

7	Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm: 1/3 trên mặt trước – trong cẳng tay đường nối từ nếp gấp cổ tay đến nếp gấp khuỷu tay (thông dụng nhất) hoặc 1/3 trên mặt ngoài cánh tay đường nối từ mỏm vai đến mỏm khuỷu.		
8	Sát khuẩn vùng tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoáy ốc đường kính trên 10cm cho đến khi da sạch (tối thiểu 02 lần).		
9	Cầm bơm tiêm đuổi khí.		
10	Căng da, đâm kim chéch 10 -15 ⁰ so với mặt da, kim tiêm song song với mặt da, mũi vát kim ngửa lên trên và ngập vào trong da.		
11	Bơm thuốc chậm khi có cảm giác nặng tay (Tại chỗ tiêm nổi phồng màu da cam to bằng hạt ngô).		
12	Căng da, rút kim nhanh , cho ngay bơm kim tiêm vào hộp an toàn.		
13	Không sát khuẩn lại trong trường hợp tiêm vắc xin. Nếu thử phản ứng khoanh tròn nơi tiêm ghi tên thuốc.		
14	Giúp người bệnh về tư thế thích hợp, thoải mái. Hướng dẫn người bệnh hoặc người nhà những điều cần thiết và theo dõi sau tiêm.		
15	Thu dọn dụng cụ. Vệ sinh tay.		
16	Ghi chép hồ sơ bệnh án.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

***Yêu cầu, đề nghị:**


.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH - NV - ĐD
	BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	Nội dung các bước tiến hành	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng : Trang phục theo đúng quy định bệnh viện. Vệ sinh tay		
2	Chuẩn bị dụng cụ: - Dụng cụ vô khuẩn: Khay tiêm, bơm, kim tiêm thích hợp, bông, gạc, hộp đựng bông cồn. - Dụng cụ sạch và thuốc: Găng tay, kéo, panh, khay quả đậu, côn 70°, hộp thuốc cấp cứu, phiếu công khai, thuốc theo y lệnh, dung dịch sát khuẩn tay nhanh. - Dụng cụ khác: Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải, bút ghi (trong trường hợp thử phản ứng)		
3	Chuẩn bị người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình tiêm. - Hỏi tiền sử dị ứng. - Để người bệnh tư thế thích hợp.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng rửa tay / sát khuẩn tay nhanh		
2	Thực hiện 5 đúng: Đúng NB, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian.		
3	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc, dùng gạc vô khuẩn bẻ đầu ống thuốc.		
4	Chọn bơm kim tiêm thích hợp, xé vỏ bơm tiêm thay kim lấy thuốc		
5	Pha thuốc và hút thuốc vào bơm tiêm.		
6	Thay kim tiêm, đuổi khí cho vào bao vừa đựng bơm tiêm vô khuẩn(khay vô khuẩn).		

7	Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm: + 1/3 giữa mặt trước ngoài cánh tay + 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi + Dưới da bụng		
8	Sát khuẩn vùng tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoắn ốc đường kính trên 10cm cho đến khi da sạch (tối thiểu 02 lần).		
9	Cầm bơm tiêm , đuổi khí.		
10	Kéo căng mặt da, đâm kim nhanh chéch góc 30 – 45 ⁰ so với mặt da hoặc đâm kim vuông góc với mặt da véo/ đáy da véo buồng tay vùng da véo.		
11	Rút nhẹ nòng bơm tiêm, không có máu thì bơm thuốc từ từ, đồng thời quan sát sắc mặt người bệnh.		
12	Hết thuốc, căng da, rút kim nhanh , cho ngay bơm kim tiêm vào hộp an toàn.		
13	Sát khuẩn lại vị trí tiêm: Dùng bông gòn khô đè lên vết kim tiêm trong vòng 30 giây để phòng chảy máu.		
14	Giúp người bệnh về tư thế thích hợp, thoải mái. Hướng dẫn người bệnh hoặc người nhà những điều cần thiết và theo dõi sau tiêm.		
15	Thu dọn dụng cụ. Vệ sinh tay.		
16	Ghi chép hồ sơ bệnh án.		

*** Nhận xét:**

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

*** Yêu cầu, đề nghị:**

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

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH - NV - ĐD

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM BẮP

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: - Dụng cụ vô khuẩn: Khay tiêm, bơm, kim tiêm thích hợp, bông, gạc, hộp đựng bông cotton. - Dụng cụ sạch và thuốc: Găng tay, kéo, panh, khay quả đậu, cồn 70°, hộp thuốc cấp cứu, phiếu công khai, thuốc theo y lệnh, dung dịch sát khuẩn tay nhanh. - Dụng cụ khác: Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải, bút ghi (trong trường hợp thử phản ứng.		
3	Người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình tiêm. - Hỏi tiền sử dị ứng. - Đề người bệnh tư thế thích hợp.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng rửa tay / sát khuẩn tay nhanh		
2	Thực hiện 5 đúng: Đúng NB, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian.		
3	Kiểm tra lại thuốc, Sát khuẩn ống thuốc, dùng gạc vô khuẩn bịt đầu ống thuốc.		
4	Chọn bơm kim tiêm thích hợp, xé vỏ bơm tiêm thay kim lấy thuốc.		
5	Pha thuốc và rút thuốc vào bơm tiêm.		
6	Thay kim tiêm, đuổi khí cho vào bao vừa đựng bơm tiêm vô khuẩn(khay vô khuẩn).		
7	Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm: - Cánh tay: Cơ đen ta (1/3 giữa) - Cơ tam đầu: 1/3 trên mặt ngoài cánh tay		

	- Cơ tứ đầu đùi: 1/3 giữa mặt trước đùi - Mông: Nổi gai chậu đến móm xương cụt, chia làm 3 phần bằng nhau tiêm vào 1/3 trên trước ngoài hoặc chia một bên mông làm 4 phần bằng nhau tiêm vào 1/4 trên ngoài.		
8	Sát khuẩn vị trí tiêm theo hình xoáy từ trong ra ngoài, (Đường kính trên 10 cm cho đến khi da sạch (tối thiểu 2 lần).		
9	Cầm bơm tiêm . đuổi khí.		
10	Một tay kéo căng mặt da, một tay cầm bơm tiêm đâm kim nhanh 60 –90 ⁰ so với mặt da.		
11	Rút nhẹ nòng bơm tiêm, không có máu thì bơm thuốc từ từ, đồng thời quan sát sắc mặt người bệnh.		
12	Hết thuốc, căng da, rút kim nhanh , cho ngay bơm kim tiêm vào hộp an toàn.		
13	Sát khuẩn lại vị trí tiêm: Dùng bông gòn khô đè lên vết kim tiêm trong vòng 30 giây để phòng chảy máu		
14	Giúp người bệnh về tư thế thích hợp, thoải mái. Hướng dẫn người bệnh hoặc người nhà những điều cần thiết và theo dõi sau tiêm.		
15	Thu dọn dụng cụ, phân loại rác thải đúng. Vệ sinh tay		
16	Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH - NV - ĐD

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT
TIÊM TĨNH MẠCH

Khoa ngày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: - Dụng cụ vô khuẩn: Khay tiêm, bơm, kim tiêm thích hợp, bông, gạc, hộp đựng bông cồn. - Dụng cụ sạch và thuốc: Găng tay, kéo, panh, khay quả đậu, cồn 70°, hộp chống shock, phiếu công khai, thuốc theo y lệnh, dung dịch sát khuẩn tay nhanh. - Dụng cụ khác: Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải, bút ghi (trong trường hợp thử phản ứng.		
3	Người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình tiêm. - Hỏi tiền sử dị ứng. - Đề người bệnh tư thế thích hợp.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng rửa tay/ sát khuẩn tay nhanh		
2	Thực hiện 5 đúng: Đúng NB, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian.		
3	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc, lọ thuốc, ống nước cất, dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc.		
4	Chọn bơm kim tiêm thích hợp, xé vỏ bơm tiêm thay kim lấy thuốc		
5	Pha thuốc và rút thuốc vào bơm tiêm		
6	Thay kim đuôi khí, cho vào bao đựng bơm tiêm vô khuẩn (khay vô khuẩn)		
7	Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm (nếp gấp khuỷu tay, mu tay, cẳng tay, mu bàn chân...).		

8	Đặt gối kê tay dưới vùng tiêm (nếu cần), đặt dây ga rô/cao su phía trên vị trí tiêm khoảng 10-15cm.		
9	Mang găng tay sạch (Khi có nguy cơ phơi nhiễm với máu và khi da tay của người làm thủ thuật bị tổn thương).		
10	Buộc dây ga rô/cao su phía trên vị trí tiêm 10-15cm.		
11	Sát khuẩn vị trí tiêm theo hình xoáy từ trong ra ngoài, đường kính trên 10 cm, tối thiểu 2 lần cho đến khi sạch) để da khô.		
12	Cắm bơm tiêm đui khí(nếu còn khí).		
13	Căng da đâm kim chéch 30 ⁰ so với mặt da và đẩy kim vào tĩnh mạch.		
14	Kiểm tra có máu trào vào bơm tiêm, tháo dây ga rô.		
15	Bơm thuốc từ từ vào tĩnh mạch đồng thời quan sát theo dõi người bệnh, xem vị trí tiêm có phồng lên không.		
16	Hết thuốc, rút kim nhanh kéo chệch da, cho kim tiêm vào hộp an toàn.		
17	Dùng bông khô đè lên vùng tiêm phòng chảy máu.		
18	Tháo găng bỏ vào vật đựng chất thải lây nhiễm.		
19	Giúp người bệnh trở về tư thế thoải mái Dặn người bệnh và người nhà người bệnh những điều cần thiết (Sắc mặt, khó thở,chi giác, nổi mẩn đay,... thì phải bấm chuông báo động hoặc gọi luôn nhân viên y tế).		
20	Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay thường quy.		
21	Ghi hồ sơ		

*** Nhận xét:**

.....
.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....
.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH - NV - ĐD

QUY TRÌNH KỸ THUẬT
TRUYỀN DỊCH TĨNH MẠCH
NGOẠI VI

Mã số: **QT.04.ĐD**
Ngày ban hành: 23/6/2020
Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Hồi phục lại khối lượng tuần hoàn khi người bệnh bị mất nước, mất máu (xuất huyết, bông và tiêu chảy mất nước...)
- Giải độc lợi tiểu.
- Nuôi dưỡng người bệnh(khi người bệnh không ăn uống được)
- Đưa thuốc vào để điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Xuất huyết, tiêu chảy mất nước, bông, trước mổ, sau mổ.
- Theo chỉ định điều trị.

2. Chống chỉ định

- Phù phổi cấp, bệnh tim nặng

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích và thông báo cho người bệnh và gia đình biết công việc sắp làm giúp người bệnh yên tâm.
- Cho người bệnh đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền dịch
- Đo dấu hiệu sinh tồn (M – T⁰ – NT – HA)

2. Dụng cụ

- Dịch truyền theo y lệnh
- Thuốc (nếu có)
- Khay vô khuẩn
- Kim Kocher
- Bơm, kim tiêm 5ml, 10ml vô khuẩn
- Gạc miếng vô khuẩn
- Bộ dây truyền
- Bát kền(đuổi không khí)
- Hộp đựng bông còn vô khuẩn
- Cồn 70⁰ – Cồn iot 1%.

3. Các dụng cụ khác

- Cọc truyền
- Khay quả đậu
- Kéo, băng dính, băng cuộn
- Gói kê tay có bọc nylon, dây cao su
- Phiếu truyền dịch
- Hộp thuốc chống sốc
- Máy đo huyết áp, nhiệt kế...
- Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải y tế, xô đựng rác thải sinh hoạt

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số:3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế)

1. Điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh.

2. Thực hiện 5 đúng: đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian, giải thích cho người bệnh và gia đình, thông báo thuốc truyền, động viên người bệnh.

3. Cắt băng dính. Kiểm tra dịch truyền, sát khuẩn nút chai thuốc (nếu cần).

4. Xé vỏ dây truyền dịch, khóa dây truyền, cắm dây truyền vào trai dịch.

5. Treo chai dịch lên cọc truyền, bóp cho dịch chảy 2/3 bầu đếm giọt, đuổi khí và khóa lại.

6. Bộc lộ vùng truyền, chọn tĩnh mạch. (*chọn tĩnh mạch to, rõ, dễ cử động tay, dễ cố định*), đặt gối kê tay, đặt dây ga rô/cao su dưới vùng truyền.

7. Mang găng tay sạch (khi có nguy cơ phơi nhiễm với máu và khi da tay của người làm thủ thuật bị tổn thương). Để người bệnh ở tư thế thuận lợi , bộc lộ vùng truyền, chọn tĩnh mạch.

8. Buộc dây ga rô/cao su trên vùng truyền 10cm – 15cm.

9. Sát khuẩn vị trí truyền từ trong ra ngoài đường kính 10cm, sát khuẩn đến khi da sạch (tối thiểu 02 lần).

10. Căng da, đâm kim chéch 30⁰ so với ,mặt da và đẩy kim vào tĩnh mạch đưa kim vào tĩnh mạch thấy máu trào vào đốc kim, tháo dây ga rô/ cao su.

11. Mở khóa cho dịch chảy để thông kim (quan sát sắc mặt người bệnh và vùng truyền).

12. Cố định đốc kim, che và cố định thân kim bằng gạc vô khuẩn hoặc băng dính trong, cố định dây truyền bằng băng dính .

13. Tháo găng (nếu có) và bỏ vào thùng đựng chất thải lây nhiễm, vệ sinh tay.

14. Rút gối kê tay, dây ga rô/cao su, cố định tay người bệnh (nếu cần).

15. Điều chỉnh tốc độ dịch theo y lệnh.

16. Hướng dẫn người bệnh và người nhà những điều cần thiết (sắc mặt, khó thở, chi giác, nổi mẩn đay,... gọi ngay nhân viên y tế) cho người bệnh nằm ở tư thế thích hợp

17. Thu dọn dụng cụ, rửa tay.

18. Ghi phiếu truyền dịch, phiếu theo dõi, chăm sóc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trong và sau khi truyền dịch.

- Ghi hồ sơ tình trạng người bệnh và các thông số cần theo dõi 15 phút/1 lần trong 1 giờ đầu, sau 30 phút/1 lần đến khi hết dịch truyền...

- Theo dõi và phát hiện kịp thời tai biến có thể xảy ra trong khi truyền dịch (dịch không chảy hoặc chảy quá nhanh, sốc, phù phổi cấp...) báo cáo với bác sỹ để xử trí kịp thời.

- Truyền hết số lượng dịch theo chỉ định, lượng dịch còn 10ml rút kim, đặt bông cotton, dán băng(nếu cần).

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh không được tự ý thay đổi tốc độ dịch truyền.

- Nếu phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường (rét run, sốt, khó thở...) báo ngay với nhân viên y tế.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH - NV - ĐD

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH
TĨNH MẠCH NGOẠI VI

Khoangày.....
Thành viên giám sát:.....
Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: - Dụng cụ vô khuẩn: Khay tiêm, bơm, kim tiêm thích hợp, bông, gạc, hộp đựng bông cotton. - Dụng cụ sạch và thuốc: Găng tay, kéo, panh, khay quả đậu, cồn 70°, hộp chống shock, phiếu công khai, thuốc theo y lệnh, dung dịch sát khuẩn tay nhanh. - Dụng cụ khác: Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải, cốc truyền, kéo, băng dính, băng cuộn, phiếu truyền dịch, máy đo HA, nhiệt kế, hộp chống shock, bút ghi (trong trường hợp thử phản ứng.		
3	Người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình tiêm. - Hỏi tiền sử dị ứng. - Để người bệnh tư thế thích hợp.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng rửa tay, sát khuẩn tay nhanh		
2	Thực hiện 5 đúng: Đúng Nb, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian. Nhận định người bệnh, giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm		
3	Cắt băng dính. Kiểm tra dịch truyền, sát khuẩn nút chai thuốc(nếu cần)		
4	Xé vỏ dây truyền dịch, khóa dây truyền, cắm dây truyền vào trai dịch.		
5	Treo chai dịch lên cốc truyền, bóp cho dịch chảy 2/3 bầu đếm giọt, đuổi khí và khóa lại.		

6	Bộc lộ vùng truyền, chọn tĩnh mạch. (<i>chọn tĩnh mạch to, rõ, dễ cử động tay, dễ cố định</i>), đặt gối kê tay, đặt dây ga rô/cao su dưới vùng truyền.		
7	Mang găng tay sạch (khi có nguy cơ phơi nhiễm với máu và khi da tay của người làm thủ thuật bị tổn thương).		
8	Buộc dây ga rô/cao su trên vùng truyền 10-15cm.		
9	Sát khuẩn vùng truyền theo hình xoáy từ trong ra ngoài, đường kính 10cm, sát khuẩn đến khi da sạch (tối thiểu 2 lần).		
10	Căng da đâm kim chệch 30 ⁰ so với mặt da và đẩy kim vào tĩnh mạch thấy máu ở đốc kim tháo dây ga rô/cao su. (Nếu dùng kim luồn thì rút lõi kim ra và đẩy phần kim luồn bằng nhựa vào tĩnh mạch, bỏ lõi vào hộp an toàn hoặc khay hạt đậu).		
11	Mở khóa cho dịch chảy để thông kim.		
12	Cố định đốc kim, che và cố định thân kim bằng gạc (bông) vô khuẩn, cố định dây truyền bằng băng dính.		
13	Tháo găng (nếu có) và bỏ vào vật đựng chất thải lây nhiễm, vệ sinh tay.		
14	Rút gối kê tay(nếu có), và dây ga rô/cao su, cố định tay người bệnh (nếu cần).		
15	Điều chỉnh tốc độ dịch truyền theo y lệnh.		
16	Hướng dẫn người bệnh và người nhà những điều cần thiết (sắc mặt, khó thở, chi giác, nổi mẩn ngứa,... gọi ngay nhân viên y tế) cho người bệnh nằm ở tư thế thích hợp		
17	Thu dọn dụng cụ, phân loại rác thải đúng. Vệ sinh tay.		
18	Ghi phiếu truyền và phiếu chăm sóc.		

*** Nhận xét:**


.....
.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

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

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU	Mã số: QT.05.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Hồi phục số lượng máu đã bị mất, nâng cao huyết áp.
- Cầm máu vì trong máu mang sẵn các yếu tố như Fibrinogen, Protrombin, tiểu cầu...
- Chống nhiễm khuẩn, nhiễm độc vì nó cung cấp kháng thể.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Chảy máu nội tạng nặng:
- + Sốc do chảy máu trong, sốc chấn thương đơn thuần, mất máu nặng do đứt ĐM.

- Thiếu máu nặng.
- Nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng.
- Các bệnh về máu.

2. Chống chỉ định

- Viêm cơ tim, các bệnh van tim.
- Xơ cứng động mạch não, huyết áp cao.
- Chấn thương sọ não, viêm não, não úng thủy...

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích để người bệnh yên tâm, thông báo thời gian truyền máu.
- Đo các dấu hiệu sinh tồn.
- Kiểm tra người bệnh có dị ứng hay có tiền sử phản ứng với máu không.
- Hướng dẫn người bệnh đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền.

2. Địa điểm

Buồng bệnh yên tĩnh, thoáng, đủ ánh sáng, đảm bảo vô khuẩn.

3. Dụng cụ

- Chai máu hoặc túi máu

- + Kiểm tra nhãn hiệu chai máu: số chai, nhóm máu, số lượng máu, tên người cho, tên người nhận, ngày, tháng lấy.
- + Kiểm tra chất lượng: màu sắc, hiện tượng tiêu huyết, nhiễm khuẩn...
- + Chai máu(túi máu) để ra ngoài tủ lạnh không được quá 30 phút.
- Bộ dây truyền máu(có bầu lọc)
- Khay chữ nhật vô khuẩn
- Kẹp Kocher
- Bơm, kim tiêm 5ml, 10ml vô khuẩn
- Gạc miếng vô khuẩn
- Cồn 70⁰, cồn iot1%, hộp đựng bông cồn.
- Bát kền (đuôi không khí), kéo, băng dính, găng tay.
- Dụng cụ làm phản ứng chéo, huyết thanh mẫu.
- Khay quả đậu
- Huyết áp kế, nhiệt kế, ống nghe.
- Hộp thuốc cấp cứu.
- Phiếu truyền máu.
- Nẹp cổ định, gối kê tay, dây garo...

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.
2. Giải thích và thông báo cho người bệnh, động viên người bệnh giúp người bệnh yên tâm.
3. Kiểm tra lại túi máu: nhóm máu, tên người nhận, tên người cho, số túi máu, số lượng máu, chất lượng, màu sắc, ngày dự trữ.
4. Mang găng vô khuẩn
5. Thực hiện định nhóm máu hệ ABO của người bệnh, của túi máu ngay tại giường bệnh và đối chiếu với thông tin trên phiếu truyền máu (Làm phản ứng chéo tại giường).

- Khi truyền máu toàn phần, khối hồng cầu, khối bạch cầu: sử dụng huyết thanh mẫu định nhóm máu ABO của mẫu máu người bệnh được lấy ngay trước khi truyền máu và của mẫu máu lấy từ đơn vị máu sắp truyền (nếu có).

- Truyền khối tiểu cầu, huyết tương: sử dụng huyết thanh mẫu định lại nhóm máu ABO của người bệnh (nếu có)

- Làm phản ứng chéo giữa mẫu máu người bệnh và mẫu chế phẩm máu.

- Mời bác sĩ điều trị kiểm tra kết quả định lại nhóm máu.

6. Cắm dây truyền vào túi máu, khóa lại, treo túi máu lên cọc truyền ((bóp cho má chảy 2/3 bầu đếm giọt).

7. Đuổi khí qua dây, khóa lại. Cắt băng dính

8. Chọn tĩnh mạch đặt gối kê tay dưới vùng truyền.

9. Buộc dây garô trên vùng truyền từ 10cm – 15 cm.

10. Sát khuẩn vùng truyền từ trong ra ngoài 2 lần (theo hình xoay ốc).

11. Căng da, cầm kim có gắn dây truyền(hoặc gắn với bơm tiêm) ngửa mũi vát chéch 30⁰ đưa kim vào tĩnh mạch thấy máu trào ra – tháo dây garô, mở khóa cho dịch chảy (Nếu dùng kim luồn thì rút lõi kim ra và đẩy phần kim luồn bằng nhựa vào tĩnh mạch, bỏ lõi vào hộp an toàn hoặc khay hạt đậu).

12. Cố định kim và dây truyền, che kim bằng gạc vô khuẩn, cố định vào nẹp(nếu cần).

13. Làm phản ứng sinh vật: cho chảy theo y lệnh được 4ml rồi cho chảy chậm lại từ 8 – 10 giọt/phút. Sau 5 phút nếu không có triệu chứng gì cho chảy tốc độ theo y lệnh được 20ml nữa cho chảy chậm lại 8 – 10 giọt/phút. Sau 5 phút không có triệu chứng gì xảy ra cho chảy tiếp theo y lệnh.

14. Theo dõi và phát hiện tai biến, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.

15. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay và ghi phiếu theo dõi truyền máu.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi tình trạng người bệnh, M – T⁰ – HA – NT, diễn biến trong và sau khi truyền máu 15 phút/lần ghi phiếu theo dõi truyền máu.

- Theo dõi các tai biến, phản ứng có thể xảy ra trong quá trình truyền máu: sốt, đau đầu, nôn, nổi ban, thiếu niệu, rối loạn nhịp thở, tình trạng sock... nếu phát hiện dấu hiệu bất thường phải ngừng truyền và báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Thông báo cho người bệnh và gia đình những phản ứng có thể xảy ra trong quá trình truyền máu.

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình không tự ý thay đổi tốc độ truyền.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT
TRUYỀN MÁU

Khoangày.....
 Thành viên giám sát:.....
 Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: - Dụng cụ vô khuẩn: Khay tiêm, bơm, kim tiêm, dây truyền máu, bông, gạc, hộp đựng bông cotton. - Dụng cụ sạch: Găng tay, kéo, panh, khay quả đậu, cồn 70°, hộp thuốc cấp cứu, phiếu công khai, dung dịch sát khuẩn tay nhanh, thuốc theo y lệnh, cốc truyền, kéo, băng dính, băng cuộn, phiếu truyền dịch, máy đo HA, nhiệt kế. - Dụng cụ khác: Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải, bút ghi Máu và các chế phẩm máu theo y lệnh		
3	Người bệnh: Đôi chiếu, thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm. Đo các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp. Hỏi tiền sử dị ứng. Hướng dẫn người bệnh tư thế thuận lợi.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng rửa tay, sát khuẩn tay nhanh		
2	Thực hiện 5 đúng: Đúng Nb, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian. Nhận định người bệnh, giải thích cho người bệnh và người nhà NB biết việc sắp làm		
3	Kiểm tra lại túi máu: Nhóm máu, tên người nhận, tên người cho, số túi máu, số lượng máu, chất lượng, màu sắc, ngày dự trữ.		
4	Mang găng tay vô khuẩn.		
5	Làm phản ứng định nhóm máu tại giường. (- Truyền máu toàn phần, khối hồng cầu, bạch cầu: sử dụng huyết thanh mẫu định lại nhóm máu ABO của người bệnh và		

	<p><i>đơn vị máu trước truyền.</i></p> <p><i>- Truyền khối tiểu cầu, huyết tương: sử dụng huyết thanh mẫu định lại nhóm máu ABO của người bệnh.</i></p> <p><i>- Làm phản ứng chéo giữa mẫu máu người bệnh và mẫu chế phẩm máu.</i></p> <p><i>- Mời bác sĩ điều trị kiểm tra kết quả định lại nhóm máu).</i></p>		
6	Cắm dây truyền vào túi máu, khóa lại, treo túi máu lên cọc truyền. (bóp cho máu chảy 2/3 bầu đếm giọt).		
7	Đuôi khí qua dây, khóa lại. Cắt băng dính.		
8	Bộc lộ vùng truyền, chọn tĩnh mạch.(<i>chọn tĩnh mạch to, rõ, dễ cử động tay, dễ cố định</i>), đặt gối kê tay, đặt dây ga rô/cao su dưới vùng truyền.		
9	Buộc dây ga rô/cao su trên vùng truyền 10-15cm.		
10	Sát khuẩn vùng truyền từ trong ra ngoài (theo hình xoáy ốc), đường kính 10cm, sát khuẩn đến khi da sạch (tối thiểu 2 lần).		
11	Căng da, đâm kim chệch 30 ⁰ so với mặt da và đẩy kim vào tĩnh mạch thấy máu ở đốc kim tháo dây ga rô/cao su.(Nếu dùng kim luồn thì rút lõi kim ra và đẩy phần kim luồn bằng nhựa vào tĩnh mạch, bỏ lõi vào hộp an toàn hoặc khay hạt đậu).		
12	Nối dây truyền với kim luồn. Mở khóa cho dịch chảy để thông kim.		
13	Cố định kim và dây truyền, che kim bằng gạc(bông) vô khuẩn, cố định vào nẹp (nếu cần).		
14	Làm phản ứng sinh vật (<i>Cho chảy theo y lệnh được 4ml, rồi cho chảy chậm lại 8-10 giọt/phút. Sau 5 phút nếu không có triệu chứng gì cho chảy tốc độ theo y lệnh được 20ml nữa, cho chảy chậm lại 8 -10 giọt/phút. Sau 5 phút không có triệu chứng gì xảy ra cho chảy tiếp theo y lệnh</i>).		
15	Theo dõi sát toàn trạng mạch, nhiệt độ, huyết áp và phát hiện tai biến, hướng dẫn người bệnh và người nhà những điều cần thiết, cho người bệnh nằm ở tư thế thích hợp.		
16	Thu dọn dụng cụ Phân loại rác thải đúng		
17	Vệ sinh tay, ghi hồ sơ và phiếu truyền máu.		

*** Nhận xét:**

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT TEST DA	Mã số: QT.06.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. CHỈ ĐỊNH

1. Không thử phản ứng (test) cho tất cả các loại thuốc trừ những trường hợp có chỉ định theo quy định tại khoản 2 dưới đây.
2. Phải tiến hành test da trước khi sử dụng thuốc hoặc dị nguyên nếu người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc dị nguyên có liên quan (thuốc, dị nguyên cùng nhóm hoặc có phản ứng chéo) và nếu người bệnh có tiền sử phản vệ với nhiều dị nguyên khác nhau.
3. Khi thử test phải có sẵn các phương tiện cấp cứu phản vệ.
4. Việc làm test da theo quy định tại Phụ lục IX ban hành kèm theo Thông tư (Thông tư số 51/2017/TT-BYT, ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế về Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ).
5. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc dị nguyên và kết quả test da (lấy da hoặc nội bì) dương tính thì không được sử dụng thuốc hoặc dị nguyên đó.
6. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc hoặc dị nguyên và kết quả test lấy da âm tính với dị nguyên đó thì tiếp tục làm test nội bì.
7. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc và kết quả test lấy da và nội bì âm tính với thuốc hoặc dị nguyên, trong trường hợp cấp cứu phải sử dụng thuốc (không có thuốc thay thế) cần cân nhắc làm test kích thích và/hoặc giải mẫn cảm nhanh với thuốc tại chuyên khoa dị ứng hoặc các bác sĩ đã được tập huấn về dị ứng-miễn dịch lâm sàng tại cơ sở y tế có khả năng cấp cứu phản vệ và phải được sự đồng ý của người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh bằng văn bản.
8. Sau khi tình trạng dị ứng ổn định được 4-6 tuần, khám lại chuyên khoa dị ứng-miễn dịch lâm sàng hoặc các chuyên khoa đã được đào tạo về dị ứng-miễn dịch lâm sàng cơ bản để làm test xác định nguyên nhân phản vệ./.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ :

Kim lấy da, bơm kim tiêm vô trùng, bơm tiêm vô trùng 1ml, thước đo kết quả, hộp cấp cứu phản vệ, thuốc hoặc dị nguyên được chuẩn hóa, dung dịch histamin 1mg/1ml, dung dịch natriclorid 0,9 %.

2. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình việc sắp làm giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình tiêm.

- Kiểm tra và khai thác tiền sử dị ứng thuốc của người bệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. TEST LẤY DA

a) Giải thích cho người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh và ký xác nhận vào mẫu phiếu đề nghị thử test.

b) Chuẩn bị phương tiện (kim lấy da, bơm kim tiêm vô trùng, dung dịch histamin 1mg/ml, thước đo kết quả, hộp cấp cứu phản vệ, thuốc hoặc dị nguyên được chuẩn hóa).

c) Sát trùng vị trí thử test (những vị trí rộng rãi không có tổn thương da như mặt trước trong cẳng tay, lưng), đợi khô.

d) Nhỏ các giọt dung dịch cách nhau 3-5cm, đánh dấu tránh nhầm lẫn.

- 1 giọt dung dịch natriclorid 0,9% (chứng âm).

- 1 giọt dung dịch thuốc hoặc dị nguyên nghi ngờ.

- 1 giọt dung dịch histamin 1mg/ml (chứng dương).

e) Kim lấy da cắm vào giữa giọt dung dịch trên mặt da tạo một góc 45° rồi lấy nhẹ (không chảy máu), nếu là loại kim nhựa 1 đầu có hãm, chỉ cần ấn thẳng kim qua giọt dung dịch vuông góc với mặt da, dùng giấy hoặc bông thấm giọt dung dịch sau khi thực hiện kỹ thuật.

f) Đọc kết quả sau 20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sẩn ở vị trí dị nguyên lớn hơn 3mm hoặc trên 75% so với chứng âm.

2. TEST NỘI BÌ

a) Giải thích cho bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của bệnh nhân và ký xác nhận vào mẫu phiếu đề nghị thử test.

b) Chuẩn bị dụng cụ (dung dịch natriclorid 0,9%, bơm kim tiêm vô trùng loại 1ml, thước đo kết quả, hộp cấp cứu phản vệ, thuốc hoặc dị nguyên được chuẩn hóa).

c) Sát trùng vị trí thử test (những vị trí rộng rãi không có tổn thương da như mặt trước trong cẳng tay, lưng,..), đợi khô.

d) Dùng bơm tiêm 1ml tiêm trong da các điểm cách nhau 3-5cm, mỗi điểm 0,02-0,05ml tạo một nốt phỏng đường kính 3mm theo thứ tự.

- Điểm 1: dung dịch natriclorid 0,9% (chứng âm).

- Điểm 2: dung dịch thuốc hoặc dị nguyên đã chuẩn hóa.

e) Đọc kết quả sau 20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sẩn ở vị trí dị nguyên ≥ 3 mm hoặc trên 75% so với chứng âm./.

VI. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sau khi tiêm thuốc, theo dõi người bệnh tại chỗ từ 10 - 15 phút để phòng sốc phản vệ xảy ra muộn.

- Phát hiện sớm biểu hiện của sốc, báo cáo bác sĩ xử trí kịp thời theo đúng phác đồ,

- Ghi hồ sơ bệnh án tình trạng người bệnh, phiếu phản ứng thuốc.

VII. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh sau khi thử test giữ nguyên cẳng tay trong thời gian chờ đọc kết quả. Nếu có cảm giác ngứa tại chỗ thử test không được chạm tay vào.

- Nếu có biểu hiện khác thường như đau đầu, chóng mặt, mẩn ngứa hay buồn nôn, khó thở ... báo ngay với nhân viên y tế .



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT
TEST LẤY DA

Khoa ngày

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: Xe tiêm đầy đủ trang thiết bị theo quy định của bệnh viện: Hộp cấp cứu phản vệ, kim lấy da, bơm kim tiêm phù hợp... Thuốc thử phản ứng theo y lệnh, dung dịch Histamin 1mg/ml, thước đo kết quả.		
3	Người bệnh: Đôi chiếu, thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm. Kiểm tra và khai thác tiền sử dị ứng thuốc của người bệnh.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng, vệ sinh tay, đội mũ, đeo khẩu trang.		
2	Kiểm tra, đối chiếu người bệnh, y lệnh của bác sỹ.		
3	Kiểm tra thuốc, sát khuẩn ống thuốc, nước cất, bẻ đầu ống thuốc bằng gạc vô khuẩn.		
4	Xé vỏ bơm tiêm thay kim lấy thuốc, bỏ kim vừa thay vào vỏ bơm tiêm		
5	Pha thuốc và hút thuốc vào bơm tiêm.		
6	Xác định vị trí, bộc lộ vùng thử phản ứng.		
7	Sát khuẩn vị trí thử test (những vị trí rộng rãi không có tổn thương da như mặt trước trong cẳng tay, lưng), đợi khô.		
8	Nhỏ các giọt dung dịch cách nhau 3-5cm, đánh dấu tránh nhầm lẫn. - 1 giọt dung dịch natriclorid 0,9% (chứng âm) - 1 giọt dung dịch thuốc hoặc dị nguyên nghi ngờ - 1 giọt dung dịch histamin 1mg/ml(chứng dương)		

9	Kim lấy da cắm vào giữa giọt dung dịch trên mặt da tạo một góc 45° rồi lấy nhẹ (không chảy máu), nếu là loại kim nhựa 1 đầu có hãm, chỉ cần ấn thẳng kim qua giọt dung dịch vuông góc với mặt da, dùng giấy hoặc bông thấm giọt dung dịch sau khi thực hiện kỹ thuật		
10	Đánh dấu nơi test bằng bút.		
11	Hướng dẫn người bệnh không chạm vào nơi tiêm.		
12	Cho người bệnh về tư thế thích hợp, thoải mái. Theo dõi và quan sát sắc mặt người bệnh trong và sau khi làm test.		
13	Mời Bác sỹ đọc kết quả sau 20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sẩn ở vị trí dị nguyên lớn hơn 3mm hoặc trên 75% so với chứng âm.		
14	Thu dọn dụng cụ, phân loại rác thải đúng. Vệ sinh tay. Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT
TEST NỘI BÌ

Khoangày.....
 Thành viên giám sát:.....
 Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: Xe tiêm đầy đủ trang thiết bị theo quy định của bệnh viện: Hộp thuốc cấp cứu, kim lấy da, bơm kim tiêm phù hợp... Thuốc thử phản ứng theo y lệnh, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%, dung dịch Histamin 1mg/ ml, thước đo kết quả.		
3	Người bệnh: Đôi chiếu, thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm. Hỏi tiền sử dị ứng. Ký xác nhận vào mẫu phiếu đề nghị thử test.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng, vệ sinh tay, đội mũ , đeo khẩu trang.		
2	Kiểm tra, đối chiếu người bệnh, y lệnh của bác sỹ.		
3	Kiểm tra thuốc, Sát khuẩn ống thuốc, bẻ đầu ống thuốc		
4	Xé vỏ bơm tiêm thay kim lấy thuốc, bỏ kim vừa thay vào vỏ bơm tiêm		
5	Pha thuốc và hút thuốc vào bơm tiêm.		
6	Xác định vị trí, bộc lộ vùng thử phản ứng.		
7	Sát khuẩn vị trí thử test (những vị trí rộng rãi không có tổn thương da như mặt trước trong cẳng tay, lưng) .Vệ sinh tay		
8	Dùng bơm tiêm 1ml tiêm trong da các điểm cách nhau 3-5cm, mỗi điểm 0,02 – 0,05ml tạo thành một nốt phỏng đường kính 3mm theo thứ tự. - Điểm 1: dung dịch Natriclorid 0,9% (chứng âm). - Điểm 2: Dung dịch thuốc hoặc dị nguyên đã chuẩn hóa		

9	Đánh dấu nơi test bằng bút.		
10	Hướng dẫn người bệnh không chạm vào nơi tiêm.		
11	Theo dõi và quan sát sắc mặt người bệnh trong và sau khi làm test.		
12	Mời Bác sỹ đọc kết quả sau 20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sẩn ở vị trí dị nguyên $\geq 3\text{mm}$ hoặc trên 75% so với chứng âm.		
13	Thu dọn dụng cụ, phân loại rác thải đúng. Vệ sinh tay. Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....


.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY	Mã số: QT.07.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Cung cấp đủ oxy cho cơ thể khi người bệnh mắc một số bệnh nhiễm khuẩn hoặc mắc các bệnh đường hô hấp có biểu hiện khó thở dẫn đến tình trạng thiếu oxy.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tắc nghẽn đường hô hấp vì bất cứ nguyên nhân gì.
- Hạn chế hoạt động của lồng ngực.
- Suy giảm chức năng của hệ thống thần kinh tham gia vào quá trình hô hấp.
- Cản trở sự khuếch tán của khí trong phổi.
- Thiếu oxy trong không khí do hoàn cảnh, điều kiện môi trường.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh về thủ thuật sắp làm, động viên người bệnh.
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp, đảm bảo đường hô hấp phải thông thoáng.

2. Dụng cụ

a. Hệ thống oxy.

- Oxy trung tâm hoặc
- Bình chứa oxy
- Đồng hồ áp suất
- Đồng hồ lưu lượng.
- Bình làm ấm oxy.
- Dây dẫn oxy.

b. Dụng cụ vô khuẩn.

- Ống thông Nelaton hoặc ống thông dùng 1 lần có cỡ số thích hợp.
- Ống thông mũi 2 đường(gọng kính).
- Ống thông hút đờm dãi(nếu cần).
- khay chữ nhật.
- Gạc miếng.
- Đè lưỡi.

c. Dụng cụ khác

- Cốc nước sạch
- Tấm bông, khăn bông nhỏ.
- Kéo cắt băng, băng dính.
- Khay chữ nhật, khay quả đậu
- Máy hút (nếu cần)
- Găng tay(nếu có hút đờm dãi)

3. Địa điểm

Buồng bệnh hoặc buồng cấp cứu có hệ thống oxy.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. PHƯƠNG PHÁP THỞ OXY MŨI HÀU

1. Rửa tay, đội mũ mang khẩu trang, mang dụng cụ đến giường bệnh.
2. Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình.
3. Vệ sinh mũi miệng.
4. Mang găng tay – hút đờm dãi(nếu có).
5. Nối ống thông vào hệ thống oxy, mở khóa oxy và kiểm tra bằng cách thử mu tay hoặc đưa đầu ống thông vào cốc nước nếu thấy nước nổi bóng lên là đảm bảo sự thông suốt của hệ thống oxy.
6. Khóa hệ thống oxy và tháo rời ống thông khỏi dây dẫn oxy.
7. Đo ống thông từ cánh mũi đến dái tai, đánh dấu bằng băng dính và làm trơn ống thông bằng nước cất hoặc nước chín.
8. Từ từ đưa ống thông vào 1 bên mũi người bệnh đến vạch đánh dấu.
9. Dùng đè lưỡi mở miệng và đèn soi kiểm tra vị trí đầu ống thông.
10. Cố định ống thông vào mũi – má bằng băng dính.

11. Điều chỉnh oxy theo y lệnh – nối đầu ống thông với hệ thống dây dẫn oxy.

12. Giúp người bệnh nằm tư thế tiện nghi.

13. Theo dõi tình trạng người bệnh.

14. Thu dọn dụng cụ - rửa tay.

15. Ghi phiếu theo dõi chăm sóc.

B. PHƯƠNG PHÁP THỞ OXY MŨI 2 ĐƯỜNG(GỌNG KÍNH)

* Từ bước 1 đến bước 5 giống thở oxy mũi hầu.

6. Điều chỉnh oxy theo y lệnh.

7. Đưa ống thông vào 2 mũi người bệnh.

8. Cố định ống thông bằng cách: vòng qua tai lên đỉnh đầu hoặc xuống dưới cằm người bệnh.

9. Giúp người bệnh nằm tư thế thích hợp

10. Theo dõi tình trạng người bệnh.

11. Thu dọn dụng cụ - rửa tay.

12. Ghi phiếu theo dõi chăm sóc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trước khi thở oxy và sau khi thở oxy

- Theo dõi và ghi hồ sơ tình trạng người bệnh: M – T⁰ – HA – NT, lưu lượng oxy/phút, nồng độ oxy trong máu

- Theo dõi và phát hiện những dấu hiệu bất thường, báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh, gia đình và khách đến thăm không được sử dụng: bật lửa, diêm, nến... để phòng chống cháy nổ.

- Hướng dẫn người bệnh(gia đình người bệnh) đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp, đảm bảo lưu thông hô hấp, vệ sinh răng miệng cho người bệnh 3 – 4 giờ/lần.

- Động viên người bệnh uống nước(nếu tỉnh) để phòng tránh khô đường



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM PHƯƠNG PHÁP THỞ OXY MŨI HẬU

Khoangày

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: Hệ thống oxy - Dụng cụ vô khuẩn: ống thông cỡ phù hợp, khay chữ nhật, gạc miếng, đũa lưỡi. - Dụng cụ sạch: Cốc nước sạch, tấm bông, khăn bông, kéo cắt băng dính, băng dính, khay chữ nhật, khay quả đậu, máy hút (nếu cần), găng tay.		
3	Người bệnh: - Đối chiếu, thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình. Để người bệnh nằm tư thế thích hợp, bảo đảm đường hô hấp thông thoáng.		
3	Vệ sinh mũi miệng.		
4	Mang găng tay, hút đờm dãi (nếu có).		
5	Nối ống thông vào hệ thống oxy, mở khóa oxy và kiểm tra bằng cách thử trên mu tay hoặc đưa đầu ống thông vào cốc nước chín nếu thấy nổi bóng lên là đảm bảo sự thông suốt của hệ thống oxy.		

6	Điều chỉnh oxy theo y lệnh.		
7	Đưa ống thông vào 2 mũi người bệnh.		
8	Cố định ống thông bằng cách: vòng qua tai lên đỉnh đầu hoặc xuống dưới cằm người bệnh.		
9	Giúp người bệnh nằm tư thế thích hợp		
10	Theo dõi tình trạng người bệnh.		
11	Thu dọn dụng cụ - rửa tay.		
16	Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM PHƯƠNG PHÁP THỞ OXY
MŨI 2 ĐƯỜNG (GỌNG KÍNH)

Khoa ngày

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: Hệ thống oxy - Dụng cụ vô khuẩn: ống thông cỡ phù hợp, khay chữ nhật, gạc miếng, đè lưỡi. - Dụng cụ sạch: Cốc nước sạch, tấm bông, khăn bông, kéo cắt băng dính, băng dính, khay chữ nhật, khay quả đậu, máy hút (nếu cần), găng tay.		
3	Người bệnh: Đôi chiếu, thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình.Đề người bệnh nằm tư thế thích hợp, bảo đảm đường hô hấp thông thoáng.		
3	Vệ sinh mũi miệng.		
4	Mang găng tay, hút đờm dãi (nếu có).		
5	Nối ống thông vào hệ thống oxy, mở khóa oxy và kiểm tra bằng cách thử trên mu tay hoặc đưa đầu ống thông vào cốc nước chín nếu thấy nổi bóng lên là đảm bảo sự thông suốt của hệ thống oxy.		
6	Điều chỉnh lưu lượng oxy theo y lệnh		

7	Đưa ống thông vào 2 mũi người bệnh.		
8	Cố định ống thông bằng cách : vòng qua tai lên đỉnh đầu hoặc xuống dưới cằm người bệnh.		
9	Giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái.		
10	Theo dõi tình trạng người bệnh.		
11	Thu dọn dụng cụ-rửa tay.		
12	Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị**

.....

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GỘI
ĐẦU CHO NGƯỜI BỆNH
TẠI GIƯỜNG

Mã số: **QT.08.ĐD**
Ngày ban hành: 23/6/2020
Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch tóc và da đầu người bệnh giúp người bệnh dễ chịu, thoải mái.
- Phòng chống các bệnh về tóc và da đầu.
- Kích thích tuần hoàn vùng đầu.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Người bệnh nằm lâu tại chỗ không tự gội được.

2. Chống chỉ định

Không gội đầu cho những người bệnh đang trong tình trạng nặng, người bệnh sốt cao.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Báo cho người bệnh việc sắp làm.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp.

2. Dụng cụ

- Chậu (xô) đựng nước ấm.
- Ca múc nước, dầu gội đầu hoặc bồ kết, chanh...
- Khăn bông nhỏ 1 chiếc, khăn bông to 2 chiếc.
- Máy sấy tóc, kim băng.
- Máng chữ U có bọc nylon để dẫn nước chảy xuống thùng đựng nước bẩn.

- Mảnh nylon, lược chải tóc.
- Thùng đựng nước bẩn.

3. Địa điểm

Tiến hành tại giường bệnh, đảm bảo ấm, tránh gió lùa.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mang dụng cụ đến giường người bệnh.
- Phủ nylon lên gối, giường người bệnh.
- Cho người bệnh nằm chéo trên giường đầu thấp hơn vai.
- Choàng một khăn bông ở cổ, ngực và một khăn che vai và lưng người bệnh.

- Nhét bông vào 2 lỗ tai người bệnh.
- Chải tóc: chải từng nắm tóc nhỏ một và chải từ ngọn tóc đến chân tóc để tránh co kéo tóc quá nhiều gây đau đớn cho người bệnh.
- Nếu tóc rối nhiều nên xoa cồn 50 độ cho dễ chải.
- Đặt máng chữ U dưới đầu người bệnh, đầu dưới của máng đặt gọn vào thùng đựng nước bẩn.
- Đổ nước ấm ướt đều tóc.
- Nếu người bệnh dùng dầu gội đầu: xoa dầu gội lên tóc. Nếu người bệnh dùng nước bồ kết : dội nước bồ kết lên tóc nhiều lần.
- Chà sát khắp da đầu và tóc bằng những ngón tay, tránh làm sây sát da đầu người bệnh.
- Dội nước lên tóc nhiều lần cho sạch.
- Nếu người bệnh gội đầu với bồ kết và chanh thì xoa nước chanh lên tóc rồi dội nước lại cho sạch.
- Lấy khăn nhỏ lau mặt, bỏ bông ở 2 lỗ tai người bệnh ra.
- Kéo khăn quàng ở lưng, vai lau tóc. Sau đó dùng máy sấy tóc, sấy cho khô.
- Chải tóc cho người bệnh, tháo máng chữ U cho vào thùng.
- Cho người bệnh nằm hoặc ngồi thoải mái.
- Sắp xếp lại giường, tủ đầu giường gọn gàng.
- Thu dọn dụng cụ.

Lưu ý: Khi gội đầu cho người bệnh cần phải:

- + Tránh cho người bệnh bị nhiễm lạnh.
- + Tránh gội đầu, nước bồ kết, chanh vào tai, mắt người bệnh.
- + Trường hợp đầu người bệnh vết thương nên đắp gạc có chất trơn lên rồi gội.

V.Đánh giá, ghi hồ sơ và báo cáo

- Ngày giờ tiến hành gội đầu cho người bệnh.
- Tình trạng người bệnh.
- Những quan sát về tóc và da đầu người bệnh.
- Tên người thực hiện.

VI. Hướng dẫn người bệnh và gia đình người bệnh.

Hướng dẫn người nhà người bệnh hàng ngày nên chải tóc cho người bệnh, nếu phát hiện những bất thường về tóc và da đầu phải báo cho nhân viên y tế.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT GỘI ĐẦU
CHO NGƯỜI BỆNH TẠI GIƯỜNG**

Khoa ngày

Thành viên giám sát:

Điều dưỡng thực hiện:

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: -Chậu (xô) đựng nước ấm. - Ca múc nước, dầu gội đầu hoặc bò kết, chanh... - Khăn bông nhỏ 1 chiếc, khăn bông to 2 chiếc. - Máy sấy tóc, kim băng. - Máng chữ U có bọc nylon để dẫn nước chảy xuống thùng đựng nước bẩn. - Mảnh nylon, lược chải tóc. - Thùng đựng nước bẩn		
3	Người bệnh: Thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Phủ nylon lên gối , giường người bệnh		
3	Cho người bệnh nằm chéo trên giường đầu thấp hơn vai.		
4	Choàng một khăn bông ở cổ, ngực và một khăn che vai và lưng người bệnh.		

5	Nhét bông vào 2 lỗ tai người bệnh.		
6	Chải tóc: chải từng nắm tóc nhỏ một và chải từ ngọn tóc đến chân tóc để tránh co kéo tóc quá nhiều gây đau đớn cho người bệnh		
7	Nếu tóc rối nhiều nên xoa cồn 50 độ cho dễ chải.		
8	Đặt máng chữ U dưới đầu người bệnh, đầu dưới của máng đặt gọn vào thùng đựng nước bẩn.		
9	Đổ nước ấm ướt đều tóc		
10	Nếu người bệnh dùng dầu gội đầu: xoa dầu gội lên tóc. Nếu người bệnh dùng nước bồ kết : dội nước bồ kết lên tóc nhiều lần.		
11	Lấy khăn nhỏ lau mặt, bỏ bông ở 2 lỗ tai người bệnh ra.		
13	Kéo khăn quàng ở lưng, vai lau tóc. Sau đó dùng máy sấy tóc, sấy cho khô.		
14	Chải tóc cho người bệnh, tháo máng chữ U cho vào thùng		
15	Cho người bệnh nằm hoặc ngồi thoải mái.		
16	Thu dọn dụng cụ.		

*** Nhận xét:**


.....
.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

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

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẮM CHO NGƯỜI BỆNH NẶNG TẠI GIƯỜNG	Mã số: QT.09.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Giữ da luôn sạch sẽ, đem lại sự thoải mái cho người bệnh .
- Giúp cho sự bài tiết qua da được thoải mái.
- Phòng chống được lở loét, nhiễm khuẩn qua da và các bệnh ngoài da.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Tắm tại giường áp dụng trong trường hợp người bệnh không tự làm được như:

- Người bệnh nặng, phải nằm lâu trên giường không đi lại được
- Người bệnh sau phẫu thuật, người bệnh bị gãy xương(đã ổn định mạch, nhiệt độ, huyết áp).

2. Chống chỉ định

- Người bệnh đang trụy mạch, sốc.
- Người bệnh đa vết thương.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, ổn định.
- Báo trước, giải thích cho người bệnh và gia đình để có thể phối hợp với điều dưỡng trong khi tắm.
- Giúp người bệnh những việc cần thiết như cho người bệnh đi đại tiểu tiện.

2. Dụng cụ

- Quần áo sạch phù hợp với người bệnh.
- Hai khăn bông to, hai khăn mặt.
- Vải trải giường, áo gối, mảnh nylon.
- Thùng nước ấm, chậu, xà phòng.
- Bình phong, khăn đắp cho người bệnh.
- Bấm móng tay, kẹp kocher, bông cầu.
- Thùng đựng đồ bẩn hoặc túi đựng đồ bẩn.
- Bô dẹt, khay quả đậu. Ca múc nước, sữa tắm ...

3. Địa điểm

Tiến hành tại giường bệnh, đảm bảo ấm, tránh gió lùa.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mang dụng cụ đến giường người bệnh, đóng cửa sổ, tắt quạt(nếu có).
- Che bình phong kín giường bệnh.
- Phủ khăn đắp lên người bệnh.
- Cởi quần áo dưới khăn đắp cho vào túi đựng đồ bẩn.
- Dùng khăn rửa mặt cho người bệnh
- Lau tai, cổ, gáy....
- Kéo khăn đắp để lộ phần tay.
- Trải khăn bông to từ cẳng tay đến nách, lau nhiều lần bằng xà phòng và nước đến khi sạch, lau khô. Tắm 2 tay như nhau.
- Lót nylon đặt chậu nước lên sát người bệnh rửa sạch hai bàn tay, lau khô. Nếu móng tay dài, cắt móng tay cho người bệnh.
- Chú ý thay nước mỗi khi bẩn.
- Kéo khăn đắp để lộ phần ngực, bụng và hõm nách.
- Tắm ngực, bụng, lau hõm nách cho người bệnh bằng xà phòng hoặc sữa tắm, nước sạch , rồi lau khô. Người bệnh nữ phải chú ý lau kỹ dưới vú, lau từng bên một cho người bệnh.
- Lót nylon và khăn bông dọc theo lưng, mông, nghiêng người bệnh về một bên. Tắm lưng từ thắt lưng trở lên, tắm mông từ thắt lưng trở xuống, tắm sạch, lau khô.
- Đặt nylon và khăn từ cẳng chân đến bẹn, tắm cẳng chân, đùi, bẹn, lau khô, tắm 2 chân như nhau.
- Lót nylon đặt chậu lên giường, rửa sạch, rửa sạch 2 bàn chân, lau khô. Nếu móng chân dài, cắt móng chân cho người bệnh.
- Dùng cồn hoặc bột tal xoa bóp các vùng bị tỳ đè.
- Lót nylon, đặt bo đẹt dưới mông người bệnh, rửa vùng hậu môn sinh dục cho người bệnh.
- Cho người bệnh nằm thoải mái, mặc quần áo cho người bệnh.
- Thay vải trải giường, khăn đắp cho người bệnh.
- Sắp xếp lại ghê, tủ đầu giường gọn gàng, sạch sẽ.
- Thu dọn dụng cụ: đồ vải gửi đi giặt. Các dụng cụ khác rửa bằng xà phòng nước sạch, lau khô cất vào nơi quy định.

V. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành tắm cho người bệnh.
- Tình trạng người bệnh.
- Tên người thực hiện.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

Hướng dẫn người nhà người bệnh hàng ngày giữ gìn vệ sinh cho người bệnh: vệ sinh răng miệng, lau rửa, thay quần áo cho người bệnh hàng ngày. Theo dõi, phát hiện những bất thường trên da người bệnh để báo cho nhân viên y tế.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẮM CHO
NGƯỜI BỆNH TẠI GIƯỜNG**

Khoa ngày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: - Quần áo sạch phù hợp với người bệnh. - Hai khăn bông to, hai khăn mặt. - Vải trải giường, áo gối, mảnh nylon. - Thùng nước ấm, chậu, xà phòng. - Bình phong, khăn đắp cho người bệnh. - Bấm móng tay, kẹp kocher, bông cầu. - Thùng đựng đồ bẩn hoặc túi đựng đồ bẩn. - Bô dẹt, khay quả đậu. - Ca múc nước, sữa tắm ...		
3	Người bệnh: - Thông báo, giải thích cho người bệnh và gia đình để có thể phối hợp với điều dưỡng trong khi tắm. - Giúp người bệnh những việc cần thiết như cho người bệnh đi đại tiểu tiện.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Mang dụng cụ đến giường người bệnh, đóng cửa sổ, tắt quạt(nếu có).		
3	Che bình phong kín giường bệnh.		
4	Phủ khăn đắp lên người bệnh.		
5	Cởi quần áo dưới khăn đắp cho vào túi đựng đồ bẩn.		
6	Dùng khăn rửa mặt cho người bệnh		
7	Lau tai, cổ, gáy....		
8	Kéo khăn đắp để lộ phần tay.		
9	Trải khăn bông to từ cẳng tay đến nách, lau nhiều lần bằng x		

	phòng và nước đến khi sạch, lau khô. Tắm 2 tay như nhau.		
10	Lót nylon đặt chậu nước lên sát người bệnh rửa sạch hai bàn tay, lau khô. Nếu móng tay dài, cắt móng tay cho người bệnh.		
11	Chú ý thay nước mỗi khi bẩn.		
12	Kéo khăn đắp để lộ phần ngực, bụng và hõm nách.		
13	Tắm ngực, bụng, lau hõm nách cho người bệnh bằng xà phòng hoặc sữa tắm, nước sạch, rồi lau khô. Người bệnh nữ phải chú ý lau kỹ dưới vú, lau từng bên một cho người bệnh		
14	Lót nylon và khăn bông dọc theo lưng, mông, nghiêng người bệnh về một bên. Tắm lưng từ thắt lưng trở lên, tắm mông từ thắt lưng trở xuống, tắm sạch, lau khô.		
15	Đặt nylon và khăn từ cẳng chân đến bẹn, tắm cẳng chân, đùi, bẹn, lau khô, tắm 2 chân như nhau.		
16	Lót nylon đặt chậu lên giường, rửa sạch, rửa sạch 2 bàn chân, lau khô. Nếu móng chân dài, cắt móng chân cho người bệnh.		
17	Dùng cồn hoặc bột tal xoa bóp các vùng bị tỳ đè.		
18	Lót nylon, đặt bo dẹt dưới mông người bệnh, rửa vùng hậu môn sinh dục cho người bệnh		
19	Cho người bệnh nằm thoải mái, mặc quần áo cho người bệnh.		
20	Thay vải trải giường, khăn đắp cho người bệnh.		
21	Sắp xếp lại ghê, tủ đầu giường gọn gàng, sạch sẽ.		
22	Thu dọn dụng cụ: đồ vải gửi đi giặt. Các dụng cụ khác rửa bằng xà phòng nước sạch, lau khô cất vào nơi quy định.		

*** Nhận xét:**

.....
.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....
.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

QUY TRÌNH KỸ THUẬT
ĐẶT ống THÔNG DẠ DÀY

Mã số: **QT.10.ĐD**
Ngày ban hành: 23/6/2020
Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Lấy dịch để làm xét nghiệm: tìm trực khuẩn lao, xác định thành phần, tính chất, số lượng dịch để chuẩn đoán bệnh ở dạ dày.
- Ăn uống đóng góp vai trò không nhỏ trong việc điều trị bệnh.
- Giúp cho vết mổ đường tiêu hóa chóng lành.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

1. Chỉ định

- Các bệnh về dạ dày: viêm loét dạ dày tá tràng, ung thư dạ dày, hẹp môn vị.
- Nghi ngờ lao phổi ở trẻ em.
- Các trường hợp chướng bụng.
- Người bệnh mổ đường tiêu hóa như dạ dày, ruột.

2. Chống chỉ định

- Bệnh ở thực quản: co thắt, chít hẹp, phình tĩnh động mạch thực quản.
- Có tổn thương ở thực quản như: u, rò, bóng thực quản, dạ dày do axit kiềm mạnh
- Nghi thủng dạ dày.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình biết thủ thuật sắp làm.
- Nếu lấy dịch để chuẩn đoán bệnh ở dạ dày tá tràng dặn người bệnh nhịn ăn trước 12 giờ.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết
- Tư thế người bệnh thoải mái, thuận tiện cho kỹ thuật.

2. Dụng cụ và thức ăn

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Ống thông dạ dày (có nhiều cơ số khác nhau)
- Bơm tiêm: 20ml, 50ml
- Gạc
- Đè lưới
- Găng tay

2.2. Dụng cụ sạch

- Trụ cắm panh, khay chữ nhật, khay quả đậu
- Lọ đựng cồn 70°, hộp bông
- Lọ dầu nhờn Parafin
- Kéo, băng dính, tấm Nylon, khăn lau miệng, mũi
- Cốc nước chín
- Ống nghe tim phổi
- Khay quả đậu.

2.3 Các dụng cụ khác

- Phiếu theo dõi
- Thùng đựng rác thải y tế, rác thải sinh hoạt.

3. Địa điểm:

- Phòng thủ thuật
- Tại giường bệnh nhưng buồng sạch sẽ, thoáng, mát có bình phong che.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.
2. Kiểm tra lại dụng cụ, cắt băng dính, đổ dầu nhờn ra cốc.
3. Đưa dụng cụ đến giường bệnh.
4. Đặt người bệnh tư thế thích hợp (có thể nằm đầu cao nghiêng về một bên hoặc ngồi) động viên người bệnh yên tâm.
5. Choàng tấm nylon trước ngực người bệnh.
6. Đặt khay quả đậu cạnh cằm và má người bệnh, vệ sinh mũi (nếu đưa qua mũi)
7. Đo ống thông từ cánh mũi đến thùy tai đến mũi ức, đánh dấu mức đo sau đó cuộn lại (khi đó tránh chạm vào người bệnh)
8. Bôi dầu nhờn vào đầu ống thông.
9. Đưa ống thông nhẹ nhàng qua đường mũi hoặc miệng vào dạ dày tới vách đánh dấu.
10. Kiểm tra xem ống thông có cuộn trong miệng không bằng cách bảo người bệnh há miệng xem ống có bị cuộn lại ở trong miệng không, nếu người bệnh hôn mê thì dùng đèn lưòi để kiểm tra .
11. Kiểm tra ống thông đã vào đúng dạ dày bằng một trong ba cách:
 - Nhúng đầu ống thông vào cốc nước nếu không sủi bọt là đúng vào dạ dày.
 - Nghe hơi ở vùng thượng vị: Dùng bơm tiêm bơm hơi dạ dày đồng thời dùng ống nghe đặt lên vùng thượng vị nghe thấy không khí vào dạ dày (tiếng sôi) là được.

- Dùng bơm tiêm hút dịch dạ dày nếu thấy dịch chảy ra là đúng vào dạ dày.

12. Nút đầu ống thông, cố định ống thông bằng băng dính .

* Chú ý:

- Nếu người bệnh chướng bụng hút đến khi hết chướng.

- Tìm vi khuẩn lấy 5 – 10 ml dịch.

- Trường hợp hút liên tục: hút đến khi dịch không chảy ra hoặc người bệnh đỡ chướng bụng.

13. Lưu ống thông hoặc rút theo chỉ định của bác sĩ.

- Rút ống thông: dùng gạc thấm dịch rút từ từ khi còn khoảng 15-20cm dùng kim kẹp chặt, rút nhanh.

14. Lau sạch mũi, miệng, tháo bỏ tấm nylon.

15. Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, thuận tiện.

18. Thu dọn dụng cụ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1.Đánh giá

- Đánh giá tình trạng người bệnh khi đặt ống thông không xảy ra tai biến gì.

- Nếu có dấu hiệu bất thường báo cáo ngay bác sĩ để kịp thời xử trí.

2. Ghi hồ sơ

- Ngày, giờ đặt

- Số lượng dịch hút ra, màu sắc, mùi...

- Tình trạng chung của người bệnh trước, trong và sau khi hút

- Tên người làm thủ thuật.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Khi lưu ống thông: người bệnh không được tự ý rút ống thông ra, đẩy ống thông vào sâu hơn

- Người nhà không được tự ý bơm thức ăn hoặc các loại nước quả vào dạ dày

- Nếu người bệnh có biểu hiện bất thường ví dụ nôn... phải báo ngay điều dưỡng.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG
THÔNG DẠ DÀY**

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Rửa tay thường quy hoặc sát khuẩn tay nhanh.		
2	Dụng cụ: - Dụng cụ vô khuẩn: Khay chữ nhật, ống thông dạ dày phù hợp (<i>túi dẫn lưu</i>), bơm tiêm 20- 50ml đầu to, gạc miếng, đê lưới, găng tay. - Dụng cụ sạch: Bát kê, cốc nước chín, khăn bông/săng, băng dính, kéo, nylon, dầu nhờn parafin (<i>ống xét nghiệm, giá để ống nghiệm</i>) khay hạt đậu, ống nghe. - Dụng cụ khác: Bình phong		
3	Người bệnh: - Đối chiếu, thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang		
2	Kiểm tra lại dụng cụ, cắt băng dính, đổ dầu nhờn ra cốc.		
3	Đưa dụng cụ đến giường người bệnh.		
4	Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp (có thể nằm đầu cao nghiêng về một bên hoặc ngồi), động viên để người bệnh yên tâm.		
5	Trải nylon phía đầu giường, choàng nylon trước ngực người bệnh.		
6	Đặt khay quả đậu cạnh cằm và má.		
7	Điều dưỡng sát khuẩn tay.		
8	Đo ống thông từ cánh mũi đến thùy tai, đến dưới mũi ức, đánh dấu rồi cuộn lại.		

9	Đưa ống thông nhẹ nhàng qua đường mũi hoặc miệng vào dạ dày đến vạch đánh dấu.		
10	Kiểm tra xem ống thông có cuộn trong miệng không bằng cách bảo người bệnh há miệng, nếu người bệnh hôn mê dùng đèn lưỡi kiểm tra.		
11	Kiểm tra ống thông đã chắc chắn nằm trong dạ dày bằng một trong 3 cách sau: - Nhúng đầu ống thông vào cốc nước nếu thấy không sủi bọt là ddunngs vào dạ dày. - Dùng bơm tiêm hút dịch dạ dày nếu thấy dịch chảy ra là đúng vào dạ dày. - Dùng bơm tiêm bơm hơi dạ dày đồng thời dùng ống nghe đặt lên vùng thượng vingle thấy không khí vào dạ dày (tiếng sôi) là được.		
12	Cố định ống thông bằng băng dính.		
13	Lưu ống thông hoặc rút ống theo chỉ định của bác sĩ. - Rút ống thông: dùng gạc thấm dịch rút ống từ từ khi còn khoảng 15-20cm dùng kim kẹp chặt, rút nhanh.		
14	Lau sạch mũi miệng, tháo bỏ nilon.		
15	Giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái, thuận tiện.		
16	Thu dọn dụng cụ, ghi chép hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....


.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỤT THÁO CHO NGƯỜI BỆNH	Mã số: QT.11.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

Thụt tháo là phương pháp đưa nước qua trực tràng vào kết tràng nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng, thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân và hơi ra ngoài trong trường hợp người bệnh không đại tiện được và để làm sạch khung đại tràng.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Người bệnh táo bón lâu ngày.
- Trước khi phẫu thuật đường tiêu hóa.
- Trước khi thụt chất cản quang vào ruột.
- Trước khi thụt giữ.
- Trước khi đẻ.
- Trước khi soi trực tràng.

2. Chống chỉ định

- Bệnh thương hàn.
- Viêm ruột.
- Tắc ruột, xoắn ruột.
- Tổn thương hậu môn, trực tràng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Báo trước và giải thích cho người bệnh biết cảm giác khi thụt.
- hướng dẫn người bệnh cố gắng nhịn đi ngoài sau khi thụt 10 phút.
- Động viên người bệnh yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần biết.
- Không thụt vào giờ người bệnh ăn hoặc giờ thăm người bệnh.

2. Dụng cụ

2.1. Nước thụt

- Nước muối sinh lý 0,9% hoặc nước đun sôi để nguội khoảng 37 độ. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ nên dùng nước muối sinh lý.

- Lượng nước tùy theo chỉ định. Người lớn bình thường từ 500-1000ml, không quá 1500ml. Trẻ em 200-500ml tùy theo tuổi. Trường hợp đặc biệt theo chỉ định của bác sĩ.

2.2. Dụng cụ

- Bốc sạch đựng nước thụt có chia vạch.
- Dây dẫn cao su dài 1,2 – 1,5 m.
- Canuyn thụt.
- Quả bóp bằng cao su hoặc ống thông Nelaton để thụt cho trẻ em.
- Hai khay chữ nhật.
- Lọ đựng kẹp Kocher + 2 kẹp Kocher.
- Ca múc nước, chậu hoặc xô sạch đựng nước.
- Dầu nhờn (Paraffin, vaselin).
- Cốc đựng bông cầu.
- Gạc, giấy gói vôi thụt, giấy vệ sinh.
- Gói kê mông, mảnh nylon, vải đắp.
- Cột treo bốc.
- Bình phong(nếu làm tại phòng bệnh).
- Bô, khay quả đậu.

3. Địa điểm

- Tiến hành tại phòng thụt.
- Trong phòng bệnh trong trường hợp đặc biệt.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mang dụng cụ tới nơi làm thủ thuật.
- Động viên người bệnh cố gắng chịu đựng khi nước chảy vào.
- Cởi quần giúp người bệnh (nếu người bệnh không tự làm được).
- Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp tùy theo tình trạng bệnh:
 - + Thông thường cho người bệnh nằm nghiêng bên trái
 - + Trường hợp người bệnh liệt cho người bệnh nằm ngửa.
- Kê gối và lót nylon vào dưới mông người bệnh.
- Phủ vải đắp cho người bệnh.
- Lắp canuyn vào ống cao su, lắp ống cao su nối với vôi bốc.

- Đổ nước vào bóc.
- Treo bóc lên cột cách mặt giường 50 -80cm.
- Kiểm tra lại nước và thử vòi thụt.
- Bôi dầu nhờn vào đầu canuyn hoặc ống thông.
- Bỏ vải đắp, đưa canuyn nhẹ nhàng vào hậu môn (khoảng 12 – 15 cm tương đương bằng 2/3 canuyn).

*** Chú ý: Khi đưa vòi thụt bảo người bệnh há miệng thở đều.**

- Mở khóa cho nước chảy từ từ, một tay giữ vòi thụt hoặc ống thông để khỏi bị bật ra ngoài.
- Kiểm tra xem nước có vào đại tràng không?
- Trong khi thụt nếu người bệnh kêu đau bụng, khó chịu, mót rặn muốn đi ngoài thì ta khóa vòi thụt lại để người bệnh nghỉ một lát khi các dấu hiệu trên hết thì ta lại tiếp tục thụt với áp lực thấp hơn.
- Khi nước trong bóc gần hết thì khóa vòi thụt lại, nhẹ nhàng rút ra, dùng giấy bọc vòi thụt bỏ vào khay quả đậu hoặc lau qua rồi bỏ vào bình có chứa dung dịch sát khuẩn.
- Treo dây dẫn cao su lên cột.
- Cho người bệnh nằm ngửa và dặn người bệnh nhìn đi ngoài 10- 15 phút.
- Đặt bô hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.
- Khi người bệnh đi xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ. Nếu người bệnh làm được đưa giấy cho họ tự làm.
- Nếu ga ướt, thay ga cho người bệnh, giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.

-Thu dọn dụng cụ

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thụt, số lượng thụt, dung dịch thụt.
- Kết quả thụt , tính chất phân.
- Tình trạng người bệnh.
- Tên người làm thủ thuật.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Trong khi thụt nếu đau, khó chịu, mót rặn muốn đi đại tiện phải báo cho nhân viên y tế.
- Hướng dẫn người bệnh cố gắng kiềm chế để giữ nước ở trong ruột từ 10 - 15 phút.



TRUNG TÂM Y TẾ THANH UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỤT THÁO
CHO NGƯỜI BỆNH**

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: Nước muối sinh lý 0,9%, nước đun sôi để nguội. Bóc sạch, dây dẫn cao su, canuyn thụt, quả bóp bóng cao su hoặc ống thông nelaton để thụt cho trẻ nhỏ, khay chữ nhật, ca mức nước, chậu hoặc xô sạch đựng nước, dầu nhờn parafin, cốc đựng bông, gạc, giấy gói bôli thụt, giấy vệ sinh, gói kê mông, mảnh nylon, vải đắp, cốc treo bóc, bình phong (nếu làm tại buồng bệnh), bô, khay quả đậu.		
3	Người bệnh: Thông báo, giải thích cho người bệnh biết cảm giác khi thụt. Hướng dẫn người bệnh cố gắng nhịn đi ngoài sau khi thụt 10 phút.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình. Động viên NB cố gắng chịu đựng khi nước chảy vào.		
3	Cởi quần giúp người bệnh(nếu người bệnh không tự làm được).		
4	Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp tùy theo tình trạng bệnh: + Thông thường cho người bệnh nằm nghiêng bên trái. + Trường hợp người bệnh liệt cho người bệnh nằm ngửa.		
5	Kê gối và lót nylon vào dưới mông người bệnh.		
6	Phủ vải đắp cho người bệnh.		
7	Lắp canuyn vào ống cao su, lắp ống cao su với với vòi bóc.		

8	Đổ nước vào béc.		
9	Treo béc lên cột cách mặt giường 50-80cm.		
10	Kiểm tra lại nước và thử vòi thụt.		
11	Bôi dầu nhờn vào đầu canuyn hoặc ống thông.		
12	Bỏ vải đắp, đưa canuyn nhẹ nhàng vào hậu môn (khoảng 12-15cm tương đương bằng hoặc 2/3 canuyn). Chú ý : khi đưa vòi thụt bảo người bệnh há miệng thở đều		
13	Mở khóa cho nước chảy từ từ, một tay giữ vòi thụt hoặc ống thông để khỏi bị bật ra ngoài.		
14	Kiểm tra nước có vào đại tràng không? (quan sát mức nước trong béc hoặc hỏi người bệnh xem họ có cảm giác thấy nước chảy vào ruột không? Nếu mức nước vẫn giữ nguyên có thể treo cao béc lên hoặc rút vòi thụt ra một chút nước sẽ chảy).		
15	Trong khi thụt nếu người bệnh kêu đau bụng, khó chịu, mót rặn muốn đi ngoài thì ta khóa vòi thụt lại để người bệnh nghỉ một lát khi các dấu hiệu trên hết thì ta lại tiếp tục với áp lực thấp hơn.		
16	Khi nước trong béc gần hết thì khóa vòi thụt lại, nhẹ nhàng rút ra, dùng giấy bọc vòi thụt bỏ vào khay quả đậu hoặc lau qua rồi bỏ vào bình có chứa dung dịch sát khuẩn.		
17	Treo dây dẫn cao su lên cột.		
18	Cho người bệnh nằm ngửa và dặn người bệnh nhìn đi ngoài 10-15 phút.		
19	Đặt bô hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.		
20	Khi người bệnh đi xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ. Nếu người bệnh làm được đưa giấy vệ sinh cho họ tự làm.		
21	Giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái.		
22	Thu dọn dụng cụ. Rửa tay		
23	Ghi hồ sơ.		

***Nhận xét:**

.....

***Yêu cầu, đề nghị:**

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH ĂN QUA ỐNG THÔNG	Mã số: QT.12.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Cung cấp các chất và năng lượng để cơ thể tồn tại, phát triển và chống lại bệnh tật, phục hồi sức khỏe
- Ăn uống đóng góp vai trò không nhỏ trong việc điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

1. Chỉ định

- Trẻ đẻ non, phản xạ mút kém
- Chấn thương vùng hàm mặt: Gãy xương hàm
- Người bệnh hôn mê, co giật
- U thực quản, u lưỡi
- Dị dạng đường tiêu hóa nặng
- Ăn bằng miệng có nguy cơ suy hô hấp hoặc ngạt.

2. Chống chỉ định

- Bỏng thực quản do kiềm, acid
- Áp xe thành họng
- Hóc xương cá.
- Teo thực quản
- Các lỗ thông thực quản.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà (trẻ em, hôn mê...) để người bệnh yên tâm tin tưởng và hợp tác khi tiến hành thủ thuật
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết
- Tư thế người bệnh thoải mái, thuận tiện cho kỹ thuật.

2. Dụng cụ và thức ăn

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Ống thông Levin (có nhiều cỡ số khác nhau)
- Ống thông Nelatol (dùng cho trẻ sơ sinh)
- Bơm tiêm: 20ml, 50ml
- Gạc

- Đè lưỡi
- Cốc đựng dầu nhờn Parafin
- Phễu.

2.2. Dụng cụ sạch

- Lọ cắm hai Pince
- Bình hoặc cốc đựng thức ăn (số lượng tùy thuộc vào bệnh lý và chỉ định của bác sĩ) nhiệt độ thức ăn 37⁰ có trường hợp phải có thức ăn lạnh
- Cốc nước chín
- Lọ dầu nhờn Parafin
- Một tấm Nylon
- Một khăn ăn bằng vải
- Một khăn lau miệng, mũi
- Cốc đựng tấm bông
- Cốc nước muối sinh lý 0,9% để làm vệ sinh mũi (nếu cần)
- Ống nghe, băng dính, kéo, kim băng
- Khay quả đậu.

2.3 Các dụng cụ khác

- Phiếu theo dõi
- Thùng đựng rác thải y tế, rác thải sinh hoạt.

3. Địa điểm

Thường làm tại giường bệnh nhưng buồng sạch sẽ, thoáng, mát

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay
2. Kiểm tra lại dụng cụ, thức ăn và cắt băng dính, đổ dầu nhờn ra cốc
3. Đưa dụng cụ đến giường bệnh
4. Cho người bệnh quay mặt về phía người làm thủ thuật (nếu người bệnh ngồi được) hoặc nằm đầu cao tùy thuộc vào tình trạng người bệnh
5. Choàng tấm nylon và phủ khăn ăn trước ngực người bệnh
6. Đặt khay quả đậu cạnh cằm và má người bệnh, vệ sinh mũi (nếu đưa qua mũi)
7. Đo ống thông từ cánh mũi đến thùy tai đến mũi ức, đánh dấu mức đo sau đó cuộn lại (khi đó tránh chạm vào người bệnh)
8. Bôi dầu nhờn vào đầu ống thông
9. Đưa ống thông nhẹ nhàng vào dạ dày tới vách đánh dấu
10. Bảo người bệnh há miệng xem ống có bị cuộn lại ở trong miệng không, nếu người bệnh hôn mê thì dùng đè lưỡi để kiểm tra
11. Kiểm tra ống thông đã vào đúng dạ dày bằng một trong ba cách:

- Cho một đầu ngoài ống thông vào cốc nước nếu không sủi bọt là được
- Nghe hơi ở vùng thượng vị
- Dùng bơm tiêm hút dịch dạ dày

12. Nút đầu ống thông, cố định ống thông bằng băng dính vào mũi người bệnh

13. Lấy thức ăn vào bơm tiêm, đẩy hết không khí, bơm thức ăn từ từ vào ống thông đồng thời theo dõi sắc mặt người bệnh.

- Hoặc lắp phễu vào đầu ngoài ống thông, đổ vào phễu một ít nước chín rồi đổ thức ăn vào phễu có thể điều chỉnh tốc độ bằng cách nâng cao phễu hoặc hạ thấp.

- Đổ từ từ liên tục không ngắt quãng để tránh đưa không khí vào dạ dày.

14. Tráng ống thông bằng nước chín.

15. Đẩy nút ống thông lại, cố định ống thông vào áo người bệnh bằng kim băng (nếu lưu ống).

- Rút ống thông: dùng gạc thấm dịch khi còn khoảng 10 - 15 cm dùng panh kẹp lại rút từ từ.

16. Tháo bỏ tấm nylon, khăn ăn.

17. Lau miệng, mũi cho người bệnh, giúp người bệnh nằm lại thoải mái

18. Thu dọn dụng cụ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá

- Khi bơm thức ăn không xảy ra tai biến gì
- Sau khi bơm thức ăn người bệnh không nôn.

2. Ghi hồ sơ

- Ngày, giờ cho ăn
- Loại thức ăn, bổ sung
- Tình trạng chung của người bệnh khi đặt ống
- Tên người làm thủ thuật.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Khi lưu ống thông: người bệnh không được tự ý rút ống thông ra, đẩy ống thông vào sâu hơn

- Người nhà không được tự ý bơm thức ăn hoặc các loại nước quả vào dạ dày
- Nếu người bệnh có biểu hiện bất thường ví dụ nôn... phải báo ngay điều dưỡng.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

**BẢNG KÊM QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO NGƯỜI
BỆNH ĂN QUA ỚNG THÔNG**

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: Dụng cụ vô khuẩn: Ống thông Levin (có nhiều cơ số khác nhau), Ống thông Nelatol (dùng cho trẻ sơ sinh) Bơm tiêm: 20ml, 50ml, Gạc, Đè lưỡi, Cốc đựng dầu nhờn Parafin, Phễu. - Dụng cụ sạch Lọ cắm hai Pince, Bình hoặc cốc đựng thức ăn (số lượng tùy thuộc vào bệnh lý và chỉ định của bác sĩ) nhiệt độ thức ăn 37 ⁰ có trường hợp phải có thức ăn lạnh, cốc nước chín, lọ dầu nhờn Parafin, một tấm Nylon, một khăn ăn bằng vải, một khăn lau miệng, mũi, cốc đựng tắm bông, cốc nước muối sinh lý 0,9% để làm vệ sinh mũi (nếu cần), ống nghe, băng dính, kéo, kim băng, khay quả đậu.		
3	Người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà (trẻ em, hôn mê...) để người bệnh yên tâm tin tưởng và hợp tác khi tiến hành thủ thuật - Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết - Tư thế người bệnh thoải mái, thuận tiện cho kỹ thuật		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Kiểm tra lại dụng cụ, thức ăn và cắt băng dính, đổ dầu nhờn ra cốc.		
3	Đưa dụng cụ đến giường bệnh.		
4	Cho người bệnh quay mặt về phía người làm thủ thuật (nếu người bệnh ngồi được) hoặc nằm đầu cao tùy thuộc vào tình trạng người bệnh.		

5	Choàng tấm nylon và phủ khăn ăn trước ngực người bệnh.		
6	Đặt khay quả đậu cạnh cằm và má người bệnh, vệ sinh mũi (nếu đưa qua mũi).		
7	Đo ống thông từ cánh mũi đến thùy tai đến mũi ức, đánh dấu mức đo sau đó cuộn lại (khi đó tránh chạm vào người bệnh).		
8	Bôi dầu nhờn vào đầu ống thông.		
9	Đưa ống thông nhẹ nhàng vào dạ dày tới vách đánh dấu.		
10	Bảo người bệnh há miệng xem ống có bị cuộn lại ở trong miệng không, nếu người bệnh hôn mê thì dùng đèn lưỡi để kiểm tra.		
11	Kiểm tra ống thông đã vào đúng dạ dày bằng một trong ba cách: - Cho một đầu ngoài ống thông vào cốc nước nếu không sủi bọt là được - Nghe hơi ở vùng thượng vị. - Dùng bơm tiêm hút dịch dạ dày.		
12	Nút đầu ống thông, cố định ống thông bằng băng dính vào mũi người bệnh		
13	Lấy thức ăn vào bơm tiêm, đẩy hết không khí, bơm thức ăn từ từ vào ống thông đồng thời theo dõi sắc mặt người bệnh.		
14	Tráng ống thông bằng nước chín.		
15	Đẩy nút ống thông lại, cố định ống thông . Rút ống thông: dùng gạc thấm dịch khi còn khoảng 10 - 15 cm dùng panh kẹp lại rút từ từ.		
16	Tháo bỏ tấm nylon, khăn ăn.		
17	Lau miệng, mũi cho người bệnh, giúp người bệnh nằm lại thoải mái.		
18	Thu dọn dụng cụ.		
19	Vệ sinh tay.		
20	Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY TRONG NGỘ ĐỘC CẤP	Mã số: QT.13.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

Rửa dạ dày là kỹ thuật đưa ống thông vào dạ dày người bệnh nhằm mục đích tháo rửa các chất độc.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp ngộ độc cấp trong vòng 6 giờ sau khi uống độc chất.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Ống Faucher cỡ to 14 – 22 (đường kính trong từ 6 – 10mm)
- Phễu to, xô đựng nước 20 lít nước, ca múc nước
- Nước đun sôi để nguội (37⁰C) có pha 5 g muối ăn cho 1 lít nước.
- Than hoạt, sorbitol.
- Ca nuyt, đũa lưỡi
- Ống nội khí quản và dụng cụ đặt nội khí quản
- Máy hút, bộ dụng cụ hút.
- Bơm tiêm 50ml
- Lọ đựng chất độc
- Ống nghe
- Khăn mặt, gạc sạch
- Ny lon, chậu đựng nước thải, khay hạt đậu

2. Người bệnh

- Nằm đầu thấp, nghiêng về bên trái.
- Nếu hôn mê có nguy cơ sặc đặt NKQ có bóng chèn

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang
- Trải ni lon dưới giường và trên ngực người bệnh, đặt khay quả đậu cạnh má
 - Mang găng tay
 - Đo ống thông từ cánh mũi tới dải tai vòng xuống mũi ức (45- 50cm) đánh dấu lại, bôi trơn ống thông bằng dầu nhờn (Paraphin)

- Dùng đèn lưỡi mở miệng hoặc ca nuy, nhẹ nhàng đưa ống thông vào miệng (Nếu khó có thể đưa ống thông nhỏ hơn qua đường mũi).

- Vừa luồn ống thông vừa động viên người bệnh nuốt phối hợp nếu người bệnh tỉnh.

- Kiểm tra ống thông đã chắc chắn nằm trong dạ dày bằng 1 trong 3 cách sau:

+ Nhúng đầu ống thông vào cốc nước nếu không sủi bọt là đúng trong dạ dày.

+ Dùng bơm tiêm hút dịch vị, kết hợp lấy chất độc để xét nghiệm

+ Dùng bơm tiêm bơm hơi và nghe vùng thượng vị.

- Đổ nước từ từ vào phễu, mỗi lần từ 300 -500ml, nâng cao ít nhất 30cm so với người bệnh.

- Khi mức nước gần hết hạ thấp đầu ống thông vào chậu cho nước tự chảy ra hoặc dùng máy hút ra.

- Rửa cho tới khi nước trong.

Lượng nước rửa ở người lớn

Với phốt pho hữu cơ phải pha than hoạt trong những lít đầu tiên và rửa khoảng 20 lít đầu, khoảng 10 lít với lần 2.

Với thuốc ngủ: 5 - 10 lít và chỉ rửa 1 lần đến khi nước trong.

Kết thúc rửa: hút hết dịch trong dạ dày, bơm vào dạ dày 20g than hoạt cùng với 2 g sorbitol, nhắc lại sau 2 giờ cho đến khi đạt 120g than hoạt.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trong và sau khi rửa

- Theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, phản xạ ho tránh hít phải dịch

- Theo dõi kết quả của than hoạt và thuốc tẩy: đi ngoài ra than hoạt.

- Phát hiện dấu hiệu bất thường như: nôn gây sặc, tim nhịp chậm, ngất do kích thích dây X, rối loạn nước điện giải... báo cáo ngay y bác sỹ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu rõ tác hại của việc sử dụng chất độc, động viên người bệnh nếu người bệnh cố ý sử dụng.

- Hướng dẫn người bệnh cách bảo quản và cách sử dụng thuốc và hóa chất (nếu do nhầm) và chú ý để xa tầm tay trẻ em.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY
TRONG NGỘ ĐỘC CẤP

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: Ống Faucher cỡ to 14 – 22 (đường kính trong từ 6 – 10mm), phễu to, xô đựng nước 20 lít nước, ca mức nước, nước đun sôi để nguội (37 ⁰ C) có pha 5 g muối ăn cho 1 lít nước, than hoạt, sorbitol, Ca nuyen, đè lưỡi, ống nội khí quản và dụng cụ đặt nội khí quản Máy hút, bộ dụng cụ hút, bơm tiêm 50ml, lọ đựng chất độc, ống nghe Khăn mặt, gạc sạch, Ny lon, chậu đựng nước thải, khay hạt đậu		
3	Người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà để người bệnh yên tâm tin tưởng và hợp tác khi tiến hành thủ thuật. - Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết - Nằm đầu thấp, nghiêng về bên trái.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Trải ni lon dưới giường và trên ngực người bệnh, đặt khay quả đậu cạnh má.		
3	Điều dưỡng mang găng tay.		
4	Đo ống thông từ cánh mũi tới dái tai vòng xuống mũi ỨC đánh dấu lại, bôi trơn ống thông bằng dầu nhờn (Paraphin).		
5	Dùng đè lưỡi mở miệng hoặc ca nuyen, nhẹ nhàng đưa ống thông vào miệng (Nếu khó có thể đưa ống thông nhỏ hơn qua đường mũi).		
6	Vừa luồn ống thông vừa động viên người bệnh nuốt phôi hợp nếu người bệnh tỉnh.		

7	Kiểm tra ống thông đã chắc chắn nằm trong dạ dày bằng 1 trong 3 cách sau: + Nhúng đầu ống thông vào cốc nước nếu không sủi bọt là đúng trong dạ dày. + Dùng bơm tiêm hút dịch vị, kết hợp lấy chất độc để xét nghiệm. + Dùng bơm tiêm bơm hơi và nghe vùng thượng vị.		
8	Đổ nước từ từ vào phễu, mỗi lần từ 300 -500ml, nâng cao ít nhất 30cm so với người bệnh.(dùng bơm tiêm 50ml bơm từ từ).		
9	Khi mức nước gần hết hạ thấp đầu ống thông vào chậu cho nước tự chảy ra hoặc dùng máy hút ra.		
10	Rửa cho tới khi nước trong.		
18	Thu dọn dụng cụ.		
19	Vệ sinh tay.		
20	Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT THÔNG TIỂU	Mã số: QT.14.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

Đặt thông tiểu là biện pháp đặt ống thông tiểu qua đường niệu đạo vào bàng quang.

- Làm giảm sự khó chịu và căng quá mức do ứ đọng ngược tiểu trong bàng quang.
- Đo lường khối lượng và tính chất nước tiểu lưu trú trong bàng quang.
- Lấy mẫu nước tiểu để xét nghiệm
- Làm sạch bàng quang trong những trường hợp cần thiết như phẫu thuật vùng hậu môn sinh dục, phẫu thuật hoặc soi đường bàng quang tiết niệu
- Theo dõi lượng nước tiểu ở người bệnh sốc, ngộ độc, bông nặng...

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định đặt ống thông niệu đạo ngắn ngày (lưu ống thông tiểu trên NB \leq 2 tuần)

- Dẫn lưu bàng quang liên tục sau phẫu thuật.
- Người bệnh có bí tiểu cấp.
- Đo lượng nước tiểu ở NB nặng.
- Sử dụng ống thông tiểu ở NB phẫu thuật có chuẩn bị trong các trường hợp sau:
 - Phẫu thuật tái tạo tạm thời/vĩnh viễn đường dẫn niệu ở NB tổn thương không hồi phục vùng đáy chậu, xương cùng.
 - Phẫu thuật có thời gian dự kiến kéo dài.
 - NB dự kiến phải truyền lượng lớn thuốc lợi tiểu trong phẫu thuật.
 - Đo lượng nước tiểu trong phẫu thuật.
 - Hỗ trợ chữa lành các vết thương hở vùng xương cùng hoặc đáy chậu ở NB tiểu tiện không tự chủ.
 - Rửa hoặc làm giảm áp lực bàng quang sau phẫu thuật đường tiết niệu.

2. Chỉ định đặt ống thông tiểu dài ngày (lưu ống thông trên tiểu NB \geq 4 tuần)

- Tắc niệu đạo hoặc bí tiểu không thể xử trí bằng các phương pháp khác như cắt bỏ tổ chức gây tắc, đặt ống thông tiểu ngắt quãng.

- Tiểu tiện không tự chủ và bí tiểu không thể điều trị bằng các phương pháp khác.

- Thúc đẩy tiến triển lành bệnh ở NB NKTN (nước tiểu mù) giai đoạn III-IV
- NB phải bất động kéo dài (ví dụ: chấn thương vùng xương chậu, chấn thương cột sống thắt lưng v.v).

- Chăm sóc bàng quang cho NB mắc bệnh không thể điều trị ở giai đoạn cuối.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH ĐẶT ống THÔNG TIỂU

- Thay thế cho các biện pháp chăm sóc của điều dưỡng với những NB tiểu tiện không tự chủ.

- Sử dụng như phương tiện để lấy mẫu nước tiểu làm xét nghiệm hoặc thay thế cho các xét nghiệm chẩn đoán khác khi NB có thể tự tiểu tiện.

- Sử dụng ống thông tiểu kéo dài sau phẫu thuật ở NB không có chỉ định đặt ống thông tiểu (ví dụ: Sửa lại cấu trúc niệu đạo hoặc các tổ chức xung quanh hoặc tác động kéo dài của thuốc gây tê ngoài màng cứng v.v).

IV. CHUẨN BỊ

1. Địa điểm: Tại phòng thủ thuật hoặc tại giường nếu giường bệnh đảm bảo vệ sinh, có bình phong hoặc màn che giường, đảm bảo sự kín đáo, riêng tư khi tiến hành thủ thuật

2. Người bệnh

- Được thông báo, giải thích trước khi tiến hành thủ thuật và cảm giác khó chịu khi ống thông đưa vào

- Trải nylon dưới mông người bệnh

- Người bệnh nằm ngửa, sát mép giường đúng tư thế để điều dưỡng thuận tiện khi tiến hành thủ thuật

+ Nam: Nằm ngửa, kê gối dưới đầu gối cho thoải mái, bỏ quần hoặc kéo quần xuống quá gối

+ Nữ: Bỏ quần nằm ngửa chống chân, đùi hơi giạng

3. Dụng cụ

- Găng tay vô khuẩn

- Ống thông vô khuẩn kích cỡ phù hợp với lứa tuổi

- Một tấm có lỗ vô khuẩn đủ rộng che phủ vùng sinh dục, hậu môn

- Dung dịch sát khuẩn ngoài da

- Băng cầu, gạc miếng chữ nhật vô khuẩn

- Kẹp Kocher và kẹp phẫu tích vô khuẩn

- Dầu nhờn vô khuẩn để bôi trơn ống thông

- khay quả đậu, túi và dây dẫn lưu vô khuẩn

- Ống nghiệm (nếu cần)

- Túi hoặc vật dụng đựng chất thải
- Băng dính, kéo
- Vải nylon
- Vật dụng khác như đèn chiếu sáng lỗ niệu đạo, bình phong hoặc màn che

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vệ sinh tay, đội mũ, đeo khẩu trang
2. Chuẩn bị phương tiện: Ống thông tiểu, túi đựng nước tiểu, sàng, gạc đã được tiệt khuẩn, dung dịch sát khuẩn povidone iodine, dầu bôi trơn.
3. Chuẩn bị NB
 - a. Với NB nặng: Trải tấm nilon dưới mông NB, đặt sẵn xô dẹt dưới mông NB, để NB nằm ngửa co đầu gối chống chân xuống giường và hơi dẹt. Rửa bộ phận sinh dục ngoài bằng nước xà phòng loãng hoặc nước đun sôi để nguội, rửa từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, khi xong đổ nước bẩn đi, rửa xô dẹt. Vệ sinh tay.
 - b. Với NB nhẹ: Hướng dẫn NB tự làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài bằng nước sạch và xà phòng trước khi đặt ống thông tiểu.
4. Với NB nữ, đặt NB ở tư thế nằm ngửa, 2 chân trông và 2 đùi ngả ra, Với NB nam, nằm ngửa, 2 chân duỗi thẳng. Dùng vải sạch che phủ phần chân của NB.
5. Vệ sinh tay.
6. Mở gói dụng cụ vô khuẩn, trải sàng vô khuẩn có lỗ bộc lộ bộ phận sinh dục của NB, mở gói đựng ống thông tiểu, mở túi đựng nước tiểu bằng kỹ thuật vô khuẩn (không chạm vào mặt trong bao).
7. Đổ dung dịch povidone iodine vào bát inox.
8. Mang găng vô khuẩn.
9. Nối ống thông với túi đựng nước tiểu, dùng bơm tiêm vô khuẩn bơm khí qua cổng bơm bóng để kiểm tra bóng của ống thông tiểu, bôi trơn đầu ống thông tiểu.
10. Với NB nữ: Dùng ngón cái và ngón trỏ của tay không thuận vạch môi lớn và môi nhỏ ra, tay thuận dùng kẹp gấp bông cầu (gạc củ ấu) thấm dung dịch sát khuẩn povidone iodine từ lỗ niệu đạo sang bên phải/trái và từ trên xuống dưới của môi lớn, sử dụng bông cầu (gạc củ ấu) riêng cho mỗi lần sát khuẩn.
- Với NB nam: Tay không thuận kéo bao da quy đầu xuống để lộ lỗ niệu đạo, tay thuận dùng kẹp gấp bông cầu (gạc củ ấu) thấm dung dịch sát khuẩn povidone iodine lên quy đầu từ lỗ niệu ra ngoài.
11. Sử dụng tay thuận đưa ống thông tiểu qua lỗ niệu đạo tới khi thấy nước tiểu chảy ra. Tiếp tục đẩy ống thông tiểu tới chạc đôi tại cổng bơm bóng để bảo đảm ống thông vào trong niệu đạo trước khi bơm bóng. Nếu không thấy

nước tiểu chảy ra ở NB nữ, giữ nguyên ống thông tiểu tại vị trí đang đặt, mở bao ống thông và bao găng vô khuẩn mới để đặt ống thông mới, chỉ loại bỏ ống thông cũ khi ống thông tiểu mới được đặt đúng vào niệu đạo.

12. Dùng xy lanh vô khuẩn bơm căng bóng. Kiểm tra vị trí ống thông tiểu bằng cách kéo nhẹ ống thông tới khi có cảm giác chặn lại.

13. Kiểm tra chỗ nối giữa ống thông và đường ống dẫn gắn với túi đựng nước tiểu để bảo đảm kín, túi dẫn lưu luôn thấp so với bàng quang, ống thông và túi đựng nước tiểu không gấp, xoắn vặn.

14. Thu dọn dụng cụ.

15. Tháo găng, vệ sinh tay.

VI. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ngày giờ tiến hành thủ thuật, diễn biến trước, trong và sau khi tiến hành thủ thuật, kết quả thủ thuật, tình trạng nước tiểu (khối lượng, độ đậm đặc), người tiến hành thủ thuật (ký tên, ghi rõ tên).

VII. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Cần giải thích cho người bệnh và gia đình họ hiểu rõ lý do, mục đích của thủ thuật và một vài nguyên tắc của thủ thuật để họ hợp tác trong quá trình điều trị.

- Không tự ý mở hệ thống dẫn lưu, di chuyển ống dẫn lưu, túi hoặc vật chứa nước tiểu, không được đẩy ống dẫn lưu nước tiểu sâu vào bàng quang trong trường hợp nghi ngờ thông tuột để đề phòng nhiễm khuẩn.

- Vệ sinh vùng sinh dục, hậu môn 3 lần/ngày hoặc sau mỗi lần đại tiện.

- Thường xuyên quan sát ống dẫn lưu, nếu có dấu hiệu khác thường báo ngay cho điều dưỡng hoặc bác sĩ biết.

- Nên lưu ý không để dây dẫn lưu xoắn, vặn cản trở lưu thông nước tiểu.

Tài liệu tham khảo: Quyết định 3916 /QĐ – BYT ngày 28 tháng 8 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ y tế về việc phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD
	BẢNG KIỂM KỸ THUẬT ĐẶT THÔNG TIỂU

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: - Găng tay vô khuẩn - Ống thông vô khuẩn kích cỡ phù hợp với lứa tuổi - Một săng có lỗ vô khuẩn đủ rộng che phủ vùng sinh dục, hậu môn - Dung dịch sát khuẩn ngoài da - Băng cầu, gạc miếng chữ nhật vô khuẩn - Kẹp Kocher và kẹp phẫu tích vô khuẩn - Dầu nhờn vô khuẩn để bôi trơn ống thông - Bơm tiêm vô khuẩn và nước bơm bóng (để bơm bóng cố định trong trường hợp sử dụng Foley để đặt dẫn lưu nước tiểu) - Ống nghiệm (nếu cần) - Túi hoặc vật dụng đựng chất thải - Băng dính, kéo - Nylon - Vật dụng khác như đèn chiếu sáng lỗ niệu đạo, bình phong hoặc màn che		
3	Người bệnh: Đội chiếu, thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm		
II. Các bước tiến hành			
1	Vệ sinh tay, đội mũ, đeo khẩu trang.		
2	Chuẩn bị phương tiện: Ống thông tiểu, túi đựng nước tiểu, săng, gạc đã được tiệt khuẩn, dung dịch sát khuẩn povidone iodine, dầu bôi trơn.		
3	Chuẩn bị NB		

	<p>- Với NB nặng: Trải tấm nilon dưới mông NB, đặt sẵn bô dẹt dưới mông NB, để NB nằm ngửa co đầu gối chống chân xuống giường và hơi dẹt. Rửa bộ phận sinh dục ngoài bằng nước xà phòng loãng hoặc nước đun sôi để nguội, rửa từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, khi xong đổ nước bẩn đi, rửa bô dẹt. Vệ sinh tay.</p> <p>- Với NB nhẹ: Hướng dẫn NB tự làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài bằng nước sạch và xà phòng trước khi đặt ống thông tiểu.</p>		
4	<p>- Với NB nữ, đặt NB ở tư thế nằm ngửa, 2 chân tròng và 2 đùi ngả ra.</p> <p>- Với NB nam, nằm ngửa, 2 chân duỗi thẳng. Dùng vải sạch che phủ phần chân của NB.</p>		
5	Vệ sinh tay.		
6	Mở gói dụng cụ vô khuẩn, trải sẵn vô khuẩn có lỗ bọc lộ bộ phận sinh dục của NB, mở gói đựng ống thông tiểu, mở túi đựng nước tiểu bằng kỹ thuật vô khuẩn (không chạm vào mặt trong bao).		
7	Đổ dung dịch povidone iodine vào bát inox.		
8	Mang găng vô khuẩn.		
9	Nối ống thông với túi đựng nước tiểu, dùng bơm tiêm vô khuẩn bơm khí qua công bơm bóng để kiểm tra bóng của ống thông tiểu, bôi trơn đầu ống thông tiểu.		
10	<p>- Với NB nữ: Dùng ngón cái và ngón trỏ của tay không thuận vạch môi lớn và môi nhỏ ra, tay thuận dùng kẹp gấp bông cầu (gạc củ ấu) thấm dung dịch sát khuẩn povidone iodine từ lỗ niệu đạo sang bên phải/trái và từ trên xuống dưới của môi lớn, sử dụng bông cầu (gạc củ ấu) riêng cho mỗi lần sát khuẩn.</p> <p>- Với NB nam: Tay không thuận kéo bao da quy đầu xuống để lộ lỗ niệu đạo, tay thuận dùng kẹp gấp bông cầu (gạc củ ấu) thấm dung dịch sát khuẩn povidone iodine lên quy đầu từ lỗ niệu ra ngoài.</p>		
11	Sử dụng tay thuận đưa ống thông tiểu qua lỗ niệu đạo tới khi thấy nước tiểu chảy ra. Tiếp tục đẩy ống thông tiểu tới chạc đôi tại công bơm bóng để bảo đảm ống thông vào trong niệu đạo trước khi bơm bóng. Nếu không thấy nước tiểu chảy ra ở NB nữ, giữ nguyên ống thông tiểu tại vị trí đang đặt, mở bao ống thông và bao găng vô khuẩn mới để đặt ống thông mới, chỉ loại bỏ ống thông cũ khi ống thông tiểu mới được đặt đúng vào niệu đạo.		

12	Dùng xy lanh vô khuẩn bơm căng bóng. Kiểm tra vị trí ống thông tiêu bằng cách kéo nhẹ ống thông tới khi có cảm giác chặn lại.		
13	Cố định ống thông tiêu và treo túi nước tiêu ở vị trí thích hợp(treo túi nước tiêu ở thành giường thấp hơn người bệnh để nước tiêu chảy tự do mà không bị trào ngược).		
14	Lau khô bộ phận sinh dục, bỏ dụng cụ, mặc quần, giúp bệnh nhân về tư thế thoải mái. Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần thiết.		
15	Thu dọn dụng cụ, phân loại rác thải đúng. Tháo găng		
16	Vệ sinh tay, ghi ngày đặt sonde vào băng dính cố định, ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

GIÁM SÁT THỰC HÀNH CHĂM SÓC
THÔNG TIỂU

Khoa ngày

Thành viên giám sát:

Điều dưỡng thực hiện:

TT	Các bước thực hành	Bảng kiểm	
		Có	Không
1	NVYT mặc trang phục đúng quy định khi có tiếp xúc với máu dịch cơ thể NB.		
2	Dụng cụ trên xe để chỗ sạch sẽ, gọn gàng.		
3	Điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh đúng thời điểm, đúng kỹ thuật.		
4	Xác định NB, giải thích cho NB biết việc sắp làm.		
5	Kiểm tra hệ thống dẫn lưu xem có bị gập, tắc nghẽn.		
6	Mang găng tay đúng kỹ thuật.		
7	Kiểm tra chân dẫn lưu có thấm máu, dịch.		
8	Tháo bỏ gạc che phủ chân dẫn lưu nếu có thấm máu, dịch.		
9	Sát khuẩn chân dẫn lưu bằng providon.		
10	Thay băng sạch bảo đảm vô khuẩn.		
11	Kiểm tra các khớp nối của hệ thống dẫn lưu bảo đảm kín, một chiều, không rò rỉ nước tiểu.		
12	Kiểm tra khoảng cách từ mặt giường bệnh đến túi nước tiểu cách tối thiểu 35cm - 50cm, cách mặt sàn 15cm.		
13	Kiểm tra lượng nước tiểu trong túi chứa. Nếu quá 3/4 túi thì bỏ nước tiểu hoặc thay túi mới.		
14	Giúp NB trở lại tư thế thoải mái, dặn NB những điều cần thiết.		
15	Thu dọn dụng cụ, thu gom chất thải, rửa tay thường quy.		
16	Ghi hồ sơ chăm sóc.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG	Mã số: QT.15.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

Rửa bàng quang cho người bệnh nhằm mục đích làm sạch bàng quang, hoặc để bơm thuốc vào điều trị theo y lệnh.

II. CHỈ ĐỊNH - CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Trường hợp nhiễm khuẩn bàng quang
- Sau mổ hệ tiết niệu.

2. Chống chỉ định

- Chấn thương tuyến tiền liệt, giập rách niệu đạo.
- Nhiễm khuẩn niệu đạo.

IV. CHUẨN BỊ

1. Địa điểm: Tại phòng thủ thuật hoặc tại giường nếu giường bệnh đảm bảo vệ sinh, có bình phong hoặc màn che giường, đảm bảo sự kín đáo, riêng tư khi tiến hành thủ thuật

2. Người bệnh

- Được thông báo, giải thích trước khi tiến hành thủ thuật.

3. Dụng cụ

- Dụng cụ vô khuẩn: Bộ dụng cụ thông tiểu nếu người bệnh chưa được đặt thông tiểu, hoặc đã rút ống, thay ống thông tiểu mới.

+ Bộ dây rửa bàng quang: sử dụng dây truyền dịch nhưng chú ý phải cắt bỏ phần lấp kim của bộ dây truyền đến phần dây cao su, sau đó lấy nắp đậy của bộ kim truyền dịch vô khuẩn cắt bỏ phần đuôi và luồn vào phần cao su của bộ dây truyền vừa cắt là lấp vừa với đuôi ống thông.

+ Chai dịch rửa: theo chỉ định của bác sĩ(có thể là nước muối rửa, nước vô khuẩn pha với dung dịch betadin...)

+ Gói (hộp) dụng cụ rửa bàng quang vô khuẩn(gạc miếng, bông, kim, khay hạt đậu, bát kê...))

+ Găng tay vô khuẩn, sẵn có lỗ, ống thông kích cỡ phù hợp, bơm tiêm 50ml...

- Dụng cụ sạch: tấm nylon, kéo, băng dính...

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang

2. Kiểm tra, giải thích, thông báo người bệnh thủ thuật sắp làm để người bệnh cùng hợp tác.

3. Che bình phong, trải nilon dưới mông người bệnh, bộc lộ bộ phận sinh dục.

4. Pha dung dịch betadine hoặc thuốc (nếu cần) vào chai dịch rửa, nối dây dẫn với chai dịch rửa , treo chai dịch rửa lên cọc truyền, sát khuẩn tay nhanh.

* Rửa bằng hệ thống dây dẫn

5. Đặt khay hạt đậu giữa hai đùi, sát khuẩn đầu nối. Mang găng vô khuẩn.

- Tháo đầu túi nước tiểu cho vào khay hạt đậu vô khuẩn.

- Làm sạch đuôi ống thông (trong và ngoài) bằng dung dịch sát khuẩn.

- Lắp dây dịch vào ống thông tiểu, cố định hệ thống nối tiếp.

6. Chỉnh khóa cho dịch chảy vào bàng quang khoảng 250ml nước rửa (dung dịch rửa), khóa lại, dùng tay xoa vùng bàng quang.

7. Sau 30 phút , nối đuôi ống thông với đầu dây dẫn túi nước tiểu, mở khóa để nước chảy từ bàng quang ra túi dẫn nước tiểu.

- Quan sát đánh giá dịch rửa.

- Tiếp tục rửa nếu có chỉ định.

* **Rửa bằng bơm tiêm**

8. Pha betadine hoặc thuốc(nếu cần) vào chai dung dịch rửa, đổ dung dịch rửa vào khay hạt đậu vô khuẩn, sát khuẩn tay nhanh.

9. Đặt khay hạt đậu giữa hai đùi người bệnh, sát khuẩn đầu nối. Mang găng vô khuẩn.

- Tháo đầu dây dẫn túi nước tiểu cho vào khay hạt đậu vô khuẩn.

- Làm sạch đầu ống thông (trong và ngoài) bằng dung dịch sát khuẩn.

10. Hút dịch rửa vào bơm tiêm, và lắp vào đầu ống thông bơm vào bàng quang khoảng 25ml dung dịch rửa.

11. Cho dịch chảy từ bàng quang ra hết (hoặc dùng bơm tiêm hút dịch từ từ), quan sát đánh giá dịch rửa bàng quang(màu sắc...).

12. Thay túi nước tiểu mới nếu cần.

- Lau khô vùng sinh dục, bỏ tấm ni lon dưới mông người bệnh.

13. Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Dặn người bệnh những điều cần thiết.

14. Thu dọn dụng cụ. Vệ sinh tay.

15. Ghi hồ sơ.

VI. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ngày giờ tiến hành thủ thuật, diễn biến trước, trong và sau khi tiến hành thủ thuật, kết quả thủ thuật, tình trạng nước tiểu (khối lượng, độ đậm đặc), người tiến hành thủ thuật (ký tên, ghi rõ tên).

*** Những điểm cần lưu ý:**

Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện thủ thuật. Trong quá trình làm, nhận thấy có dấu hiệu bất thường(như chảy máu..0 phải ngừng ngay thủ thuật, báo cáo bác sĩ ngay.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT RỬA BÀN QUANG

Khoa ngày

Thành viên giám sát:

Điều dưỡng thực hiện:

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: - Găng tay vô khuẩn - Ống thông vô khuẩn kích cỡ phù hợp với lứa tuổi - Một săng có lỗ vô khuẩn đủ rộng che phủ vùng sinh dục, hậu môn. - Dung dịch sát khuẩn ngoài da - Bông cầu, gạc vô khuẩn - Kẹp Kocher và kẹp phẫu tích vô khuẩn - Dầu nhờn vô khuẩn để bôi trơn ống thông . - Dung dịch rửa bàn quang (theo chỉ định của bác sỹ), bơm 50ml để bơm rửa.. - Băng dính, kéo... - Vải nylon - Bình phong hoặc màn che...		
3	Người bệnh: Đôi chiếu, thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang.		
2	Kiểm tra, thông báo, giải thích người bệnh thủ thuật sắp làm để người bệnh cùng hợp tác.		
3	Che bình phong, trải nilon dưới mông người bệnh, bộc lộ bộ phận sinh dục.		
4	Pha dung dịch betadine hoặc thuốc (nếu cần) vào chai dịch rửa, nối dây dẫn với chai dịch rửa , treo chai dịch rửa lên cọc truyền, sát khuẩn tay nhanh.		

* Rửa bằng hệ thống dây dẫn			
5	Đặt khay hạt đậu giữa hai đùi, sát khuẩn đầu nối. Mang găng vô khuẩn		
5.1	Tháo đầu túi nước tiểu cho vào khay hạt đậu vô khuẩn		
5.2	Làm sạch đầu ống thông (trong và ngoài) bằng dung dịch sát khuẩn.		
5.3	Lắp dây dịch vào ống thông tiểu, cố định hệ thống nối tiếp.		
6	Chỉnh khóa cho dịch chảy vào bàng quang khoảng 250ml nước rửa (dung dịch rửa), khóa lại, dùng tay xoa vùng bàng quang.		
7	Sau 30 phút , nối đầu ống thông với đầu dây dẫn túi nước tiểu, mở khóa để nước chảy từ bàng quang ra túi dẫn nước tiểu.		
7.1	Quan sát đánh giá dịch rửa.		
7.2	Tiếp tục rửa nếu có chỉ định.		
* Rửa bằng bơm tiêm			
8	Pha betadine hoặc thuốc(nếu cần) vào chai dung dịch rửa, đổ dung dịch rửa vào khay hạt đậu vô khuẩn, sát khuẩn tay nhanh.		
9	Đặt khay hạt đậu giữa hai đùi người bệnh, sát khuẩn đầu nối. Mang găng vô khuẩn.		
9.1	Tháo đầu dây dẫn túi nước tiểu cho vào khay hạt đậu vô khuẩn.		
9.2	Làm sạch đầu ống thông (trong và ngoài) bằng dung dịch sát khuẩn.		
10	Hút dịch rửa vào bơm tiêm, và lắp vào đầu ống thông bơm vào bàng quang khoảng 25ml dung dịch rửa.		
11	Cho dịch chảy từ bàng quang ra hết (hoặc dùng bơm tiêm hút dịch từ từ), quan sát đánh giá dịch rửa bàng quang(màu sắc...).		
12	Thay túi nước tiểu mới (nếu cần).		
13	Lau khô vùng sinh dục, bỏ tấm ni lon dưới mông người bệnh		
14	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Dặn người bệnh những điều cần thiết.		
15	Thu dọn dụng cụ. Vệ sinh tay		
16	Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	PHỤ GIÚP CHỌC DÒ TỦY SỐNG	Mã số: QT.16.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

Chọc dò tủy sống nhằm 2 mục đích:

- Chẩn đoán dựa vào màu sắc, xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi khuẩn.
- Điều trị: bơm thuốc theo y lệnh để điều trị tại chỗ...

II. CHỈ ĐỊNH

- Hội chứng màng não, viêm màng não...

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ, người bệnh không tỉnh phải giải thích cho gia đình.

- Hướng dẫn gia đình những điều cần thiết: đại tiểu tiện trước khi làm thủ thuật.

- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp.

- Vệ sinh vùng chọc: vùng thắt lưng III, IV, V, hoặc giao điểm giữa đường nối 2 mào chậu với cột sống.

2. Địa điểm

- Tiến hành tại phòng thủ thuật có đầy đủ thuốc men và phương tiện cấp cứu. Nếu làm tại giường bệnh phải có bình phong che để không ảnh hưởng đến người bệnh khác.

3. Phương tiện

- Vô khuẩn: kim chọc, bơm kim tiêm 5ml, 20ml, một khóa chữ T nếu dùng áp kế Claude đo áp lực nước não tủy, khăn tay, khăn có lỗ, 2 kim kẹp khăn, gạc củ ấu, gạc vuông, panh, cốc con đựng dung dịch sát khuẩn.

- Sạch: Cồn iod 1%, cồn 70°

- + giá đựng ống nghiệm, phiếu xét nghiệm
- + Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ có kim giây.
- + khay quả đậu
- + Một mảnh nylon
- + Kéo, băng dính
- + áp kế Claude
- + Thuốc cấp cứu

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.
- Kiểm tra lại dụng cụ.

- Trải nylon lên giường.
- Người phụ 1: giữ người bệnh ở tư thế nằm nghiêng, lưng sát mép giường quay ra phía bác sĩ, người bệnh cong lưng, chân co gập vào bụng, 2 tay kẹp lấy đầu gối hoặc ôm lấy cổ.

- Người phụ 2:

- + Đổ cồn vào cốc con có gác củ ấu để bác sĩ sát khuẩn.

- + Trải khăn có lỗ lên vùng chọc.

- + Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng.

- + Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê.

- + Đưa kim chọc dò cho bác sĩ.

- + Quan sát sắc mặt, dặn người bệnh không được ho trong khi bác sĩ đâm kim.

- + Khi kim đã vào ống sống, dịch não tủy chảy ra, giúp người bệnh duỗi thẳng chân và bảo người bệnh thở đều.

- + Đưa áp kế Claude để bác sĩ đo áp lực nước não tủy (làm thủ thuật Queckenstes Stockey: lấy hai bàn tay đặt hai bên cổ người bệnh ép nhẹ, có thể thấy dịch: dịch não tủy chảy nhanh hơn: không có tắc đường lưu thông của dịch, dịch não tủy chảy chậm hoặc không tắc, có tắc đường lưu thông của dịch).

- Hứng dịch vào 3 ống nghiệm.

- Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.

- Đặt người bệnh nằm sấp trong 15 phút, sau đó nằm ngửa đầu thấp không gối trong 1- 2 giờ, không được ngồi dậy ngay cả khi đi đại tiện.

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, màu sắc của dịch nếu thấy bất thường phải báo bác sĩ ngay.

- Theo dõi đề phòng các tai biến.

- Gửi dịch đi xét nghiệm.

- Thu dọn và xử lý dụng cụ theo quy định.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành thủ thuật.

- Số lượng, màu sắc, tính chất dịch rút ra.

- Áp lực nước não tủy, số giọt trong 1 phút.

- Tình trạng và các diễn biến của người bệnh trước, trong và sau khi chọc.

VI. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH VÀ NGƯỜI BỆNH

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ tại giường, ủ ấm. Tránh vận động trong vài giờ đầu sau chọc. Nếu có triệu chứng nôn mửa, mạch chậm, co giật... báo ngay nhân viên y tế.

- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc của nhân viên y tế.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM PHỤ GIÚP CHỌC DÒ TỬ SÓNG

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: - Vô khuẩn: kim chọc, bơm kim tiêm 5ml, 20ml, một khóa chữ T nếu dùng áp kế Claude đo áp lực nước não tủy, khăn tay, khăn có lỗ, 2 kim kẹp khăn, gạc củ ấu, gạc vuông, panh, cốc con đựng dung dịch sát khuẩn. - Sạch: Cồn iod 1%, cồn 70° + Giá đựng ống nghiệm, phiếu xét nghiệm + Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ có kim giây. + khay quả đậu. + Một mảnh nylon. + Kéo, băng dính. + Áp kế Claude. + Thuốc cấp cứu.		
3	Người bệnh: Đôi chiếu, thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang.		
2	Giải thích người bệnh thủ thuật sắp làm để người bệnh cùng hợp tác.		
3	Kiểm tra lại dụng cụ đẩy xe đến bên người bệnh, thu xếp dụng cụ cho thuận tiện khi làm thủ thuật.		
4	Trải nylon lên giường.		
5	Người phụ 1: giữ người bệnh ở tư thế nằm nghiêng, lưng sát mép giường quay ra phía bác sĩ, người bệnh cong lưng, chân co gập vào bụng, 2 tay kẹp lấy đầu gối hoặc ôm lấy cổ.		

6	Người phụ 2:		
6.1	Đồ còn vào cốc con có gác củ ấu để bác sĩ sát khuẩn.		
6.2	Trải khăn có lỗ lên vùng chọc.		
6.3	Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng.		
6.4	Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê.		
6.5	Đưa kim chọc dò cho bác sĩ.		
6.6	Quan sát sắc mặt, dặn người bệnh không được ho trong khi bác sĩ đâm kim.		
6.7	Khi kim đã vào ống sống, dịch não tủy chảy ra, giúp người bệnh duỗi thẳng chân và bảo người bệnh thở đều.		
6.8	Đưa áp kế Claude để bác sĩ đo áp lực nước não tủy (làm thủ thuật Queckenstes Stockey: lấy hai bàn tay đặt hai bên cổ người bệnh ép nhẹ, có thể thấy dịch: dịch não tủy chảy nhanh hơn: không có tắc đường lưu thông của dịch, dịch não tủy chảy chậm hoặc không tắc, có tắc đường lưu thông của dịch).		
7	Hứng dịch vào ống nghiệm.		
8	Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.		
9	Đặt người bệnh nằm sấp trong 15 phút, sau đó nằm ngửa đầu thấp không gối trong 1- 2 giờ, không được ngồi dậy ngay cả khi đi đại tiện.		
10	Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, màu sắc của dịch nếu thấy bất thường phải báo bác sĩ ngay.		
11	Theo dõi đề phòng các tai biến.		
12	Gửi dịch đi xét nghiệm.		
13	Thu dọn dụng cụ. Phân loại rác thải đúng.		
14	Vệ sinh tay. Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

PHỤ GIÚP HỌC HÚT
MÀNG PHỔI

Mã số: **QT.17.ĐD**
Ngày ban hành: 23/6/2020
Lần ban hành: 01

I.MỤC ĐÍCH

Chọc hút màng phổi nhằm 2 mục đích:

- Chẩn đoán dựa vào màu sắc, các xét nghiệm tế bào, sinh hóa, vi khuẩn.
- Điều trị:

- + Chọc tháo bớt dịch để điều trị hội chứng chèn ép hoặc làm giảm bớt áp lực
 - + Bơm thuốc theo y lệnh để điều trị tại chỗ
 - + Hút hơi khi bị tràn khí màng phổi.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định: Người bệnh có tràn dịch, tràn khí màng phổi.

2.Chống chỉ định: Người bệnh có giãn phế nang, tràn khí màng phổi khu trú ít không cần hút để tự nhiên hơi sẽ hết dần.

III. CHUẨN BỊ

1.Người bệnh

- Giải thích động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ, người bệnh không tỉnh phải giải thích cho gia đình.

- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết: đại tiểu tiện trước khi làm thủ thuật.

- Lấy các dấu hiệu sinh tồn.

- Vệ sinh vùng chọc:

+ Chọc hút dịch thường chọc ở khoang liên sườn 8-9, bờ trên của xương sườn dưới, đường nách sau.

+ Chọc hút khí thường chọc ở khoang liên sườn 1-2 đường giữa xương đòn

2.Địa điểm

Tiến hành tại phòng thủ thuật có đầy đủ thuốc men và phương tiện cấp cứu.

3.Phương tiện

- Vô khuẩn:

+ Kim chọc

+Bơm tiêm 5ml, 20ml, 50ml

- + Một đoạn ống cao su có khóa điều chỉnh.
- + Găng tay, săng có lỗ, 2 kìm kẹp săng.
- + Gạc củ ấu, gạc vuông.
- + Panh kocher.
- + Cốc đựng dung dịch sát khuẩn.
- Sạch;
- + Cồn iod 1%, cồn 70⁰
- + Thuốc tê
- + Thuốc cấp cứu: adrenalin, dopamin....
- + Cốc thủy tinh đựng 100ml nước cất và 1 lọ acid acetic trong trường hợp thử phản ứng Rivalta.
- + Băng dính, kéo cắt băng .
- + Giá đựng ống nghiệm, phiếu xét nghiệm.
- + Huyết áp, ống nghe, đồng hồ có kim giây.
- + Khay quả đậu.
- + Một mảnh nylon.
- + 1 cốc đong nếu làm phản ứng Rivalta, 1 xô chứa dịch.
- + Máy hút hơi liên tục có đồng hồ đo áp lực hút từ 0-200m Bar, có bộ phận điều chỉnh lượng hơi hút ra có các số từ 0-10. Số càng to hơi hút càng nhiều, không nên để quá số 5.

IV. TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang , rửa tay.
- Kiểm tra lại dụng cụ.
- Đặt người bệnh nằm tư thế phù hợp, để lộ vùng chọc.
- Đổ cồn vào cốc có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn.
- Trải khăn có lỗ lên vùng chọc.
- Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng.
- Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê.
- Đưa kim chọc dò cho bác sĩ.
- Giữ người bệnh, quan sát sắc mặt, dặn người bệnh không được ho khi bác sĩ đâm kim.

- Trường hợp chọc hút dịch: hứng dịch vào 3 ống nghiệm. Phối hợp với bác sĩ đóng mở khóa khi bác sĩ tháo và lắp bơm tiêm để đề phòng khí tràn vào khoang màng phổi.

- Trường hợp chọc tháo thì nối ống thông vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào bình, điều chỉnh dịch chảy ra theo yêu cầu của bác sĩ.

- Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.

- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái, nghiêng về bên không chọc.

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, màu sắc của dịch nếu thấy bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.

- Theo dõi và đề phòng các tai biến: ngất, tràn khí màng phổi, phù phổi cấp...

- Gửi dịch đi xét nghiệm.

- Thu dọn dụng cụ và xử lý dụng cụ theo quy định.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày, giờ tiến hành thủ thuật.

- Số lượng, màu sắc, tính chất dịch rút ra.

- Tình trạng và diễn biến của người bệnh trước, trong và sau khi chọc.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ tại giường, nghiêng về bên lành, nếu thấy ho nhiều, tức ngực, khó chịu, khó thở thì báo ngay bác sĩ. Tránh vận động trong vài giờ đầu sau chọc.

- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc của nhân viên y tế.



TRUNG TÂM Y TẾ THẠNH UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM PHỤ GIÚP HỌC HÚT MÀNG PHỔI

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: Kim chọc, bơm tiêm 5ml, 20ml, 50ml Một đoạn ống cao su có khóa điều chỉnh, găng tay, băng có lỗ, 2 kìm kẹp băng , gạc củ ấu, gạc vuông, panh kocher.Cốc đựng dung dịch sát khuẩn.Cồn iod 1%, cồn 70 ⁰ thuốc tê, thuốc cấp cứu.... Khay quả đậu.Một mảnh nylon...		
3	Người bệnh: Đôi chiếu, thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.		
2	Kiểm tra lại dụng cụ đẩy xe đến bên người bệnh, thu xếp dụng cụ cho thuận tiện khi làm thủ thuật.		
3	Đặt người bệnh nằm tư thế phù hợp, để lộ vùng chọc.		
4	Đổ cồn vào cốc có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn.		
5	Trải khăn có lỗ lên vùng chọc.		
6	Trải khăn có lỗ lên vùng chọc.		
7	Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng.		
8	Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê.		
9	Đưa kim chọc dò cho bác sĩ.		
10	Giữ người bệnh, quan sát sắc mặt, dặn người bệnh không được ho khi bác sĩ đâm kim.		
11	Trường hợp chọc hút dịch: hứng dịch vào 3 ống nghiệm. Phối hợp với bác sĩ đóng mở khóa khi bác sĩ tháo và lắp bơm tiêm để đề phòng khí tràn vào khoang màng phổi		

12	Trường hợp chọc tháo thì nối ống thông vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào đình, điều chỉnh dịch chảy ra theo yêu cầu của bác sĩ.		
13	Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.		
14	Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái, nghiêng về bên không chọc.		
15	Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, màu sắc của dịch nếu thấy bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay		
16	Theo dõi và đề phòng các tai biến: ngất, tràn khí màng phổi, phù phổi cấp...		
17	Gửi dịch đi xét nghiệm.		
18	Thu dọn dụng cụ. Phân loại rác thải đúng.		
19	Vệ sinh tay. Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH - NV - ĐD

QUY TRÌNH KỸ THUẬT
THAY BĂNG RỬA
VẾT THƯƠNG

Mã số: **QT.18.ĐD**
Ngày ban hành: 23/6/2020
Lần ban hành: 01

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Mục đích

- Che chở vết thương, ngăn ngừa sự xâm nhập của vi khuẩn từ môi trường vào để tránh bội nhiễm.
- Tránh bị va chạm từ bên ngoài, giúp người bệnh yên tâm.
- Gửi vết thương sạch và mau lành.
- Thẩm hút chất bài tiết.
- Đắp thuốc vào vết thương nếu có chỉ định của bác sỹ.
- Cầm máu tại vết thương.
- Hạn chế phần nào sự cử động tại nơi có vết thương.
- Nâng đỡ các vị trí tổn thương bằng nẹp hoặc băng.
- Cung cấp và duy trì môi trường ẩm cho mô vết thương.
- Tạo điều kiện để quá trình liền sẹo của vết thương diễn biến tốt.

2. Nguyên tắc thay băng

- Đảm bảo tuyệt đối nguyên tắc vô khuẩn trong khi thay băng.
- Dụng cụ thay băng phải đảm bảo tiêu chuẩn, mỗi người bệnh một bộ dụng cụ riêng.
- Thực hiện thao tác nhẹ nhàng, nhanh chóng, không làm tổn thương thêm các tổ chức, rút ngắn thời gian đau đớn cho người bệnh.
- Rửa vết thương đúng nguyên tắc, đúng quy trình.
- Cần ưu tiên thay rửa vết thương vô khuẩn trước, đến vết thương sạch và sau cùng đến vết thương nhiễm khuẩn.
- Rửa da xung quanh vết thương rộng ra ngoài 3cm-5cm.
- Băng băng đắp vết thương phải phủ kín và cách rìa vết thương ít nhất 3-5cm.
- Đủ bông gạc thẩm hút trong 24 giờ(tuy nhiên khi dịch tiết nhiều, gạc ẩm dịch phải thay băng ngay để vết thương mau lành).
- Vết thương có tóc, lông cần được cắt bỏ cho sạch trước khi thay băng.
- Một số vết thương đặc biệt khi thay băng phải có y lệnh của bác sỹ(vết thương ghép da).

- Nếu có thuốc giảm đau phải dùng 20 phút trước khi thay băng.
- Nếu có xét nghiệm cấy tìm vi trùng phải lấy bớt mủ và chất tiết từ vết thương trước, sau đó dùng que vô khuẩn phết lên vùng đáy hoặc cạnh bên của vết thương.

- Thời gian bộc lộ vết thương càng ngắn càng tốt.

II. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG

1. Chuẩn bị Địa điểm

- Buồng thay băng vô khuẩn đảm bảo sạch sẽ, thoáng. Trường hợp người bệnh nặng thực hiện tại giường.

2. Chuẩn bị người bệnh

- Thông báo, giải thích động viên người bệnh và gia đình người bệnh biết mục đích công việc sắp làm, để người bệnh yên tâm phối hợp(nếu người bệnh tỉnh).

- Đặt người bệnh tư thế thích hợp.

3. Chuẩn bị dụng cụ

3.1. Dụng cụ vô khuẩn

*** Trong gói hoặc hộp gồm**

- + Kéo
- + Kẹp phẫu tích hoặc kẹp Kocher.
- + Bát kền hoặc cốc nhỏ.
- + Bông cầu, bông miếng, gạc củ ấu, gạc miếng có bông thấm nước(số lượng tùy tình trạng vết thương).
- + Khay hạt đậu vô khuẩn.
- + Găng vô khuẩn.

*** Dung dịch rửa các loại và thuốc**

- Dung dịch rửa:
 - + Dung dịch oxy già
 - + Dung dịch NaCl 0,9%.
- Dung dịch sát khuẩn Povidin, betadine.
- Thuốc theo y lệnh.

*** Dụng cụ khác**

- Khay chữ nhật, kéo cắt băng.
- Lọ cắm kim.
- Băng dính, băng cuộn.
- Tấm nylon (hoặc giấy lót).
- Túi hoặc khay quả đậu đựng băng bản, bình phong....

4. Tiến hành kỹ thuật

4.1 Kỹ thuật Thay băng vết thương vô khuẩn thông thường

- Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.
- Thông báo, giải thích cho bệnh nhân biết việc sắp làm để yên tâm phối hợp.
- Để người bệnh tư thế thuận tiện cho việc thay băng, trẻ em có người giữ.
- Sát khuẩn tay nhanh, lật nắp hộp đặt xuống duvois và dùng hộp đựng bông gạc, đổ dung dịch rửa, dung dịch sát khuẩn vào bát kền (hoặc nắp hộp), mở túi gạc miếng, gạc củ ấu sẵn sàng.
- Bộc lộ vết thương, trải tấm nylon dưới vùng thay băng và đặt túi nhỏ để đựng bông băng bẩn cạnh vết thương(nếu cần).
- Dùng tay hoặc kim nhẹ nhàng bóc băng bẩn, kim bỏ vào chậu dung dịch khử khuẩn, sát khuẩn tay nhanh.
- Quan sát đánh giá tình trạng vết thương.
- Mang găng vô khuẩn.
- Lau phía đối diện người bệnh trước, lau tiếp bên phía điều dưỡng viên sau (lau từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, từ cao xuống thấp). Gấp gạc củ ấu thấm nước muối lau cách mép vết thương 0,5cm hất ra, miết sát gạc củ ấu vào da người bệnh, quan sát gạc củ ấu, nếu còn đen thì tiếp tục rửa cho đến khi sạch.
- Dùng gạc thấm khô dịch trên vết thương.
- Sát khuẩn vết thương bằng dung dịch sát khuẩn (tùy theo tình trạng vết thương mà thay panh hay không , giữa các thì phải thay gạc củ ấu mới).
- Đặt gạc vô khuẩn che kín vết thương, chùm ra nga ngoài vết thương 1-2cm, rồi băng lại(băng băng dính).
- Cho người bệnh nằm lại tư thế thoải mái, kéo quần áo cho ngay ngắn, dặn người bệnh những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, gấp tấm nylon (mặt bẩn vào trong) để vào chậu dung dịch khử khuẩn(nếu có).
- Tháo găng, vệ sinh tay.
- Ghi phiếu chăm sóc: tình trạng vết thương và người bệnh, ghi cách xử trí, các vấn đề chăm sóc, tên người thay băng, ngày thực hiện.

4.2. Kỹ thuật thay băng rửa vết thương nhiễm khuẩn

- Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.
- Thông báo, giải thích động viên để người bệnh yên tâm phối hợp.
- Để người bệnh tư thế thuận tiện cho việc thay băng, trẻ em có người giữ.
- Che bình phong (nếu cần).

- Sát khuẩn tay nhanh, lật nắp hộp đặt xuống dưới và dùng hộp đựng bông gạc, đổ dung dịch rửa, dung dịch sát khuẩn vào bát kền (hoặc nắp hộp), mở túi gạc miếng, gạc củ ấu sẵn sàng.

- Bộc lộ vết thương, trải tấm nylin dưới vùng thay băng và đặt túi nhỏ để đựng bông băng bẩn cạnh vết thương(nếu cần).

- Dùng tay hoặc kim nhẹ nhàng bóc băng bẩn, kim bỏ vào chậu dung dịch khử khuẩn, sát khuẩn tay nhanh.

- Quan sát đánh giá tình trạng vết thương.

- Mang găng vô khuẩn.

- Lau phía đối diện người bệnh trước, lau tiếp bên phía điều dưỡng viên sau (lau từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, từ cao xuống thấp). Gấp gạc củ ấu thấm nước muối lau cách mép vết thương 0,5cm hất ra, miết sát gạc củ ấu vào da người bệnh, quan sát gạc củ ấu, nếu còn đen thì tiếp tục rửa cho đến khi sạch.

- Dùng kẹp gấp gạc ép 2 mép vết thương hoặc lăn từ trên xuống để lấy dịch bẩn đọng bên trong, dùng gạc thấm khô.

- Dùng bơm tiêm hút oxy già bơm vào vết thương, rửa nhiều lần cho sạch vết thương, dùng gạc thấm khô.

- Rửa lại vết thương bằng nước muối sinh lý, dùng gạc củ ấu thấm khô trên vết thương.

- Sát khuẩn vết thương bằng dung dịch sát khuẩn, đắp thuốc theo y lệnh(nếu có).

- Đặt gạc vô khuẩn kín trùm ra ngoài vết thương 2cm , băng lại (băng băng dính).

- Cho người bệnh nằm tư thế thoải mái, kéo quần áo cho ngay ngắn, dặn người bệnh những điều cần thiết.

- Thu dọn dụng cụ, gấp tấm nylon để vào chậu dung dịch khử khuẩn để khử nhiễm.

- Tháo găng, vệ sinh tay, đánh dấu vào sổ thực hiện y lệnh.

- Ghi phiếu chăm sóc: Tình trạng vết thương, người bệnh, cách xử trí, các vấn đề chăm sóc, tên người thay băng, ngày giờ thực hiện.

4.3. Kỹ thuật thay băng rửa vết thương có ống dẫn lưu

- Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.

- Thông báo, giải thích động viên để người bệnh yên tâm phối hợp.

- Để người bệnh tư thế thuận tiện cho việc thay băng, trẻ em có người giữ.

- Che bình phong (nếu cần).

- Sát khuẩn tay nhanh, lật nắp hộp đặt xuống dưới và dùng hộp đựng bông gạc, đổ dung dịch rửa, dung dịch sát khuẩn vào bát kền (hoặc nắp hộp), mở túi gạc miếng, gạc củ ấu sẵn sàng.

- Bộc lộ vết thương, trải tấm nylon dưới vùng thay băng và đặt túi nhỏ để đựng bông băng bẩn cạnh vết thương(nếu cần).

- Dùng tay hoặc kim nhẹ nhàng bóc băng bẩn, kim bỏ vào chậu dung dịch khử khuẩn, sát khuẩn tay nhanh.

- Quan sát đánh giá tình trạng vết thương.

- Mang găng vô khuẩn.

- Dùng kẹp rửa chân ống dẫn lưu bằng nước muối sinh lý hoặc oxy già từ trong ra ngoài, ấn nhẹ xung quanh ống dẫn lưu để dịch chảy ra (nếu có) rửa thân dẫn lưu khoảng 5cm (từ chân ống lên) hút dịch trong ống dẫn lưu, bơm rửa (nếu có y lệnh), thấm khô.

- Sát khuẩn quanh chân và thân ống dẫn lưu bằng dung dịch sát khuẩn.

- Cắt gạc hình chữ L(hoặc chữ M), đặt gạc lên chân ống dẫn lưu, cố định bằng băng dính, thay túi dẫn lưu mới (nếu cần).

- Cho người bệnh nằm tư thế thoải mái, kéo quần áo cho ngay ngắn, dặn người bệnh những điều cần thiết.

- Thu dọn dụng cụ, gập tấm nylon để vào chậu dung dịch khử khuẩn để khử nhiễm.

- Tháo găng, vệ sinh tay, đánh dấu vào sổ thực hiện y lệnh.

- Ghi phiếu chăm sóc: Tình trạng vết thương, người bệnh, cách xử trí, các vấn đề chăm sóc, tên người thay băng, ngày giờ thực hiện.

5. Những điểm cần lưu ý

- Áp dụng kỹ thuật vô trùng hoàn toàn trong khi thay băng.

- Luôn quan sát tình trạng người bệnh, vết thương khi thay băng.

- Thay băng vết thương sạch trước, vết thương bị nhiễm khuẩn sau hoặc vết thương ở các vị trí bẩn sau(hậu môn nhân tạo. . .).



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY
BĂNG RỬA VẾT THƯƠNG**

Khoa ngày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: Trong gói hoặc hộp gồm Kéo, Kẹp phẫu tích hoặc kẹp Kocher, bát kèn hoặc cốc nhỏ, bông cầu, bông miếng, gạc củ ấu, gạc miếng có bông thấm nước (số lượng tùy tình trạng vết thương), khay hạt đậu vô khuẩn, găng vô khuẩn. Dung dịch rửa các loại và thuốc - Dung dịch oxy già - Dung dịch NaCl 0,9%. - Dung dịch sát khuẩn Povidin, betadine. - Thuốc theo y lệnh. Dụng cụ khác - Khay chữ nhật, kéo cắt băng. - Lọ cầm kim. - Băng dính, băng cuộn. - Tấm nylon (hoặc giấy lót). - Túi hoặc khay quả đậu đựng băng bản, bình phong....		
3	Người bệnh: Đôi chiếu, thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng, vệ sinh tay, đội mũ , đeo khẩu trang.		
2	Thông báo, giải thích động viên để người bệnh yên tâm phối hợp.		
3	Hướng dẫn người bệnh nằm ở tư thế thoải mái, thuận tiện khi thay băng.		

4	Che bình phong (nếu cần).		
5	Sát khuẩn tay nhanh, lật nắp hộp đặt xuống dưới và dùng hộp đựng bông gạc, đồ dung dịch rửa, dung dịch sát khuẩn vào bát kê (hoặc nắp hộp), mở túi gạc miếng, gạc củ ấu sẵn sàng.		
6	Bộc lộ vết thương, trải tấm nylon dưới vùng thay băng và đặt túi nhỏ để đựng bông băng bản cạnh vết thương(nếu cần).		
7	Quan sát đánh giá tình trạng vết thương.		
8	Mang găng vô khuẩn.		
9. Thay băng rửa vết thương thông thường			
9	Lau phía đối diện người bệnh trước, lau tiếp bên phía điều dưỡng viên sau (lau từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, từ cao xuống thấp). Gấp gạc củ ấu thấm nước muối lau cách mép vết thương 0,5cm hát ra, miết sát gạc củ ấu vào da người bệnh, quan sát gạc củ ấu, nếu còn đen thì tiếp tục rửa cho đến khi sạch.		
9.1	Dùng gạc thấm khô dịch trên vết thương.		
9.2	Sát khuẩn vết thương bằng dung dịch sát khuẩn (tùy theo tình trạng vết thương mà thay panh hay không , giữa các thì phải thay gạc củ ấu mới).		
9.3	Đặt gạc vô khuẩn che kín vết thương, chùm ra nga ngoài vết thương 1-2cm, rồi băng lại(băng băng dính).		
10. Thay băng rửa vết thương nhiễm khuẩn			
10.1	Lau phía đối diện người bệnh trước, lau tiếp bên phía điều dưỡng viên sau (từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, từ cao xuống thấp). Gấp gạc củ ấu thấm nước muối lau cách mép vết thương 0,5cm hát ra, miết sát gạc củ ấu vào da người bệnh, quan sát gạc củ ấu, nếu còn đen thì tiếp tục rửa cho đến khi sạch.		
10.2	Dùng kẹp gấp gạc ép 2 mép vết thương hoặc lăn từ trên xuống để lấy dịch bản động bên trong, dùng gạc thấm khô.		
10.3	Dùng bơm tiêm hút oxy già bơm vào vết thương, rửa nhiều lần cho sạch vết thương, dùng gạc thấm khô.		
10.4	Rửa lại vết thương bằng nước muối sinh lý, dùng gạc củ ấu thấm khô trên vết thương.		
10.5	Sát khuẩn vết thương bằng dung dịch sát khuẩn (tùy theo tình trạng vết thương mà thay panh (kẹp) hay không , giữa các thì phải thay gạc củ ấu mới).		
10.6	Đặt gạc vô khuẩn che kín vết thương, chùm ra ngoài vết		

	thương 1-2cm, rồi băng lại(băng băng dính).		
11. Thay băng rửa vết thương có ống dẫn lưu			
11.1	Dùng kẹp rửa chân ống dẫn lưu bằng nước muối sinh lý hoặc oxy già từ trong ra ngoài, ấn nhẹ xung quanh ống dẫn lưu để dịch chảy ra (nếu có) rửa thân dẫn lưu khoảng 5cm (từ chân ống lên) hút dịch trong ống dẫn lưu, bơm rửa (nếu có y lệnh), thấm khô.		
11.2	Sát khuẩn quanh chân và thân ống dẫn lưu bằng dung dịch sát khuẩn.		
11.3	Cắt gạc hình chữ L(hoặc chữ M), đặt gạc lên chân ống dẫn lưu, cố định bằng băng dính, thay túi dẫn lưu mới (nếu cần).		
14	Cho người bệnh nằm lại tư thế thoải mái, kéo quần áo cho ngay ngắn, dặn người bệnh những điều cần thiết.		
15	Thu dọn dụng cụ, gập tấm nylon (mặt bẩn vào trong) để vào chậu dung dịch khử khuẩn(nếu có).		
16	Tháo găng. Vệ sinh tay.		
17	Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

KỸ THUẬT BĂNG BÓ

Mã số: **QT.19.ĐD**

Ngày ban hành: 23/6/2020

Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Cầm máu: băng ép trong vết thương phần mềm có chảy máu.
- Bảo vệ, che chở vết thương.
- Chống nhiễm khuẩn thứ phát, thấm hút dịch, máu.
- Phi hợp với nẹp để cố định xương gãy tạm thời.
- Nâng đỡ các phần bị thương hoặc các bộ phận bị sa.

II. NGUYÊN TẮC

- Lau vết thương sạch sẽ.
- Đảm bảo vô khuẩn khi sơ cứu băng vết thương
- Che kín vết thương ngăn ngừa nhiễm khuẩn
- Cuộn băng lăn sát cơ thể người bệnh từ trái sang phải không để rơi băng
- Băng từ dưới lên trên để hở các đầu chi để theo dõi lưu thông mạch máu
- Băng chặt vừa phải, vòng sau đè lên $\frac{1}{2}$ hoặc $\frac{2}{3}$ vòng trước
- Băng nhẹ nhàng, không làm đau đớn tổn thương thêm các tổ chức
- Nút buộc băng tránh đè lên vết thương, đầu xương, mặt trong chân tay, chỗ bị tỳ đè, chỗ dễ cọ xát.
- Tháo băng cũ bằng tay hoặc có thể dùng kéo đầu tù cắt băng để tháo bỏ nhanh.

III. CÁC LOẠI BĂNG

1. Băng cuộn

- Băng cuộn là loại băng thường dùng để:
 - + Băng ép tại chỗ vết thương chặn sự chảy máu
 - + Hạn chế cử động và cố định trong trường hợp gãy xương.
- Băng cuộn thường làm bằng vải, len hay thun hoặc bằng gạc..., một cuộn băng gồm có 3 phần:
 - + Đầu băng là phần đã cuộn chặt ở bên trong
 - + Thân băng là phần lõi
 - + Đuôi băng là phần chưa cuộn lại

2. Băng dính

Dùng thuận tiện nhưng không có tác dụng băng ép chặt, đặc biệt với vết thương phần mềm có chảy máu sẽ không có tác dụng dính để cố định vết thương.

3. Băng tam giác

Loại băng này dùng đơn giản và nhanh chóng hơn băng cuộn, rất phù hợp trong các trường hợp cấp cứu, thường dùng để nâng đỡ che chở chi trên hay giữ vật liệu băng bó ở đầu và ở chân, nhưng ít tác dụng tổng cầm máu so với băng cuộn.

4. Băng dải: Băng dải gồm có băng chữ T hoặc băng nhiều dải.

IV. CÁC KIỂU BĂNG CƠ BẢN

1. Các kiểu băng cơ bản: Tùy từng vị trí để áp dụng băng cho thích hợp

- Băng vòng
- Băng rắn quấn
- Băng xoáy ốc
- Băng chữ nhân
- Băng vòng gập lại (băng hồi quy)
- Băng số 8

2. Kỹ thuật sơ cứu vết thương

Đối với vết thương bề mặt rộng và sâu hơn: có thể ép kín hai mép gần nhau, lau sạch vết thương, băng vết thương đúng kỹ thuật, nhanh chóng chuyển đến bệnh viện ngoại khoa xử trí.

Vết thương lớn: Đối với vết thương lớn sâu, khi xử trí cầm máu có thể lau xung quanh vết thương bằng dung dịch nước muối sinh lý, hoặc bằng nước chín. Chỉ lấy dị vật hoặc bụi bẩn ra khỏi vết thương khi có thể lấy ra dễ dàng. Không được thăm dò vết thương, sau đó băng bó vết thương đúng kỹ thuật rồi chuyển nạn nhân đến bệnh viện ngoại khoa để xử trí càng sớm càng tốt. Trong khi chờ đợi và trên đường vận chuyển phải theo dõi sát nạn nhân. Giữ ở tư thế đúng, phòng và xử trí sốc có thể xảy ra.

Chú ý: Nếu có thể nên cố định vết thương vào phần không bị tổn thương của cơ thể và nâng cao vết thương.

V. KỸ THUẬT BĂNG BĂNG CUỘN BĂNG

1. Băng vòng

- Băng nhiều vòng ở một chỗ trên cơ thể, vòng sau đè khít lên vòng trước. thường áp dụng băng: các vòng khóa, băng ở cổ, ở trán..v.v..

2. Băng rắn quấn

Băng chéo lên trên và xuống dưới, vòng sau đè lên vòng trước, giữa hai vòng có khoảng trống

3. Băng xoáy ốc

- Lăn tròn cuộn băng trên bộ phận cần băng từ trái sang phải
- Đường sau chéo lên trên và song song với những đường băng trước. đường sau chồng lên đường trước $\frac{1}{2}$ hoặc $\frac{2}{3}$ bề rộng cuộn băng.

- dùng để băng những chỗ đều nhau và dài trên cơ thể như cánh tay, ngón tay, nửa người trên

4. Băng chữ nhân

- Bắt đầu băng hai vòng để làm vòng khóa, sau đó băng chéo lên trên.
- Ngón cái tay trái đè lên chỗ chéo định gấp, giữ chặt vòng băng, nói dài cuộn băng, tay phải lật cuộn băng kéo xuống và gấp lại. Sau đó cứ băng như vật đến khi che kín hết vết thương.

- Kết thúc với hai vòng để làm vòng khóa cố định.

Chú ý: Các phân lật đều nhau và khoảng cách đều nhau, không để các phân gấp lại đè trên vết thương (hoặc trên chỗ xương lồi). Thường áp dụng băng những vị trí không đều nhau như cẳng tay, cẳng chân.

5. Băng số tám

Băng theo hình rắn quấn nhưng lượt trên lượt dưới vắt chéo nhau, vòng sau bắt chéo vòng trước ở phía trên, đè lên vòng trước $\frac{1}{2}$ hay $\frac{2}{3}$ khoảng trống hình số tám dưới chỗ băng. Thường áp dụng để băng vai, bẹn, ngực, nách, gáy, đầu gối, gót chân.

6. Băng vòng gấp lại (hồi quy)

- Băng vòng gấp lại nhiều lần từ trước ra sau, rồi từ sau ra trước.
- vòng thứ nhất thường băng ở giữa, các vòng sau băng lan dần sang hai bên kiểu rẽ quạt, mỗi vòng đều trở về chỗ bắt đầu băng cho đến khi kín chỗ cần băng.
- Kết thúc bằng hai vòng khóa cố định
- Thường áp dụng băng ở đầu, kín bàn tay, đầu các móm cụt

VI. ÁP DỤNG CÁC KIỂU BĂNG VÀO CÁC VỊ TRÍ CỦA CƠ THỂ

1. Băng ngón

1.1. Băng một ngón

- Băng hai vòng ở cổ tay
- Kéo băng từ mu bàn tay đến gốc ngón tay trở
- Băng rắn quấn đến gần đầu ngón tay, sau đó quấn một vòng quanh ngón (chú ý để hở đầu ngón để theo dõi sự lưu thông của mạch máu)
- Băng xoay ốc trở về đến gốc ngón
- Băng từ gốc ngón tay trở, trở về lại cổ tay và băng hai vòng ở cổ tay để cố định. Băng ngón cái
- Băng hai vòng khóa ở cổ tay, kéo từ mu bàn tay đến gốc ngón cái
- Băng hình rắn quấn đến đầu ngón tay, quấn một vòng, băng xoay ốc về gốc ngón cái
- Vòng qua lòng và mu bàn tay đến gốc ngón cái
- Băng theo cách trên, vòng sau đè lên vòng trước $\frac{1}{2}$ hoặc $\frac{2}{2}$ cho đến khi băng kín chỗ cần băng
- Quấn hai vòng ở cổ tay để cố định băng

1.2. Băng kín năm ngón

- Băng hai vòng khóa ở cổ tay
- Băng từ mu bàn tay đến gốc ngón út (nếu băng tay trái thì kéo đến ngón cái), băng rắn quấn đến đầu ngón tay rồi cuộn một vòng.

- Băng xoáy ốc về đến gốc ngón rồi lại trở về mép của bàn tay
- Từ mu bàn tay lên đến ngón thứ hai, băng kín theo cách trên lại trở về mép của bàn tay. Cứ như thế băng tuần tự các ngón kế tiếp cho đến khi băng kín ngón cái.

- Băng hai vòng khóa cố định ở cổ tay.

Chú ý: nếu cần băng kín cả đầu ngón tay thì mỗi lượt băng đến đầu ngón đều áp dụng cách băng vòng gấp lại.

2. Băng bàn tay

2.1. Băng mu và lòng bàn tay

Thứ tự cũng như băng kín năm ngón, nhưng mỗi lượt băng đến gốc ngón không cần băng đến đầu ngón mà chỉ băng một vòng ở gốc ngón rồi trở về bên mép bàn tay. Nếu băng lòng bàn tay thì phải băng chéo qua lòng bàn tay đến gốc các ngón tay, nếu băng mu bàn tay thì đường băng chéo qua mu bàn tay kín đến gốc các ngón tay, cứ băng lần lượt như trên đến khi kín vết thương.

2.2. Băng kín bàn tay

Băng kín bốn ngón: băng kín bốn đầu ngón tay theo cách băng vòng gấp lại, khi kín bốn ngón, ngón cái và ngón trở tay trái giữ lấy phần đã băng của bốn ngón, sau đó tay cầm cuộn băng cuộn hai vòng ngang ở các ngón đã được băng che phủ để giữ băng cho chắc và tiếp tục băng kín bàn tay theo kiểu số tám, sau đó băng hai vòng khóa để cố định ở cổ tay. Nếu cần băng kín cả ngón tay, áp dụng kiểu băng ngón cái đến khi kín ngón cái.

2.3. Băng bàn tay hở ngón

- Băng hai vòng khóa cố định ở ngang bốn ngón tay
- Băng hình số tám ở mu bàn tay cho kín vết thương
- Băng hai vòng khóa cố định ở cổ tay.

3. Băng khuỷu tay

- Băng hai vòng khóa để cố định ở khuỷu tay
- Băng theo hình số tám bắt chéo ở trước khuỷu tay, vòng sau đè lên vòng trước $\frac{1}{2}$ hay $\frac{2}{3}$
- Băng hai vòng cố định ở cánh tay rồi buộc nút

4. Băng vú

4.1. Băng một vú trái

- Bắt đầu băng bằng hai vòng khóa cố định từ dưới vú
- Kéo dài băng vòng ra sau lưng chéo lên vai phải rồi chéo xuống phía trái để băng phần trong vú trái.
- Các đường băng sau vòng ra phía sau lưng, nách phải chéo để đè lên vòng trước $\frac{1}{2}$ hoặc $\frac{2}{3}$, cứ tiếp tục băng như trên cho đến khi kín vú
- Kết thúc băng hai vòng khóa dưới vú để cố định

4.2. Băng hai vú

Giống như băng một vú nhưng chéo sang cả hai bên để băng kín hai vú

5. Băng vai

- Băng vai theo cách băng hình số tám.
- Băng hai vòng khóa cố định đầu băng ở cánh tay gần nách, bên vai bị thương bên lành (đệm sẵn bông) qua lưng về vai bị thương.
- Cứ băng như thế, băng dần lên trên, lượt sau đè lên lượt trước $\frac{1}{2}$ hay $\frac{2}{3}$ băng kín vết thương ở vai và cố định băng ở trước ngực.

6. Băng kiểu venpô

- Cách băng này dùng để giữ vai bị thương như gãy xương đòn, gãy xương cánh tay.
- Đặt bàn tay đau người bệnh để lên vai bên lành
- Đặt đầu băng sát nách bên vai lành qua lưng đến vai đau, qua đầu vai bị thương luôn xuống dưới khuỷu, đường băng bọc ngoài tay, ép tay sát ngực, vòng đầu ngang khuỷu tay đau và cứ băng như vậy cho tới cổ tay đau (vòng sau chồng lên $\frac{1}{2}$ hoặc $\frac{2}{3}$ vòng trước)
- Kết thúc bằng đường băng cố định trước ngực để giữ tay cho chặt.

7. Băng ngực

Gấp hai dải ở vai xuống bắt chéo trước ngực rồi băng từ trên xuống, buộc hay ghim lại, băng vừa phải, không lỏng, không chặt, tránh làm trở ngại đến hô hấp.

8. Băng bụng

Để bệnh nhân nằm ngửa, băng từ dưới lên trên theo kiểu băng hình số tám vòng sau đè lên vòng trước $\frac{1}{2}$ hoặc $\frac{2}{3}$ cho đến khi kín vết thương, băng đều không chặt, không lỏng, cuối cùng băng hai vòng quanh bụng để cố định.

9. Băng nách kiểu số tám

10. Băng đầu

10.1. Băng trán

- Bắt đầu từ trên tai phải, chéo qua phía trên trán, tai và xương chẩm về chỗ bắt đầu, băng thêm lần nữa để cố định
- Băng vài vòng, nhưng vòng sau đến chỗ trán thì thấp hơn vòng trước đến chỗ xương chẩm (gáy) thì cao hơn vòng trước, vòng sau đè lên vòng trước $\frac{1}{2}$, cho đến khi băng kín trán.
- Vòng cuối cùng băng thêm một vòng cố định băng.

10.2. Băng đỉnh đầu

- Băng hai vòng ngang trán quanh đầu làm vòng khóa. Tiếp theo kéo băng từ giữa trán, thì lật cuộn băng lên trên, ngón cái và ngón trỏ tay trái giữ lấy băng và đưa băng qua đỉnh đầu tới xương chẩm, nhờ người bệnh hoặc người phụ giữ lấy.
- Cứ tiếp tục lật cuộn băng từ sau ra trước, nhưng mỗi vòng phải trở về chỗ ban đầu tỏa dần ra hai bên cho đến khi băng kín vết thương.
- Kết thúc bằng hai vòng cố định quanh đầu.

- Nếu không có người phụ giúp, người bệnh không giúp được thì băng đầu kiểu hai cuộn: một cuộn chỉ vòng quanh đầu, một cuộn chỉ băng vòng lật lại từ trước ra sau và ngược lại.

11. Băng mắt

11.1. Băng một mắt

- Bắt đầu băng từ thái dương lên mắt đau, vòng sang bên kia (nếu băng bên phải thì bắt đầu từ thái dương bên phải vòng sang bên trái) qua phía trên tai trái, dưới chỗ phình xương chẩm trên tai phải, về chỗ bắt đầu (băng như thế hai vòng để cố định băng)

- Lần thứ hai, từ chỗ phình xương chẩm qua dưới tai phải, chéo lên che kín mắt phải đưa mép dưới băng qua sống mũi, rồi lại qua trên thái dương đến chỗ phình xương chẩm.

- Cứ thế vòng sau đè dần lên vòng trước ở chỗ tai phải và chéo dần xuống phía trên thái dương, cho đến khi băng kín mắt, rồi băng hai vòng trên để cố định.

11.2. Băng hai mắt

- Bắt đầu băng như cách băng một mắt, sau khi băng một vòng mắt phải thì qua chỗ lõm xương đỉnh, vòng qua đầu đến chỗ lõm xương đỉnh bên phải, thì chéo xuống qua mắt trái, mép dưới băng qua sống mũi bắt chéo với vòng trước, từ dái tai trước vòng đến gáy. Cứ như thế băng cho kín cả hai mắt, sau cùng băng hai vòng quanh trán để cố định băng.

12. Băng gáy

- Điều dưỡng viên đứng sau gáy người bệnh.
- Bắt đầu hai vòng tròn quanh đầu để cố định băng cho chặt.
- Hướng đường băng xuống gáy.
- Quấn $\frac{1}{2}$ vòng quanh cổ, không xiết chặt.
- Hướng đường băng đi lên bắt chéo với vòng trước $\frac{1}{2}$ vòng tròn quanh đầu và tiếp tục cho đến khi kín gáy.
- Kết thúc hai vòng quanh đầu và cố định băng cho chặt.

13. Băng bẹn

13.1. Băng chẹn theo hình số tám từ trên xuống dưới

- Đặt băng chéo ở bẹn (đầu băng chéo xuống dưới).
- Vòng qua lưng đến gai chậu bên kia, từ bụng chéo qua xương mua đến phía ngoài đùi, đè lên đầu băng.
- Qua phía sau đùi đến phía trong đùi, chéo lên qua lưng, đến gai chậu bên kia.
- Làm lại theo hai hướng như trên, băng dần xuống dưới, vòng sau đè lên vòng trước $\frac{2}{3}$ hay $\frac{1}{2}$ cuối cùng cố định băng ở đùi sát bẹn (chú ý: tránh băng đưa xuống đùi nhiều sẽ thành băng kín đùi)

13.2. Băng bẹn theo hình số tám để băng hai bẹn

- Băng theo hình số tám, từ dưới lên, vòng qua lưng đến gai chậu bên phải, qua bụng chéo xuống xương mu đến phía ngoài đùi.
- Cuộn một vòng từ phía trong đùi trái chéo lên đến gai chậu bên trái.
- Vòng qua lưng đến xương hông bên phải, qua bụng chéo xuống đến trong đùi phải, vòng từ phía sau đùi đến phía ngoài.
- Cứ thế băng theo cách băng hai hình số tám, cho đến khi băng xong.

14. Băng bàn chân

14.1. Băng bàn chân hở gót

- Băng hai vòng khóa ở gần ngón
- Băng chéo qua mu bàn chân, vòng qua mắt cá
- Băng chéo qua mu bàn chân bắt chéo với vòng trước, qua gan bàn chân về tới chỗ cũ
- Vòng sau đè lên vòng trước $\frac{1}{2}$ hay $\frac{2}{3}$, cứ băng như thế cho tới khi băng kín cả bàn chân.
- Cuộn hai vòng ở cổ chân để cố định băng.

14.2 Băng gót chân

- Cuộn hai vòng từ gót chân lên phía trên mu chân
- Từ cạnh mắt cá chéo qua mu chân xuống gan chân, băng kín $\frac{1}{3}$ gót
- Từ gan bàn chân qua mu chân bắt chéo với vòng trước, vòng đến cạnh mắt cá, đè lên vòng trước $\frac{1}{2}$ hay $\frac{2}{3}$.
- Băng hình số tám băng dần lên mắt cá hay mu chân, các vòng gặp nhau bắt chéo ở phía trên mu chân, băng kín gót chân.
- Băng hai vòng cố định ở cổ chân

14.3. Băng đầu gối

- Bắt đầu băng hai vòng tròn ngay đầu gối để cố định băng cho chặt.
- Tiếp tục một vòng tròn nửa chông lên vòng băng vừa cố định là $\frac{1}{2}$ hoặc $\frac{2}{3}$ ở phía trên của vòng băng đã cố định. Tiếp theo băng một vòng chông lên $\frac{1}{2}$ hoặc $\frac{2}{3}$ ở phía dưới của vòng băng đã cố định.
- Băng kiểu số tám (đẻ quạt) cho đến khi băng kín vết thương

VII. BĂNG BẰNG KHĂN TAM GIÁC

1. Băng treo

1.1. Băng treo rộng.

Đặt một góc băng lên vai tay lành, góc giữa ở chỗ khuỷu tay dưới nách tay đau, kéo góc ở dưới lên buộc nút ở cổ, để giữ căng tay ở trên băng treo, gấp góc 90^0 theo tư thế cơ năng của chi trên, cuối cùng, gấp góc đầu thừa của góc đỉnh cho gọn rồi cài kim băng (hoặc băng dính).

1.2. Băng treo hẹp

Gấp khăn tam giác thành dải hẹp (để thay bằng băng cuộn) rồi treo căng tay lên như cánh tay

2. Băng mặt

Trường hợp cả hai mắt bị bông hay bị thương, trước hết buộc nút ở góc đỉnh chụp lấy đầu và mặt, khoét lỗ con ở mắt (hai mắt và chỗ mũi miệng) rồi kéo hai góc trái và phải của khăn ra sau gáy và vòng về đằng trước buộc nút ở phía trước cổ.

3. Băng chữ thập

Khi cần đỡ lấy hàm dưới hay băng ép động mạch thái dương dùng băng chữ thập.

4. Băng bàn tay

- *Băng kín bàn tay*

Đặt bàn tay vào giữa khăn tam giác, ngón tay hướng lên góc đỉnh, gấp góc đỉnh lên sau bàn tay, góc trái và góc phải bắt chéo ở mu bàn tay, rồi xuống đến cổ tay lại vòng lại lên mu bàn tay và buộc nút, gấp góc đỉnh lên che lấy chỗ buộc nút.

- *Băng lòng bàn tay*

Gấp khăn tam giác thành dải, từ lòng bàn tay, vòng đến mu bàn tay bắt chéo rồi kéo về phía cổ tay, rồi buộc nút ở phía mu bàn tay

- *Băng bàn tay nắm*

Trong trường hợp bàn tay chảy máu, cho người bệnh nắm 1 cuộn bông gạc, rồi gấp khăn tam giác thành dải băng quanh nắm tay rồi buộc nút ở cổ tay.

5. Băng khuỷu tay bằng khăn tam giác

Gấp phía cạnh dưới của khăn tam giác (rộng khoảng 5cm) góc đỉnh quay lên trên vai góc trái hoặc phải vòng qua cánh tay dưới bắt chéo phía trên khuỷu tay, rồi vòng lên cánh tay trên và buộc nút, gấp góc đỉnh xuống.

6. Băng cả bàn chân (Cũng như băng kín bàn tay)

7. Băng khớp gối (Cũng như băng khuỷu tay)

8. Băng bẹn

Gấp khăn tam giác thành dải hẹp, vòng qua bẹn theo cách băng số tám, rồi kéo lên gai chậu để buộc nút, nếu một dải ngắn quá thì có thể nối hai dải làm một

9. Băng ngực

Nếu là băng ngực bên phải thì đặt góc đỉnh lên vai phải rồi luồn hai góc trái và phải qua dưới nách đến lưng, buộc ở nút bên phải giữa góc trái với phần giữa góc phải, rồi kéo góc phải lên vai, buộc với góc đỉnh. Nếu là ngực bên trái, thì đặt góc đỉnh lên vai trái và cũng tiến hành như thế ở bên trái.

10. Băng hông

Góc đỉnh khăn quay lên phía trên dẩy lên bông gạc lấy một dải khăn tam giác khác vòng qua sườn buộc nút để giữ lấy góc đỉnh, phía dưới khăn gấp lại rộng độ hai ngón tay, vòng qua đùi rồi buộc nút

11. Băng lưng

Giống như băng ngực, nhưng buộc nút ở trước ngực và trước vai

VIII. BĂNG DẢI

Băng dải gồm có băng chữ T hoặc băng nhiều dải

1. Băng chữ T

- Làm bằng vải, chiều rộng cỡ 8cm
- Dải rộng từ 75-90cm
- Dải ngang dài 90-120cm
- Băng chữ T một dải dọc dùng để băng tầng sinh môn hay bộ phận sinh dục nữ.
- Băng chữ T hai dải dọc (15cm xẻ đôi) dùng để băng nâng tinh hoàn.

2. Băng nhiều dải

Gồm có bốn hoặc năm dải

- Bề rộng mỗi dải 10-15cm.
- Bề dài 90-120cm
- Ở giữa may một miếng vải dài khoảng 25cm làm thân băng. Băng nhiều để băng ở ngực và bụng.
- Băng ngực có thêm hai dải nhỏ kéo qua vai đến trước ngực để giữ băng.
- Băng bụng có thêm hai dải nhỏ ở dưới để giữ băng.

*** Chú ý:**

- + Băng bụng phải băng từ dưới đi lên. Băng ngực băng từ trên xuống.
- + Băng mở để, băng từ trên đi xuống để giúp tử cung trở lại vị trí cũ
- + Khi băng cố định ở ngực hay ở bụng, phải ghim ngang theo nếp gấp của da.

IX. CÁCH CỐ ĐỊNH BĂNG KHI KẾT THÚC

- Cố định bằng ghim an toàn.
- Cố định bằng móc sắt.
- Cố định bằng cách buộc nút, cắt đôi bề rộng băng, bề dài khoảng 15cm, thắt chéo lại rồi vòng qua chi và buộc nút an toàn.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT SƠ CỨU VÀ BĂNG BÓ
VẾT THƯƠNG Ở NGỰC

Khoa ngày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

TT	Các bước tiến hành	Bảng kiểm	
		Có	Không
1	Điều dưỡng viên sát khuẩn tay nhanh.		
2	Dụng cụ : hộp chữ nhật vô khuẩn để kẹp kose, kẹp phẫu tích, kéo, bông, băng gạc, băng dính, NaCl 0,9% - thuốc theo chỉ định, dung dịch sát khuẩn tay nhanh.		
3	Động viên, giải thích, để tư thế phù hợp với vết thương, động viên bệnh nhân trong suốt quá trình băng.		
4	Quan sát và đánh giá tình trạng vết thương.		
5	Sơ cứu vết thương: lau vết thương, đặt gạc kín vết thương và chùm ra ngoài cách mép vết thương 3-5cm.		
6	Bắt đầu băng: gấp hai dải băng ở vai xuống bắt chéo trước ngực, băng từ trên xuống dưới.		
7	Băng từ trước ngực vòng qua sau lưng rồi về ngực đè lên vòng trước 1/2 hay 2/3 rồi về chỗ cũ.		
8	Tiếp tục băng như trên kín ngực, băng vừa phải không chặt, tránh làm trở ngại đến hô hấp.		
9	Băng hai vòng cố định (cố định bằng kim băng hoặc buộc).		
10	Theo dõi nhịp thở cho bệnh nhân, ghi phiếu chuyên thương.		

*** Nhận xét:**

.....

*** Yêu cầu:**

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT SƠ CỨU VÀ BĂNG VẾT THƯƠNG Ở NĂM NGÓN TAY

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

TT	Các bước tiến hành	Bảng kiểm	
		Có	Không
1	Điều dưỡng vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ gồm Hộp chữ nhật vô khuẩn: đựng kim kose, kẹp phẫu tích, bát kền nhỏ đã được vô khuẩn Dung dịch sát khuẩn (betadin...), băng cuộn, bông, gạc đã hấp, Nacl 0,9% , thuốc theo chỉ định, phiếu chuyên thương, dung dịch sát khuẩn tay nhanh.		
3	Chuẩn bị bệnh nhân: giải thích, trấn an, để nằm hoặc ngồi thoải mái tùy theo vết thương ở từng ngón tay, động viên bệnh nhân trong suốt quá trình băng.		
4	Quan sát và đánh giá tình trạng vết thương.		
5	Sơ cứu vết thương: lau sạch vết thương, đặt gạc kín vết thương và chùm từ mép vết thương ra từ 2-5cm.		
6	Bắt đầu băng hai vòng cố định ở cổ tay, đưa cuộn băng qua mu bàn tay đến gốc ngón tay (nếu băng bàn tay trái thì kéo đến gốc ngón út).		
7	Băng rắn quấn từ gốc ngón đến sát đầu ngón tay, băng một vòng xung quanh sát đầu ngón (để hở đầu ngón theo dõi tuần hoàn của cả ngón, khi băng xuống áp dụng kiểu băng xoay ốc về đến gốc ngón rồi lại trở về bên mép bàn tay.		

8	Tiếp tục từ mu bàn tay đến ngón tiếp theo, băng kín theo cách trên lại trở về mu bàn tay, tiếp tục băng như vậy với các ngón kế tiếp cho đến khi băng kín năm ngón tay, vòng sau đề lên vòng trước $\frac{1}{2}$ hay $\frac{2}{3}$.		
9	Kết thúc băng, băng hai vòng khóa ở cổ tay (cố định bằng kim băng hoặc buộc bằng băng cuộn) Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn của chi Ghi phiếu chuyển thương.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT SƠ CỨU VÀ BĂNG BÓ
VẾT THƯƠNG Ở ĐẦU

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

TT	Các bước tiến hành	Bảng kiểm	
		Có	Không
1	Điều dưỡng viên sát khuẩn tay nhanh		
2	Dụng cụ gồm: Hộp chữ nhật vô khuẩn: đựng kim kose, kẹp phẫu tích, bát kèn nhỏ đã được vô khuẩn Dung dịch sát khuẩn (betadin...), băng cuộn, bông, gạc đã hấp, NaCl 0,9%, thuốc theo chỉ định, phiếu chuyển thương, dung dịch sát khuẩn tay nhanh.		
3	Trần an, giải thích, động viên bệnh nhân trong suốt quá trình tiến hành, để nằm hoặc ngồi theo tình trạng của nạn nhân, theo vết thương ở đầu.		
4	Quan sát và đánh giá tình trạng vết thương, tri giác, sự kích động để chuẩn bị người hỗ trợ khi sơ cứu vết thương.		
5	Sơ cứu vết thương: lau sạch vết thương, đặt gạc kín vết thương và chùm ra các mép vết thương 2-5cm.		
6	Băng hai vòng qua trán, vòng tới qua phía dưới xương chẩm, tới chỗ bắt đầu để cố định.		
7	Lăn cuộn băng đến giữa trán thì lật cuộn băng lên trên, ngón cái và ngón trỏ tay không thuận giữ lấy mép băng lật, tay thuận cầm cuộn băng lăn qua đỉnh đầu tới xương chẩm, nhờ người giữ, tiếp tục tay thuận lật cuộn băng lăn qua đỉnh đầu tới giữa trán.		

8	Cứ băng như thế từ sau ra trước nhưng mỗi vòng phải trở về chỗ ban đầu và băng lan tỏa ra cả hai bên, vòng sau đè lên vòng trước $\frac{1}{2}$ hoặc $\frac{2}{3}$ cho kín cả đầu.		
9	Băng vòng quang đầu để cố định (bằng kim hoặc buộc).		
10	Theo dõi lưu thông tuần hoàn vùng trán.		
11	Ghi phiếu chuyển thương. Ghi hồ sơ bệnh án		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

QUY TRÌNH KỸ THUẬT
THAY BĂNG VẾT MỎ

Mã số: **QT.20.ĐD**
Ngày ban hành: 23/6/2020
Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

Đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn khi thay băng để phòng ngừa ô nhiễm vết mổ ở người bệnh và bảo vệ NVYT trước nguy cơ phơi nhiễm máu, dịch cơ thể.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHẠM VI ÁP DỤNG

Bác sỹ, điều dưỡng của các khoa có người bệnh sau phẫu thuật.

III. NỘI DUNG THỰC HIỆN

1. Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ:

- Bộ dụng cụ thay băng sử dụng cho mỗi người bệnh gồm: 01 miếng gạc đắp vết mổ vô khuẩn, 01 miếng gạc vuông vô khuẩn, 5-7 miếng gạc cầu/củ ấu, 02 kẹp phẫu tích (một có máu, một không có máu), 01 kéo cắt chỉ, 2 bát Inox (kèn). Ngoài ra nên chuẩn bị thêm gạc đắp vết thương, gạc cầu và kẹp vô khuẩn để dự phòng trong trường hợp đặc biệt như vết mổ bị nhiễm khuẩn, vết mổ dài, có nhiều ống dẫn lưu.

- Găng tay vô khuẩn.
- Cồn khử khuẩn tay có chất dưỡng da.
- Cồn Povidone Iodine 10%.
- Dung dịch NaCl 0,9%.
- Ô xy già 12 V.
- Hộp đựng bông gạc còn thừa sau thay băng.
- Băng dính, kéo cắt băng dính.
- Găng tay sạch.
- Khẩu trang sạch (khẩu trang y tế dùng một lần).
- Săng vải kích thước 80 cm x 80 cm hoặc giấy không thấm nước.
- khay quả đậu.
- Chậu đựng hóa chất khử khuẩn sơ bộ.
- Thùng/túi thu gom chất thải lây nhiễm.
- Thùng/túi thu gom chất thải thông thường.

- Thùng/túi thu gom chất thải tái chế.

2. Các bước tiến hành

1. Rửa tay hoặc khử khuẩn tay bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn.
2. Mang khẩu trang che kín mũi, miệng.
3. Trải sẵn vải/giấy không thấm nước dưới vùng thay băng.
4. Tháo băng bằng tay trần. Nếu băng ướt, tháo băng bằng tay mang găng sạch.
5. Đánh giá tình trạng vết mổ.
6. Khử khuẩn tay bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn.
7. Mở gói dụng cụ, sắp xếp dụng cụ thuận tiện cho việc thay băng. Đổ dung dịch rửa và sát khuẩn vết mổ vào bát kê.
8. Vệ sinh tay bằng dung dịch chứa cồn và mang găng vô khuẩn.
9. Rửa vết mổ.

Với vết mổ khô:

a. Dùng kẹp phẫu tích loại không máu để gấp gạc cầu làm sạch vết mổ bằng nước muối sinh lý từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, từ cao xuống thấp.

b. Thấm khô và ấn kiểm tra vết mổ bằng gạc cầu hoặc gạc vuông xem vết mổ có dịch không (áp dụng với vết mổ mới mổ từ ngày thứ nhất, hay vết mổ có nghi ngờ bị nhiễm trùng).

c. Với chân ống dẫn lưu nếu có dẫn lưu), rửa từ trong ra ngoài khoảng 5 cm tính từ chân ống.

Với vết mổ chảy dịch/nhiễm khuẩn:

a. Dùng kẹp phẫu tích loại có máu gấp gạc cầu và lau rửa xung quanh vết mổ bằng nước muối sinh lý từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài.

b. Sau khi đã làm sạch xung quanh vết mổ, gấp gạc cầu để thấm dịch và loại bỏ chất bẩn tại vết mổ bằng ô xy già, sau đó rửa lại bằng nước muối sinh lý.

c. Thấm khô và ấn kiểm tra vết mổ bằng gạc cầu hoặc gạc vuông với vết mổ có nhiều dịch.

d. Sát khuẩn vết mổ: Thay kẹp phẫu tích mới loại không máu để gấp gạc cầu sát khuẩn vết mổ.

đ. Rửa chân dẫn lưu (nếu có dẫn lưu) tương tự trong vết mổ không nhiễm khuẩn.

9. Lấy miếng gạc bông vô khuẩn kích thước 8 cm x 15 cm (hoặc kích thước phù hợp) đặt lên trên vết mổ, băng kín các mép vết mổ bằng băng dính.

10. Thu dọn dụng cụ:

a. Thu gom bông gạc thừa (nếu có) vào hộp thu gom bông gạc để hấp sử dụng lại.

b. Thu gom dụng cụ bẩn vào chậu đựng dịch khử khuẩn sơ bộ.

c. Thu gom bông, băng, gạc bẩn vào túi ni lon riêng hoặc thu gom vào túi/thùng thu gom chất thải lây nhiễm trên xe thủ thuật.

d. Gấp mặt bẩn của sàng vào trong và cho vào túi thùng đựng đồ vải bẩn.

11. Rửa tay hoặc khử khuẩn tay bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn ngay sau khi kết thúc quy trình thay băng.

Lưu ý: Nguyên tắc chung khi thay băng.

- Thực hiện theo nguyên tắc vô khuẩn.
- Dụng cụ đảm bảo vô khuẩn, mỗi người bệnh sử dụng một bộ thay băng riêng.
- Thao tác nhẹ nhàng tránh đau cho người bệnh.
- Đủ gạc thấm dịch trong vòng 24 giờ.
- Vết thương/mổ phải được che kín (tùy từng tình trạng vết thương).
- Thay băng theo quy trình sạch trước, nhiễm trùng sau.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT MỒ

Khoa ngày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: - Vô Khuẩn: Bộ thay băng vô khuẩn: gạc miếng, gạc cầu/củ ấu, 2 kẹp phẫu tích(1 có máu, 1 không máu), 1 kéo cắt chỉ, 2 bát Inox (bát kền), găng vô khuẩn, dung dịch rửa, sát khuẩn vết thương: NaCl 0,9%, oxy già, cồn Iodine, Povidin... - Dụng cụ sạch: kéo, băng dính, tấm nilon (nếu cần), găng tay sạch, khay quả đậu, dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, xô đựng dung dịch khử khuẩn sơ bộ...		
3	Người bệnh: Đôi chiếu, thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh việc mình sắp làm		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng, vệ sinh tay, đội mũ , đeo khẩu trang.		
2	Kiểm tra, đối chiếu người bệnh, y lệnh của bác sỹ.		
3	Hướng dẫn người bệnh nằm ở tư thế thoải mái, thuận tiện khi thay băng.		
4	Vệ sinh tay. Đeo găng sạch, chải nilon dưới vết thương (nếu cần)		
5	Tháo băng bằng tay trần (nếu khô). Nếu băng ướt, tháo băng bằng tay mang găng sạch hoặc sử dụng kẹp không máu.		
6	Đánh giá tình trạng vết mổ.		
7	Vệ sinh tay		
8	Mở gói dụng cụ, sắp xếp dụng cụ thuận tiện cho việc thay băng. Đổ dung dịch rửa và sát khuẩn vào bát kền.		
9	Vệ sinh tay và mang găng vô khuẩn.		

10	Rửa vết mổ		
10.1	Với vết mổ khô:		
	- Dùng kẹp phẫu tích loại không máu để gấp gạc cầu làm sạch vết mổ bằng nước muối sinh lý từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, từ cao xuống thấp		
	- Thấm khô và ấn kiểm tra vết mổ bằng gạc cầu hoặc gạc vuông xem vết mổ có dịch không (áp dụng với vết mổ từ ngày thứ nhất, hay vết mổ có nghi ngờ bị nhiễm trùng).		
	- Với chân ống dẫn lưu (nếu có dẫn lưu), rửa từ trong ra ngoài khoảng 5cm tính từ chân ống.		
10.2	Với vết mổ chảy dịch/nhiễm khuẩn:		
	- Dùng kẹp phẫu tích loại có máu gấp gạc cầu và lau xung quanh vết mổ bằng nước muối sinh lý từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài.		
	- Sau khi làm sạch xung quanh vết mổ, gấp gạc cầu để thấm dịch và loại bỏ chất bẩn tại vết mổ bằng oxy già, sau đó rửa lại bằng nước muối sinh lý.		
	- Thấm khô và ấn kiểm tra vết mổ bằng gạc cầu hoặc gạc vuông với vết mổ có nhiều dịch.		
	- Sát khuẩn vết mổ: Thay kẹp phẫu tích mới loại không máu để gấp gạc cầu sát khuẩn vết mổ		
	- Rửa chân dẫn lưu (nếu có dẫn lưu) , rửa từ trong ra ngoài khoảng 5cm tính từ chân ống		
11	Lấy miếng gạc vô khuẩn (kích thước phù hợp) đặt lên trên vết mổ, băng kín các mép vết mổ bằng băng dính. Nếu có ống dẫn lưu cắt gạc hình chữ M che kín dẫn lưu.		
12	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, dặn NB những điều cần thiết.		
13	Thu dọn dụng cụ: Phân loại rác thải đúng.		
14	Vệ sinh tay.		
15	Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....
.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....
.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỖY CỘT SỐNG CỔ	Mã số: QT.21.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Cố định chắc chắn cột sống để tránh gây thêm bất kỳ tổn thương nào cho nạn nhân.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy cột sống cổ - tổn thương cơ ở cổ.
- Chấn thương cột sống có thể bao gồm gãy xương, trật khớp đĩa đệm, lún cột sống và giãn dây chằng.
- Nghi ngờ tổn thương cột sống cổ.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Đặt nạn nhân nằm.

2. Dụng cụ

- Vật chèn chữ u (hoặc túi cát).
- Băng cuộn hoặc dây to bản.
- Ván cứng – chấn đắp.
- Hộp thuốc chống sốc.
- Xe – cáng.
- Phiếu chuyển thương.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nâng đỡ nạn nhân trọn khối không gập cổ.
2. Đặt nạn nhân lên cáng (ván).
3. Xếp vật chèn chữ u, đáy chữ u lên đầu.
4. Dùng vật nặng (gói cát) chèn 2 bên đầu cho vững.
5. Dùng băng cố định ngang trán và cầm nạn nhân với cáng (tấm ván).

6. Gập 2 tay nạn nhân lên ngực (buộc dây).
7. Cố định toàn thân nạn nhân vào cáng (tấm ván): buộc, ngực, mông, đùi trên khớp gối, cổ chân, bàn chân.
8. Viết phiếu chuyển tuyến.
9. Chuyển nạn nhân lên cơ sở y tế khi tình trạng đã ổn định.
10. Nếu chưa chuyển ngay đến bệnh viện được thì phải nói rộng cổ áo và lót vòng đệm cổ nhưng phải đảm bảo không tắc nghẽn đường hô hấp. Đắp chăn ủ ấm cho nạn nhân trong khi chờ xe cấp cứu.
11. Trong khi di chuyển theo dõi sát đường hô hấp và các diễn biến bất thường.

***Lưu ý:**

- Cố định đệm lót cổ chắc vào gáy nạn nhân nhưng không gây tắc nghẽn đường hô hấp.
- Trong khi di chuyển đầu và cổ nạn nhân được giữ trắc.
- Luôn theo dõi đường thở và toàn trạng nạn nhân.
- Đưa nạn nhân tới bệnh viện nhanh và an toàn, không có biến cố xảy ra.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện.
- Tình trạng nạn nhân.
- Tình trạng nơi bị gãy.
- Tên người thực hiện.
- Diễn biến tình trạng chung nạn nhân trên đường di chuyển (mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp).
- Phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra.
- Bàn giao nạn nhân đầy đủ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Hướng dẫn người bệnh

- Khuyến nạn nhân không được cố vận động (nhấc đầu và cổ).
- Khi thấy đường thở có biểu hiện tắc nghẽn: như khó thở , cảm thấy tức ngực phải báo lại ngay.

2. Hướng dẫn người nhà người bệnh

- Phối hợp với điều dưỡng nâng đỡ nạn nhân khi cần thiết.
- Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân.



TRUNG TÂM Y TẾ THẠCH UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI
GỖ CỘT SỐNG CỔ

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: - Vật chèn chữ u (hoặc túi cát). - Băng cuộn hoặc dây to bản. - Ván cứng – chần đắp. - Hộp thuốc chống sốc. - Xe – cáng. - Phiếu chuyển thương.		
3	Người bệnh: - Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành. - Đặt nạn nhân nằm.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình.		
3	Nâng đỡ nạn nhân trọn khối không gập cổ.		
4	Đặt nạn nhân lên cáng (ván).		
5	Xếp vật chèn chữ u, dây chữ u lên đầu.		
6	Dùng vật nặng (gói cát) chèn 2 bên đầu cho vững.		
7	Dùng băng cố định ngang trán và cầm nạn nhân với cáng (tấm ván).		
8	Gập 2 tay nạn nhân lên ngực (buộc dây).		

9	Cố định toàn thân nạn nhân vào cáng (tấm ván): buộc, ngực, hông, đùi trên khớp gối, cổ chân, bàn chân.		
10	Viết phiếu chuyển tuyến.		
11	Chuyển nạn nhân lên cơ sở y tế khi tình trạng đã ổn định.		
12	Nếu chưa chuyển ngay đến bệnh viện được thì phải nói rộng cổ áo và lót vòng đệm cổ nhưng phải đảm bảo không tắc nghẽn đường hô hấp. Đắp chăn ủ ấm cho nạn nhân trong khi chờ xe cấp cứu.		
13	Trong khi di chuyển theo dõi sát đường hô hấp và các diễn biến bất thường.		
14	Thu dọn dụng cụ-rửa tay.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT CÓ ĐỊNH TẠM THỜI GỖ XƯƠNG ĐÒN	Mã số: QT.22.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau.
- Giảm bớt nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da...
- Phòng ngừa sốc.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp gãy xương đòn: trực tiếp, gián tiếp, gãy hở.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Nẹp chữ T có kích thước phù hợp(chiều dài nhánh ngang lớn hơn khoảng cách giữa vai), băng cuộn, bông không thấm nước hoặc vải sạch.
- Vải đắp hoặc chăn.
- Cáng, xe để chuyển người bệnh.
- Thuốc cấp cứu.
- Phiếu chuyển tuyến.

2. Người bệnh

- Động viên , an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Để người bệnh nằm hoặc ngồi.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Dùng nẹp chữ T:

1. Cho người bệnh ưỡn ngực, hai vai léo về phía sau.
2. Chèn bông hoặc vải dưới 2 nách và 2 bả vai.
3. Đặt nẹp chữ T sau vai: nhánh dọc dài theo cột sống lưng, nhánh ngang áp sát vào quá vai.
4. Quấn băng vòng tròn từ nách qua vai, buộc nút ở vai (có thể dùng băng to bản).

5. Dùng băng cuốn vòng thắt lưng buộc nút ở nơi không vướng hoặc có thể dùng băng chun. Băng số 8 ở sau lưng, không băng chặt quá làm chèn ép mạch máu và dây thần kinh vùng nách.
6. Viết phiếu chuyển tuyến.
7. Chuyển nạn nhân tới trung tâm y tế khi tình trạng ổn định.
8. Theo dõi sát người bệnh về tình trạng sức khỏe trong khi di chuyển.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá

- Tình trạng sau đặt băng chun: không lỏng, không chặt, các tĩnh mạch không nổi phồng, móng tay không tím, bệnh nhân không thấy tê như kiến bò ngón tay.

- Nơi độn bông chỗ xương đòn gãy: đúng độ dày và không xô lệch.
- Vùng nách hai bên không bị chèn ép.

2. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ thực hiện.
- Tình trạng nơi cố định.
- Tình trạng người bệnh.
- Thuốc giảm đau (nếu có).
- Tên người thực hiện.

3. Báo cáo

- Đã chuyển người bệnh tới nơi an toàn, không có biến cố gì xảy ra trên đường di chuyển.

- Bàn giao người bệnh đầy đủ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Hướng dẫn người bệnh

- Không được kéo vật đệm ở nách ra khi chưa cho phép.
- Không được dùng que hoặc gậy mạnh làm xước da, chỉ xoa nhẹ.
- Vùng nách luôn giữ sạch và khô.

2. Hướng dẫn người nhà người bệnh

- Giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân.
- Cùng điều dưỡng giúp người bệnh đi lại khi cần thiết.



TRUNG TÂM Y TẾ THANH UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỠY XƯƠNG ĐÓN

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: - Nẹp chữ T có kích thước phù hợp(chiều dài nhánh ngang lớn hơn khoảng cách giữa vai), băng cuộn, bông không thấm nước hoặc vải sạch. - Vải đắp hoặc chăn. - Cáng, xe để chuyển người bệnh. - Thuốc cấp cứu.		
3	Người bệnh: - Động viên , an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành. - Để người bệnh nằm hoặc ngồi.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình. Cho người bệnh ưỡn ngực, hai vai léo về phía sau.		
3	Chèn bông hoặc vải dưới 2 nách và 2 bả vai.		
4	Đặt nẹp chữ T sau vai: nhánh dọc dài theo cột sống lưng, nhánh ngang áp sát vào quá vai.		
5	Quấn băng vòng tròn từ nách qua vai, buộc nút ở vai (có thể dùng băng to bản).		
6	Dùng băng cuộn vòng thắt lưng buộc nút ở nơi không vướng hoặc có thể dùng băng chun. Băng số 8 ở sau lưng, không băng chặt quá làm chèn ép mạch máu và dây thần kinh vùng nách.		
7	Theo dõi tình trạng người bệnh.		
8	Thu dọn dụng cụ-rửa tay.		

*** Nhận xét:**

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

*** Yêu cầu, đề nghị:**

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

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

QUY TRÌNH KỸ THUẬT
CỔ ĐỊNH TẠM THỜI GỖY
CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Mã số: **QT.23.ĐD**
Ngày ban hành: 23/6/2020
Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

Cổ định chắc chắn cột sống để tránh gây thêm bất kỳ tổn thương nào cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy cột sống lưng.
- Chấn thương cột sống có thể bao gồm gãy xương, trật khớp đĩa đệm, lún cột sống và giãn dây chằng.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Vật chèn lưng người bệnh hoặc chăn.
- Cáng cứng hoặc tấm ván, dây to bản.
- Phiếu chuyển tuyến.

2. Người bệnh

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đặt một chăn đã gấp lại lên trên cáng để đỡ ở thắt lưng nạn nhân.

2. Cấp cứu viên cùng khênh nạn nhân lên cáng:

- Nâng đỡ trọn khối và vững để tránh gây tổn thương tủy sống và gây đau đớn cho nạn nhân.

3. Cần có 4 – 5 người:

- Một người đặt cáng ở phía đầu nạn nhân và giữ nhiệm vụ điều khiển cáng.

- Một người ở một bên phía đầu nạn nhân (chừa chỗ để đẩy cáng vào) quỳ 1 gối và:

+ Một tay đỡ gáy.

- + Một tay để ở trán giữ không cho đầu nghiêng sang một bên, ngửa ra đằng sau hay gập về phía trước.

- Ba người còn lại đứng giạng chân qua mình nạn nhân và thực hiện như sau:

- + Người thứ nhất đứng phía đầu quay mặt xuống chân nạn nhân, luồn 2 tay dưới thân người bệnh để đỡ phần vai.

+ Người thứ hai đứng đối diện với người thứ nhất luôn hai tay dưới thắt lưng để đỡ phần lưng.

+ Người thứ ba, tư ở tư thế như người thứ hai, luôn một tay dưới đùi, một tay dưới bắp chân để đỡ hai chân.

4. Người điều khiển ra khẩu lệnh hô 1, 2, 3 tất cả cùng đặt nạn nhân nằm lên cáng.

5. Băng bó vết thương (nếu có) và đệm lót trước khi bắt động.

6. Quan sát tư thế nằm của nạn nhân. Để ý đến vị trí của cột sống và vật đệm lót.

7. Phủ kín chắn lên người nạn nhân.

8. Cố định nạn nhân vào cáng bằng nhiều dây rộng bản, che chắn trước khi di chuyển. Cố định 1 dây ở ngang trán, 1 dây ở cằm, 1 dây ở ngực, 1 dây ở thắt lưng, 1 dây cố định 2 đùi với nhau, 1 dây trên khớp gối, 1 cổ chân.

9. Viết phiếu chuyển nạn nhân.

10. Chuyển nạn nhân lên các cơ sở điều trị.

11. Theo dõi sát tình trạng nạn nhân trong khi di chuyển.

Lưu ý:

- Đệm lót tốt trước khi cố định.

- Nâng đỡ nạn nhân trọn khối và nhẹ nhàng.

- Bắt động gậy cột sống giữ đúng vị trí cơ năng của phần bị gãy và cố định chắc vào cáng.

- Trong khi di chuyển luôn quan sát thể trạng nạn nhân.

- Chuyển nạn nhân tới bệnh viện nhanh và an toàn.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện.

- Tình trạng nạn nhân.

- Tình trạng nơi tổn thương.

- Tên người thực hiện .

- Diễn biến tình trạng nạn nhân (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)

- Phương pháp xử trí khi có biến cố xảy ra.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Khuyến nạn nhân nằm yên, không được cố vận động các phần của cơ thể.

- Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân hàng ngày.

- Phối hợp với nhân viên y tế cùng nâng đỡ người bệnh khi cần thiết.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI
GẤY CỘT SỐNG THẮT LUNG

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	1.Dụng cụ - Vật chèn lưng người bệnh hoặc chăn. - Cáng cứng hoặc tấm ván, dây to bản.		
3	Người bệnh: - Động viên , an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình.Đặt một chăn đã gấp lại lên trên cáng để đỡ ở thắt lưng nạn nhân.		
3	Cấp cứu viên cùng khênh nạn nhân lên cáng: - Nâng đỡ trọn khối và vững để tránh gây tổn thương tủy sống và gây đau đớn cho nạn nhân.		
4	Cần có 4 – 5 người: - Một người đặt cáng ở phía đầu nạn nhân và giữ nhiệm vụ điều khiển cáng. - Một người ở một bên phía đầu nạn nhân (chừa chỗ để đẩy cáng vào) quỳ 1 gối và: + Một tay đỡ gáy. + Một tay để ở trán giữ không cho đầu nghiêng sang một bên, ngửa ra đằng sau hay gập về phía trước.		

	- Ba người còn lại đứng giạng chân qua mình nạn nhân và thực hiện như sau: + Người thứ nhất đứng phía đầu quay mặt xuống chân nạn nhân, luôn 2 tay dưới thân người bệnh để đỡ phần vai. + Người thứ hai đứng đối diện với người thứ nhất luôn hai tay dưới thắt lưng để đỡ phần lưng. + Người thứ ba, tư ở tư thế như người thứ hai, luôn một tay dưới đùi, một tay dưới bắp chân để đỡ hai chân.		
5	Người điều khiển ra khẩu lệnh hô 1, 2, 3 tất cả cùng đặt nạn nhân nằm lên cáng.		
6	Băng bó vết thương (nếu có) và đệm lót trước khi bắt động.		
7	Quan sát tư thế nằm của nạn nhân. Để ý đến vị trí của cột sống và vật đệm lót		
8	Phủ kín chắn lên người nạn nhân.		
9	Cố định nạn nhân vào cáng băng nhiều dây rộng bản, che chắn trước khi di chuyển. Cố định 1 dây ở ngang trán, 1 dây ở cằm, 1 dây ở ngực, 1 dây ở thắt lưng, 1 dây cố định 2 đùi với nhau, 1 dây trên khớp gối, 1 cổ chân.		
10	Viết phiếu chuyển nạn nhân.		
11	Chuyển ngay nạn nhân lên các cơ sở điều trị.		
12	Theo dõi sát tình trạng nạn nhân trong khi di chuyển		

*** Nhận xét:**

.....
.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

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

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THẠNH UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

QUY TRÌNH KỸ THUẬT
CỔ ĐỊNH TẠM THỜI GỠY
XƯƠNG SƯỜN

Mã số: **QT.24.ĐD**
Ngày ban hành: 23/6/2020
Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau.
- Giảm nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, các tạng, cơ da....
- Phòng ngừa sốc .

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương sườn hở.
- Gãy xương sườn kín.
- Gãy xương sườn biến chứng.
- Gãy xương sườn mảnh sườn di động, gây hô hấp đảo ngược.

III. CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhân

- Động viên, an ủi nạn nhân trong quá trình tiến hành.
- Để nạn nhân nằm hoặc ngồi.

2. Dụng cụ

- Nẹp.
- Khăn tam giác hoặc băng dính to bản hoặc cà vạt, băng cuộn.
- Dụng cụ thay băng: kim, kẹp phẫu tích, kéo, bông, băng , gạc vô khuẩn...

- Dung dịch sát khuẩn, thuốc theo chỉ định.
- Phiếu chuyển thương – cáng - xe.
- Hộp thuốc cấp cứu.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tồn thương vùng ngực kèm gãy xương sườn

- Đặt nạn nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.
- Chống sốc, đảm bảo tuần hoàn, hô hấp tốt.
- Đặt ẹp bên ngực lành.
- Đặt 1 khăn(hoặc cà vạt, băng cuộn) ở giữa nơi xương sườn bị gãy, bảo nạn nhân thở ra, buộc nút trước nách và trên nẹp đối diện xương sườn bị gãy.
- Khăn thứ 2 và 3 đặt trên và dưới khăn 1 buộc như trên (hoặc dùng băng to bản quấn vòng quanh 5 – 6 vòng che kín toàn bộ vị trí xương sườn gãy(với gãy xương kín): hướng dẫn nạn nhân thở ra hết sức, rồi quấn băng chặt để bất động sao cho khi nạn nhân hít vào không làm di động xương gãy. Hoặc dùng băng dính to bản hoặc băng dính nhỡ bán dán chồng lên nhau ở giữa ở nửa phía

ngực có gãy xương sườn: dán ½ vòng từ xương sống đến xương ức bên sườn gãy).

- Cho uống thuốc an thần giảm đau theo y lệnh.

- Viết phiếu chuyên tuyến.

2. Tồn thương nặng vùng ngực, gãy nhiều xương sườn, có khi cả xương ức

- Đặt nạn nhân nơi thoáng, đặt nạn nhân tư thế nửa nằm nửa ngồi.

- Chống độc, đảm bảo tuần hoàn, hô hấp tốt trước khi cố định.

- Làm thông thoáng đường thở, lấy hết dị vật.

- Đặt nhiều gạc bông lên vết thương ngực hở rồi băng kín không cho hơi phì phò qua vết thương.

- Có ngừng thở: thổi ngạt hay bóp bóng, không được dùng phương pháp hô hấp nhân tạo hay ép tay lên lồng ngực vì gây khó thở thêm.

- Chuyển viện: đặt đầu nghiêng sang 1 bên.

- Trong khi di chuyển theo dõi sát nhịp thở và toàn trạng nạn nhân, khi trời rét cần ủ ấm.

3. Nếu trường hợp gãy xương có biến chứng

Là gãy xương gây tổn thương dây thần kinh và mạch máu (cả kín và hở).

- Chăm máu ép nhẹ mép vết thương lại(không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy).

- Đặt gạc lên vết thương và đặt bông ở xung quanh vết thương, băng lại, cố định và chuyển nạn nhân về nơi điều trị.

Lưu ý:

- Nạn nhân được xử trí kịp thời, nếu vết thương hở và có chảy máu được cầm máu và xử trí kịp thời đúng kỹ thuật.

- Khi dấu hiệu sinh tồn ổn định chuyển nạn nhân tới bệnh viện kịp thời an toàn.

- Trong khi di chuyển nạn nhân theo dõi sát nhịp thở và toàn trạng nạn nhân.

V. ĐÁNH GIÁ , GHI HỒ SƠ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện.

- Tiêm thuốc chống sốc (nếu có).

- Tình trạng hô hấp.

- Tình trạng nạn nhân.

- Tên người thực hiện.

- Diễn biến tình trạng nạn nhân và khó khăn khi di chuyển.

- Cách xử trí khi có các sự cố xảy ra.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Hướng dẫn cách tập thở: hít vào sâu và thở ra hết sức có tác dụng cho chức năng hô hấp làm việc trở lại bình thường.

- Khi ho khạc đờm : lấy tay đỡ nơi ngực tổn thương.

- Người nhà giúp người bệnh vệ sinh cá nhân.

- Phối hợp với điều dưỡng nâng đỡ, xoa, vỗ dung nhẹ vùng lưng(khi cho phép) tạo cho hô hấp tuần hoàn lưu thông.

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD
	BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỠ XƯƠNG SƯỜN

Khoa ngày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	- Nẹp. - Khăn tam giác hoặc băng dính to bản hoặc cà vạt, băng cuộn. - Dụng cụ thay băng: kim, kẹp phẫu tích, kéo, bông, băng, gạc vô khuẩn... - Dung dịch sát khuẩn, thuốc theo chỉ định. - Phiếu chuyển thương – cáng - xe. - Hộp thuốc cấp cứu.		
3	Người bệnh: - Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình.		
3. Tổn thương vùng ngực kèm gãy xương sườn.			
3.1	Đặt nạn nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.		
3.2	Chống sóc, đảm bảo tuần hoàn, hô hấp tốt.		
3.3	Đặt nẹp bên ngực lành.		
3.4	Đặt 1 khăn(hoặc cà vạt, băng cuộn) ở giữa nơi xương sườn bị gãy, bảo nạn nhân thở ra, buộc nút trước nách và trên nẹp đối diện xương sườn bị gãy.		
3.5	Khăn thứ 2 và 3 đặt trên và dưới khăn 1 buộc như trên (hoặc dùng băng to bản quấn vòng quanh 5 – 6 vòng che kín toàn bộ vị trí xương sườn gãy(với gãy xương kín): hướng dẫn nạn nhân thở ra hết sức, rồi quấn băng chặt để bất động sao cho khi nạn nhân hít vào không làm di		

	động xương gãy. Hoặc dùng băng dính to bản hoặc băng dính nhỏ bán dán chồng lên nhau ở giữa ở nửa phía ngực có gãy xương sườn: dán ½ vòng từ xương sống đến xương ức bên sườn gãy).		
3.6	Cho uống thuốc an thần giảm đau theo y lệnh.		
3.7	Viết phiếu chuyển tuyến.		
4. Tồn thương nặng vùng ngực, gãy nhiều xương sườn, có khi cả xương ức.			
4.1	Đặt nạn nhân nơi thoáng, đặt nạn nhân tư thế nửa nằm nửa ngồi.		
4.2	Chống độc, đảm bảo tuần hoàn, hô hấp tốt trước khi cố định		
4.3	Làm thông thoáng đường thở, lấy hết dị vật.		
4.4	Đặt nhiều gạc bông lên vết thương ngực hở rồi băng kín không cho hơi phi phò qua vết thương		
4.5	Có ngừng thở: thổi ngạt hay bóp bóng, không được dùng phương pháp hô hấp nhân tạo hay ép tay lên lồng ngực vì gây khó thở thêm.		
4.6	Chuyên viện: đặt đầu nghiêng sang 1 bên.		
4.7	Trong khi di chuyển theo dõi sát nhịp thở và toàn trạng nạn nhân, khi trời rét cần ủ ấm.		
5. Nếu trường hợp gãy xương có biến chứng: Là gãy xương gây tổn thương dây thần kinh và mạch máu (cả kín và hở).			
5.1	Cầm máu ép nhẹ mép vết thương lại(không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy).		
5.2	Đặt gạc lên vết thương và đặt bông ở xung quanh vết thương, băng lại, cố định và chuyển nạn nhân về nơi điều trị.		
5.3	Nạn nhân được xử trí kịp thời, nếu vết thương hở và có chảy máu được cầm máu và xử trí kịp thời đúng kỹ thuật		
5.4	Khi dấu hiệu sinh tồn ổn định chuyển nạn nhân tới bệnh viện kịp thời an toàn		
5.5	Trong khi di chuyển nạn nhân theo dõi sát nhịp thở và toàn trạng nạn nhân		

*** Nhận xét:**

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

*** Yêu cầu, đề nghị:**

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

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI VỠ XƯƠNG CHẬU	Mã số: QT.25.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I.MỤC ĐÍCH

- Giảm đau đớn, giữ cho nạn nhân thoải mái.
- Phòng chống sốc .

II. CHỈ ĐỊNH

- Vỡ xương chậu kín.
- Vỡ xương chậu hở.
- Vỡ xương chậu biến chứng.

III. CHUẨN BỊ

1.Chuẩn bị

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Đặt nạn nhân nằm ngửa, chân duỗi thẳng hoặc hơi co đầu gối.

2. Dụng cụ

- Gối hoặc chăn mỏng.
- Băng cuộn hay dây to bản.
- Cáng cứng.
- Phiếu chuyển tuyến.
- Bộ dụng cụ tiêm thuốc giảm đau chống sốc.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 1.Chống sốc, đảm bảo tuần hoàn hô hấp tốt trước khi cố định.
2. Đặt nạn nhân nguyên tư thế lúc ngã lên giữa trên mặt cáng cứng.

3. Đặt vật chặn hai bên hông, dài từ đùi đến quá thắt lưng.
4. Buộc 1 dây băng rộng (to bản) trên ổ gầy của nạn nhân vào cứng.
5. Buộc 1 dây băng rộng (to bản) dưới ổ gầy của nạn nhân vào cẳng.
6. Kiểm tra sự lưu thông tuần hoàn dưới vùng cổ định.
7. Đắp chặn cho nạn nhân.
8. Viết phiếu chuyên tuyến.
9. Chuyển nạn nhân tới bệnh viện và các trung tâm y tế.

Lưu ý:

- Nạn nhân được đặt đúng tư thế trên cẳng cứng và được cố định chắc khi di chuyển.
- Trong khi di chuyển được theo dõi sát toàn trạng nạn nhân.
- Nạn nhân được ủ ấm, giảm đau chống sốc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện.
- Tình trạng vùng tổn thương và nơi cố định.
- Tình trạng hô hấp.
- Tình trạng nạn nhân.
- Tên người thực hiện.
- Diễn biến tình trạng nạn nhân và khó khăn khi di chuyển.
- Cách xử trí khi có các sự cố xảy ra.
- Bàn giao nạn nhân đầy đủ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Tránh vận động có thể làm đau hơn và thường làm thương tổn nặng hơn.
- Phối hợp với điều dưỡng:
 - + Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân.
 - + Giúp người bệnh thay đổi tư thế khi cần thiết.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI VỠ XƯƠNG CHẬU

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định . - Vệ sinh tay.		
2	- Gói hoặc chần mỏng. - Băng cuộn hay dây to bản. - Cáng cứng. - Phiếu chuyển tuyến. - Bộ dụng cụ tiêm thuốc giảm đau chống sốc		
3	Người bệnh: - Động viên , an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình. Đặt một chăn đã gấp lại lên trên cáng để đỡ ở thắt lưng nạn nhân.		
3	Cấp cứu viên cùng khênh nạn nhân lên cáng: - Nâng đỡ trọn khối và vững để tránh gây tổn thương tủy sống và gây đau đớn cho nạn nhân.		
4	Cần có 4 – 5 người: - Một người đặt cáng ở phía đầu nạn nhân và giữ nhiệm vụ điều khiển cáng. - Một người ở một bên phía đầu nạn nhân (chừa chỗ để đẩy cáng vào) quỳ 1 gối và: + Một tay đỡ gáy. + Một tay để ở trán giữ không cho đầu nghiêng sang một bên, ngửa ra đằng sau hay gập về phía trước. - Ba người còn lại đứng giạng chân qua mình nạn nhân và thực hiện như sau: + Người thứ nhất đứng phía đầu quay mặt xuống chân		

	nạn nhân, luôn 2 tay dưới thân người bệnh để đỡ phần vai. + Người thứ hai đứng đối diện với người thứ nhất luôn hai tay dưới thắt lưng để đỡ phần lưng. + Người thứ ba, tư ở tư thế như người thứ hai, luôn một tay dưới đùi, một tay dưới bắp chân để đỡ hai chân.		
5	Người điều khiển ra khẩu lệnh hô 1, 2, 3 tất cả cùng đặt nạn nhân nằm lên cáng.		
6	Băng bó vết thương (nếu có) và đệm lót trước khi bắt động.		
7	Quan sát tư thế nằm của nạn nhân. Đề ý đến vị trí của cột sống và vật đệm lót.		
8	Phủ kín chắn lên người nạn nhân.		
9	Cố định nạn nhân vào cáng bằng nhiều dây rộng bản, che chắn trước khi di chuyển. Cố định 1 dây ở ngang trán, 1 dây ở cằm, 1 dây ở ngực, 1 dây ở thắt lưng, 1 dây cố định 2 đùi với nhau, 1 dây trên khớp gối, 1 cổ chân.		
10	Viết phiếu chuyển nạn nhân.		
11	Chuyển ngay nạn nhân lên các cơ sở điều trị.		
12	Theo dõi sát tình trạng nạn nhân trong khi di chuyển.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GÂY XƯƠNG ĐÙI KÍN	Mã số: QT.26.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau.
- Phòng chống sốc .
- Hạn chế nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da....

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương kín.(gãy xương kín là gãy xương mà tổ chức da ở xung quanh ổ gãy không bị tổn thương hoặc có thể tổn thương nhưng không thông với ổ gãy).

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Cho người bệnh nằm.

2. Chuẩn bị dụng cụ

- Nẹp gỗ - Nẹp thomas(giá thomas).
- Băng cuộn hoặc dây to bản.
- Bông không thấm nước hoặc dùng vải hay quần áo.
- Hộp thuốc chống sốc.
- Cáng – xe.
- Phiếu chuyển tuyến.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tiến hành kỹ thuật cần 3 người.

1. Phòng chống sốc cho nạn nhân – thực hiện y lệnh của bác sĩ.
2. Hướng dẫn người phụ:
 - Một người đỡ trên và dưới ổ gãy.
 - Một người bàn chân vuông góc với cẳng chân và kéo liên tục theo trục của chi bằng một lực không đổi trong suốt thời gian cố định.
3. Giữ bàn chân ở tư thế cơ năng : bàn chân vuông góc với cẳng chân.
4. Đặt nẹp:
 - Đặt nẹp dưới từ bả vai đến gót chân.

- Đặt nẹp trong từ bẹn quá chân (có thể thay thế nẹp trong bằng chân lành và đệm lót giữa 2 chân bằng chăn mỏng: trường hợp tùy ứng).

- Đặt nẹp ngoài từ nách đến gót chân.

5. Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp: chỗ sát xương, chỗ lõm.

6. Buộc 1 dây trên ổ gầy.

7. Buộc 1 dây dưới ổ gầy.

8. Buộc 3 dây lần lượt: ngang hông, dưới gối, ngang ngực.

9. Băng theo kiểu số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân.

10. Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy.

11. Buộc 2 dây với 2 chi với nhau (nếu không có nẹp).

12. Viết phiếu chuyển tuyến.

13. Nhanh chóng nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân khi tình trạng đã ổn định đến cơ sở điều trị.

14. Theo dõi tình trạng nạn nhân và tuần hoàn chi gãy , khi trời rét cần ủ ấm để tránh sốc.

Lưu ý:

- Cố định chi gãy đúng kỹ thuật(cố định không chặt quá và cũng không lỏng quá).

- Nhanh chóng vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện và các cơ sở điều trị.

- Khi di chuyển giữ nạn nhân tư thế thoải mái, nâng đỡ nhẹ nhàng, đúng phương pháp, giảm đau , không gây tổn thương thêm.

- Thường xuyên theo dõi sát toàn trạng và tuần hoàn chi gãy.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện.

- Xử trí sốc(nếu có).

- Tình trạng nạn nhân.

- Tình trạng tuần hoàn chi gãy.

- Tên người thực hiện.

- Diễn biến tình trạng chung của nạn nhân trên đường di chuyển.

- Phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra.

- Bàn giao người bệnh đầy đủ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Người bệnh khi nằm luôn gác chân lên để tránh phù nề.

- Thấy có sự thay đổi khác thường trong người hoặc đầu chi cố định thấy lạnh phải báo lại ngay.

- Người nhà phối hợp điều dưỡng giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI
GỖ XƯƠNG ĐÙI KÍN

Khoa ngày

Thành viên giám sát:

Điều dưỡng thực hiện:

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	1. Dụng cụ - Nẹp gỗ - Nẹp thomas(giá thomas). - Băng cuộn hoặc dây to bản. - Bông không thấm nước hoặc dùng vải hay quần áo. - Hộp thuốc chống sốc. - Cáng – xe. - Phiếu chuyển tuyến.		
3	Người bệnh: - Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành. - Cho người bệnh nằm.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Phòng chống sốc cho nạn nhân – thực hiện y lệnh của bác sĩ.		
3	Hướng dẫn người phụ: - Một người đỡ trên và dưới ổ gậy. - Một người bàn chân vuông góc với cẳng chân và kéo liên tục theo trục của chi bằng một lực không đổi trong suốt thời gian cố định.		
4	Giữ bàn chân ở tư thế cơ năng : bàn chân vuông góc với cẳng chân.		
5	Đặt nẹp: - Đặt nẹp dưới từ bả vai đến gót chân. - Đặt nẹp trong từ bẹn quá chân (có thể thay thế nẹp trong bằng chân lạnh và đệm lót giữa 2 chân bằng chăn mỏng: trường hợp tùy ứng). - Đặt nẹp ngoài từ nách đến gót chân.		

6	Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp: chỗ sát xương, chỗ lõm.		
7	Buộc 1 dây trên ổ gãy.		
8	Buộc 1 dây dưới ổ gãy.		
9	Buộc 3 dây lần lượt: ngang hông, dưới gối, ngang ngực		
10	Băng theo kiểu số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân.		
11	Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy.		
12	Nhanh chóng nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân khi tình trạng đã ổn định đến cơ sở điều trị.		
13	Theo dõi tình trạng nạn nhân và tuần hoàn chi gãy, khi trời rét cần ủ ấm để tránh sốc.		
14	Thu dọn dụng cụ.		
15	Vệ sinh tay. Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THẠNH UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

QUY TRÌNH KỸ THUẬT
CỔ ĐỊNH TẠM THỜI GỠ
XƯƠNG ĐÙI HỠ

Mã số: **QT.27.ĐD**
Ngày ban hành: 23/6/2020
Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau.
- Giảm nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, các tạng, cơ da....
- Phòng ngừa sốc .

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương hở (là 1 tổn thương thông từ bề mặt của da với ổ gãy hoặc một đầu xương gãy chồi ra ngoài).
- Gãy xương có biến chứng(là gãy xương gây tổn thương dây thần kinh, mạch máu).

Lưu ý: Không có nẹp có thể buộc chín gãy và chi lành.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Cho người bệnh nằm.

2. Chuẩn bị dụng cụ

- Nẹp gỗ - Nẹp thomas(giá thomas).
- Băng cuộn hoặc dây to bản.
- Băng không thấm nước hoặc dùng vải hay quần áo.
- Dụng cụ thay băng: kim, kẹp phẫu tích, kéo, bông, băng, gạc, dung dịch sát khuẩn.

- Dụng cụ cầm máu (nếu có tổn thương động mạch).

- Hộp thuốc chống sốc.

- Cáng – xe.

- Phiếu chuyển tuyến.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Phòng chống sốc cho nạn nhân – thực hiện y lệnh của bác sĩ.
2. Giải quyết tuần hoàn, hô hấp trước khi sơ cứu.

3. Hướng dẫn người phụ:
 - Một người đỡ trên ổ gãy và dưới ổ gãy.
 - Một người giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân.
4. Giữ bàn chân ở tư thế cơ năng : bàn chân vuông góc với cẳng chân.
5. Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy.
 - Cầm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương.
 - Đặt gạc hoặc miếng vải lên trên đầu xương chồi ra.
 - Đặt một vành khăn hoặc một đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương.
 - Băng cố định gạc vào vòng đệm bằng băng cuộn.
6. Đặt nẹp:
 - Đặt nẹp dưới từ bả vai đến gót chân.
 - Đặt nẹp trong từ bẹn quá chân (có thể thay thế nẹp trong bằng chân lạnh và đệm lót giữa 2 chân bằng chấn mỏng: trường hợp tùy ứng).
 - Đặt nẹp ngoài từ nách đến gót chân.
7. Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp: chỗ sát xương, chỗ lõm.
8. Buộc 1 dây trên ổ gãy.
9. Buộc 1 dây dưới ổ gãy.
10. Buộc 3 dây lần lượt: ngang hông, dưới gối, ngang ngực.
11. Băng theo kiểu số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân.
12. Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy.
13. Buộc 2 dây với 2 chi với nhau (nếu không có nẹp).
14. Viết phiếu chuyển tuyến.
15. Vận chuyển nạn nhân khi tình trạng ổn định đến bệnh viện và các trung tâm y tế.
16. Theo dõi tình sát trạng tuần hoàn chi gãy của nạn nhân trong khi di chuyển, khi trời rét cần ủ ấm để tránh sốc.

Lưu ý:

- Vết thương hở đã được xử trí cầm máu và băng bó vết thương trước khi cố định.
- Cố định chi gãy đúng kỹ thuật(cố định không chặt quá và cũng không lỏng quá).
- Nhanh chóng vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện và các cơ sở điều trị.

- Khi di chuyển giữ nạn nhân tư thế thoải mái, nâng đỡ nhẹ nhàng, đúng phương pháp, giảm đau, không gây tổn thương thêm.

- Thường xuyên theo dõi sát toàn trạng và tuần hoàn chi gãy.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện.

- Xử trí sóc(nếu có).

- Tình trạng nạn nhân.

- Tình trạng tuần hoàn chi gãy.

- Tên người thực hiện.

- Diễn biến tình trạng chung của nạn nhân trên đường di chuyển.

- Phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra.

- Bàn giao người bệnh đầy đủ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Người bệnh khi nằm luôn gác chân lên để tránh phù nề.

- Thấy có sự thay đổi khác thường trong người hoặc đầu chi cố định thấy lạnh phải báo lại ngay.

- Người nhà phối hợp điều dưỡng giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân.



TRUNG TÂM Y TẾ THẠNH UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI
GỠ XƯƠNG ĐÙI HỠ

Khoa ngày

Thành viên giám sát:

Điều dưỡng thực hiện:

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	1. Dụng cụ - Nẹp gỗ - Nẹp thomas(giá thomas). - Băng cuộn hoặc dây to bản. - Băng không thấm nước hoặc dùng vải hay quần áo. - Dụng cụ thay băng: kim, kẹp phẫu tích, kéo, bông, băng, gạc, dung dịch sát khuẩn. - Dụng cụ cầm máu (nếu có tổn thương động mạch). - Hộp thuốc chống sốc. - Cáng – xe. - Phiếu chuyển tuyến.		
3	Người bệnh: - Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành. - Cho người bệnh nằm.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Phòng chống sốc cho nạn nhân – thực hiện y lệnh của bác sĩ.		
3	Giải quyết tuần hoàn, hô hấp trước khi sơ cứu.		
4	Hướng dẫn người phụ: - Một người đỡ trên ổ gầy và dưới ổ gầy. - Một người giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân		
5	Giữ bàn chân ở tư thế cơ năng : bàn chân vuông góc với cẳng chân		
6	Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy. - Cầm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương. - Đặt gạc hoặc miếng vải lên trên đầu xương chồi ra. - Đặt một vành khăn hoặc một đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương. - Băng cố định gạc vào vòng đệm bằng băng cuộn.		

7	Đặt nẹp: - Đặt nẹp dưới từ bả vai đến gót chân. - Đặt nẹp trong từ bẹn quá chân (có thể thay thế nẹp trong bằng chân lạnh và đệm lót giữa 2 chân bằng chăn mỏng: trường hợp tùy ứng). - Đặt nẹp ngoài từ nách đến gót chân.		
8	Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp: chỗ sát xương, chỗ lõm.		
9	Buộc 1 dây trên ổ gầy		
10	Buộc 1 dây dưới ổ gầy.		
11	Buộc 3 dây lần lượt: ngang hông, dưới gối, ngang ngực.		
12	Băng theo kiểu số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân		
13	Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy.		
14	Buộc 2 dây với 2 chi với nhau (nếu không có nẹp).		
15	Viết phiếu chuyển tuyến		
16	Vận chuyển nạn nhân khi tình trạng ổn định đến bệnh viện và các trung tâm y tế.		
17	Theo dõi tình sát trạng tuần hoàn chi gãy của nạn nhân trong khi di chuyển, khi trời rét cần ủ ấm để tránh sốc.		
18	Thu dọn dụng cụ.		
19	Phân loại rác thải. vệ sinh tay.		
20	Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỖ XƯƠNG CẰNG CHÂN	Mã số: QT.28.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm bớt sự đau đớn, tránh làm cho tổn thương nặng thêm, giữ nạn nhân ở tư thế thoải mái và nhanh chóng chuyển nạn nhân tới cơ sở điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp gãy xương cẳng chân nói chung.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Cho người bệnh nằm.

2. Chuẩn bị dụng cụ

- Nẹp gỗ các loại
- Nẹp Beckel(máng Beckel).
- Băng cuộn hoặc dây to bản.
- Bông không thấm nước hoặc dùng vải hay quần áo.
- Dụng cụ thay băng (nếu gãy hở): kim, kẹp phẫu tích, kéo, bông, băng, gạc, dung dịch sát khuẩn.
- Hộp thuốc chống sốc.
- Cáng – xe.
- Phiếu chuyển tuyến.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gãy xương kín

Là gãy xương mà tổ chức da ở xung quanh ổ gãy không bị tổn thương hoặc có thể bị tổn thương nhưng không thông với ổ gãy.

- Hướng dẫn người phụ giữ cẳng chân vuông góc với bàn chân.
- Đặt 2 nẹp:
 - + 1 nẹp từ mắt cá trong đến giữa đùi.
 - + 1 nẹp từ mắt cá ngoài đến giữa đùi hoặc thay thế bằng 1 nẹp kẽm bẻ thành chữ L đặt dưới cẳng chân.
- Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp và chỗ xương nhô ra.

- Cố định: dùng 2 dây to bản.
- + 1 dây trên ổ gãy.
- + 1 dây dưới ổ gãy.
- + 1 dây trên ổ khớp.
- + 1 dây ở cổ chân.
- + Băng theo kiểu số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân.
- Cố định chân lành vào chân gãy (nếu không có nẹp để cố định).
- Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy.
- Viết phiếu chuyển tuyến.
- Vận chuyển nạn nhân khi tình trạng ổn định đến bệnh viện và các trung tâm y tế.
- Theo dõi tình sát trạng tuần hoàn chi gãy của nạn nhân trong khi di chuyển, khi trời lạnh cần ủ ấm để tránh sốc.

2. Gãy xương hở

Là tổn thương thông từ bề mặt của da với ổ gãy hoặc 1 đầu xương gãy chòi ra ngoài .

a.Trường hợp xương gãy chòi ra ngoài vết thương:

- Không kéo nắn đầu xương vào trong.
- Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy.(đặt gạc, đặt 1 vành khăn hoặc 1 đệm bông hình bán nguyệt lên vết thương, sau đó băng lại, tiến hành cố định và chuyển nạn nhân).

b. Xương bị gãy không chòi ra ngoài.

- Cầm máu ép nhẹ 2 vết thương lại(không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy).
- Đặt gạc lên vết thương và đệm bông ở xung quanh vết thương , băng lại, cố định và chuyển nạn nhân về nơi điều trị.

3. Gãy xương có biến chứng

- Là gãy xương gây thương tổn dây thần kinh và mạch máu (cả gãy kín và gãy hở).
- Nếu có tổn thương động mạch phải đặt garo cầm máu, xử trí vết thương , sát khuẩn và băng lại, cố định xương gãy, sau đó vận chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.

4. Lưu ý

- Phải giải quyết các vấn đề về hô hấp, tuần hoàn trước khi sơ cứu.
- Không đặt nẹp trực tiếp lên da thịt nạn nhân(phải có đệm lót).
- Cố định trên, dưới ổ gãy, khớp trên và khớp dưới ổ gãy.
- Bất động ở tư thế cơ năng: chi dưới thẳng 180^0
- Trường hợp gãy xương kín: kéo chi liên tục bằng một lực không đổi trong suốt thời gian cố định.
- Trường hợp gãy xương hở: không được kéo nắn xương, không ấn đầu xương vào, cố định nguyên tư thế gãy.
- Nếu có tổn thương động mạch phải đặt garo và xử trí vết thương.
- Nhanh chóng, nhẹ nhàng, vận chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.

- Trên đường đi luôn theo dõi tuần hoàn chi.
- Không có nẹp có thể cố định chi gãy với chi lành.
- Khi vận chuyển theo dõi sát toàn trạng vag xử trí kịp thời những diễn biến bất thường xảy ra.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện.
- Tình trạng người bệnh.
- Tình trạng tuần hoàn chi gãy.
- Tên người thực hiện.
- Diễn biến tình trạng chung của nạn nhân trên đường di chuyển.
- Phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra.
- Bàn giao người bệnh đầy đủ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH.

- Người bệnh khi nằm luôn nâng cao chân bên gãy lên để tránh phù nề.
- Theo dõi tuần hoàn chi gãy.
- Thấy có sự thay đổi khác thường trong người hoặc đầu chi cố định thấy lạnh hoặc tê phải báo lại ngay cho nhân viên y tế.
- Người nhà phối hợp điều dưỡng giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân.
- Phối hợp với điều dưỡng xoa bóp nhẹ nhàng vùng gần nơi cố định để giúp cho tuần hoàn chi gãy lưu thông được tốt.
- Cùng điều dưỡng giúp người bệnh tập vận động và đi lại khi tổn thương đã ổn định.

Lưu ý:

- Phải giải quyết các vấn đề về hô hấp, tuần hoàn trước khi sơ cứu.
- Không đặt nẹp trực tiếp lên da thịt nạn nhân(phải có đệm lót).
- Cố định trên, dưới ổ gãy, khớp trên và khớp dưới ổ gãy.
- Bất động ở tư thế cơ năng: chi dưới thẳng 180°
- Trường hợp gãy xương kín: kéo chi liên tục bằng một lực không đổi trong suốt thời gian cố định.
- Trường hợp gãy xương hở: không được kéo nắn xương, không ấn đầu xương vào, cố định nguyên tư thế gãy.
- Nếu có tổn thương động mạch phải đặt garo và xử trí vết thương.
- Nhanh chóng, nhẹ nhàng, vận chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.
- Trên đường đi luôn theo dõi tuần hoàn chi.
- Không có nẹp có thể cố định chi gãy với chi lành.
- Khi vận chuyển theo dõi sát toàn trạng vag xử trí kịp thời những diễn biến bất thường xảy ra.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI
GỠ XƯƠNG CẰNG CHÂN

Khoa ngày

Thành viên giám sát:

Điều dưỡng thực hiện:

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ - Nẹp gỗ các loại - Nẹp Beckel(máng Beckel). - Băng cuộn hoặc dây to bản. - Băng không thấm nước hoặc dùng vải hay quần áo. - Dụng cụ thay băng (nếu gãy hở): kìm, kẹp phẫu tích, kéo, bông, băng, gạc, dung dịch sát khuẩn. - Hộp thuốc chống sốc. - Cáng – xe. - Phiếu chuyển tuyến.		
3	Người bệnh: - Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành. - Cho người bệnh nằm.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Giải quyết tuần hoàn, hô hấp trước khi sơ cứu.		
3	Gãy xương kín		
3.1	Đặt 2 nẹp: + 1 nẹp từ mắt cá trong đến giữa đùi. + 1 nẹp từ mắt cá ngoài đến giữa đùi hoặc thay thế bằng 1 nẹp kẽm bẻ thành chữ L đặt dưới cẳng chân.		
3.2	Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp và chỗ xương nhô ra.		
3.3	Cố định: dùng 2 dây to bản. + 1 dây trên ổ gãy. + 1 dây dưới ổ gãy. + 1 dây trên ổ khớp. + 1 dây ở cổ chân. + Băng theo kiểu số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân.		

3.4	Cố định chân lành vào chân gãy (nếu không có nẹp để cố định).		
3.5	Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy.		
3.6	Viết phiếu chuyển tuyến (tuyến xã)		
3.7	Vận chuyển nạn nhân khi tình trạng ổn định đến bệnh viện và các trung tâm y tế.		
3.8	Theo dõi tình sát trạng tuần hoàn chi gãy của nạn nhân trong khi di chuyển, khi trời lạnh cần ủ ấm để tránh sốc.		
3.9	Thu dọn dụng cụ. Vệ sinh tay.		
3.10	Ghi hồ sơ.		
	Gãy xương hở		
4	4.1.Trường hợp xương gãy chồi ra ngoài vết thương: - Không kéo nắn đầu xương vào trong. - Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy.(đặt gạc, đặt 1 vành khăn hoặc 1 đệm bông hình bán nguyệt lên vết thương, sau đó băng lại, tiến hành cố định và chuyển nạn nhân).		
	4.2. Xương bị gãy không chồi ra ngoài. - Cầm máu ép nhẹ 2 vết thương lại(không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy). - Đặt gạc lên vết thương và đệm bông ở xung quanh vết thương , băng lại, cố định và chuyển nạn nhân về nơi điều trị.		
5	Gãy xương có biến chứng - Là gãy xương gây thương tổn dây thần kinh và mạch máu (cả gãy kín và gãy hở). - Nếu có tổn thương động mạch phải đặt garo cầm máu, xử trí vết thương , sát khuẩn và băng lại, cố định xương gãy, sau đó vận chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.		
6	Thu dọn dụng cụ.		
7	Phân loại rác thải. vệ sinh tay.		
9	Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**


.....
.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....
.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THẠCH UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỖ XƯƠNG CẰNG TAY	Mã số: QT.29.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau.
- Phòng chống sốc.
- Giảm nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, các tạng, cơ da....

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp gãy xương cẳng tay nói chung.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Cho người bệnh nằm hoặc ngồi.

2. Chuẩn bị dụng cụ

- Nẹp gỗ
- Nẹp Cra – me.
- Băng cuộn hoặc dây to bản.
- Băng không thấm nước hoặc dùng vải hay quần áo.
- Khăn tam giác.
- Dụng cụ thay băng (nếu gãy hở): kìm, kẹp phẫu tích, kéo, bông, băng, gạc, dung dịch sát khuẩn, garo cầm máu (nếu cần).
- Hộp thuốc chống sốc.
- Cáng – xe.
- Phiếu chuyển tuyến.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gãy xương kín

1.1. Trường hợp gấp khuỷu tay được

- Đỡ cẳng tay sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay, lòng bàn tay để ngửa.
- Đặt một nẹp trong từ lòng bàn tay đến nếp khuỷu tay.

- Đặt một nẹp ngoài từ đầu ngón tay đến quá khuỷu tay.
- Cố định:
 - + 1 dây to bản ở trên ổ gãy.
 - + 1 dây to bản ở dưới ổ gãy.
 - + 1 dây to bản ở bàn tay .
- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực (hoặc băng to bản).

1.2. Trường hợp không thể gấp khuỷu tay được

Không cố dùng sức để gấp khuỷu tay. Bảo người bệnh dùng tay lành đỡ tay bị gãy ở vị trí đó nếu có thể.

- Đặt người bệnh nằm xuống và đặt tay bị gãy dọc theo thân.
- Đặt một miếng đệm dài vào tay bị thương và thân.
- Buộc tay bị gãy vào cơ thể bằng 3 dây rộng bản ở các vị trí:
 - + Buộc 1 dây quanh cổ tay và đùi.
 - + Buộc 1 dây quanh cánh tay và ngực.
 - + Buộc 1 dây quanh cẳng tay và bụng.
- Viết phiếu chuyển tuyến.
- Nhanh chóng nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân khi tình trạng đã ổn định đến cơ sở điều trị.
- Theo dõi thường xuyên tình trạng và tuần hoàn chi gãy. Khi trời lạnh ủ ấm tránh sốc.

2. GÃY XƯƠNG HỞ

2.1. Gãy hở xương chồi ra ngoài vết thương

- Không bao giờ kéo đầu xương gãy vào trong.
- Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy.
- + Cầm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương.
- + Đặt gạc hoặc miếng vải sạch lên trên đầu xương chồi ra.
- + Đặt một vành khăn hoặc một đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương.
- + Băng cố định vào vùng đệm bằng băng cuộn.
- + Xử trí các bước tiếp theo như gãy xương kín.

2.2. Gãy xương hở không chồi ra ngoài vết thương

- Cầm máu bằng cách ép nhẹ nhàng mép vết thương lại. Không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy.
- Đặt miếng gạc lên vết thương và đệm bông ở chung quanh miệng vết thương.

- Xử trí như trường hợp gãy xương hở có xương chồi ra ngoài và xử trí các bước tiếp theo như gãy xương kín.

3. Trường hợp gãy xương biến chứng

Là gãy xương gây tổn thương dây thần kinh, mạch máu hay một tổ chức, cơ quan nào đó (cả gãy hở và gãy kín).

- Nếu có tổn thương động mạch: phải đặt garo để cầm máu.

- Có vết thương hở: xử trí các bước tiếp theo như trường hợp gãy xương hở. Sau đó cố định xương gãy và nhanh chóng chuyển nạn nhân tới cơ sở điều trị.

Lưu ý:

- Cố định nạn nhân đúng kỹ thuật, xử trí vết thương kịp thời.

- Nạn nhân đã chuyển tới cơ sở điều trị kịp thời và an toàn.

- Khi di chuyển đi đường thường xuyên theo dõi sát tuần hoàn chi gãy và toàn trạng nạn nhân.

- Vận chuyển nhẹ nhàng không làm tổn thương thêm cho nạn nhân.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện.

- Tình trạng người bệnh.

- Tình trạng tuần hoàn chi gãy.

- Tên người thực hiện.

- Diễn biến tình trạng chung của nạn nhân trên đường di chuyển.

- Phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH.

- Hướng dẫn người bệnh nếu thấy có sự thay đổi khác thường trong người hoặc đầu chi cố định thấy lạnh hoặc tê phải báo lại ngay cho nhân viên y tế.

- Người nhà phối hợp điều dưỡng giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH
TẠM THỜI GỠ XƯƠNG CẰNG TAY

Khoa ngày

Thành viên giám sát:

Điều dưỡng thực hiện:

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	1. Dụng cụ - Nẹp gỗ - Nẹp Cra – me. - Băng cuộn hoặc dây to bản. - Băng không thấm nước hoặc dùng vải hay quần áo. - Khăn tam giác. - Dụng cụ thay băng (nếu gãy hở): kìm, kẹp phẫu tích, kéo, bông, băng, gạc, dung dịch sát khuẩn, garo cầm máu (nếu cần). - Hộp thuốc chống sốc. - Cáng – xe. - Phiếu chuyển tuyến.		
3	Người bệnh: - Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành. - Cho người bệnh nằm hoặc ngồi.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Phòng chống sốc cho nạn nhân – thực hiện y lệnh của bác sĩ.		
3	Gãy xương kín		
3.1	Trường hợp gấp khuỷu tay được - Đỡ cẳng tay sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay, lòng bàn tay để ngửa. - Đặt một nẹp trong từ lòng bàn tay đến nếp khuỷu tay. - Đặt một nẹp ngoài từ đầu ngón tay đến quá khuỷu tay.		

	<ul style="list-style-type: none"> - Cố định: + 1 dây to bản ở trên ổ gãy. + 1 dây to bản ở dưới ổ gãy. + 1 dây to bản ở bàn tay . - Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực (hoặc băng to bản). 		
3.2	<p><i>Trường hợp không thể gấp khuỷu tay được</i> Không cố dùng sức để gấp khuỷu tay. Bảo người bệnh dùng tay lành đỡ tay bị gãy ở vị trí đó nếu có thể.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đặt người bệnh nằm xuống và đặt tay bị gãy dọc theo thân. - Đặt một miếng đệm dài vào tay bị thương và thân. - Buộc tay bị gãy vào cơ thể bằng 3 dây rộng bản ở các vị trí: + Buộc 1 dây quanh cổ tay và đùi. + Buộc 1 dây quanh cánh tay và ngực. + Buộc 1 dây quanh cẳng tay và bụng. - Viết phiếu chuyển tuyến. - Nhanh chóng nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân khi tình trạng đã ổn định đến cơ sở điều trị. - Theo dõi thường xuyên tình trạng và tuần hoàn chi gãy. Khi trời lạnh ủ ấm tránh sốc. 		
4	Gãy xương hở		
4.1	<p><i>Gãy hở xương chồi ra ngoài vết thương</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Không bao giờ kéo đầu xương gãy vào trong. - Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy. + cầm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương. + Đặt gạc hoặc miếng vải sạch lên trên đầu xương chồi ra. + Đặt một vành khăn hoặc một đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương. + Băng cố định vào vùng đệm bằng băng cuộn. + Xử trí các bước tiếp theo như gãy xương kín. 		
4.2	<p><i>Gãy xương hở không chồi ra ngoài vết thương</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cầm máu bằng cách ép nhẹ nhàng mép vết thương lại. Không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy. - Đặt miếng gạc lên vết thương và đệm bông ở chung quanh miệng vết thương. - Xử trí như trường hợp gãy xương hở có xương chồi ra ngoài và xử trí các bước tiếp theo như gãy xương kín. 		

5	Trường hợp gãy xương biến chứng		
	- Nếu có tổn thương động mạch: phải đặt garo để cầm máu. - Có vết thương hở: xử trí các bước tiếp theo như trường hợp gãy xương hở. Sau đó cố định xương gãy và nhanh chóng chuyển nạn nhân tới cơ sở điều trị.		
6	Thu dọn dụng cụ.		
7	Vệ sinh tay. Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ
ĐỊNH TẠM THỜI GỖ
XƯƠNG CÁNH TAY**

Mã số: **QT.30.ĐD**
Ngày ban hành: 23/6/2020
Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau.
- Phòng chống sốc.
- Giảm nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da....

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp gãy xương cánh tay nói chung.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Cho người bệnh nằm hoặc ngồi.

2. Chuẩn bị dụng cụ

- Nẹp gỗ
- Nẹp Cra – me.
- Băng cuộn hoặc dây to bản.
- Bông không thấm nước hoặc dùng vải hay quần áo.
- Khăn tam giác.
- Dụng cụ thay băng (nếu gãy hở): kìm, kẹp phẫu tích, kéo, bông, băng, gạc, dung dịch sát khuẩn.....
- Hộp thuốc chống sốc.
- Cáng – xe.
- Phiếu chuyển tuyến.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gãy xương kín

1.1. Dùng nẹp cố định

- Để cánh tay sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay.
- Đặt một nẹp phía trong cánh tay từ hõm nách xuống khớp khuỷu tay.
- Đặt một nẹp phía ngoài cánh tay từ khớp vai xuống dưới khớp khuỷu tay.

- Có thể dùng nẹp Cra-me làm thành góc 90⁰ đỡ cả cánh tay và cẳng tay băng lại.
- Lót bông không thấm nước vào các đầu nẹp, chỗ xương nhô ra.
- Buộc dây cố định trên ổ gầy.
- Buộc dây cố định dưới ổ gầy.
- Đỡ cẳng tay bằng khăn tam giác (hoặc băng to bản) treo trước ngực, bàn tay cao hơn khuỷu tay và úp vào thân.
- Băng hoặc buộc cánh tay vào sát thân.

1.2. Dùng khăn tam giác

- Cánh tay để sát thân , cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn tay cao hơn khuỷu tay. Bảo nạn nhân dùng tay lành đỡ tay đau.
- Luồn khăn tam giác dưới cẳng tay của tay đau, đỉnh của khăn ở dưới khuỷu tay , buộc khăn qua cổ sang bên vai lành.
- Gấp đỉnh khăn tam giác cho gọn và kim băng vào phần vải ở khuỷu tay.
- Dùng khăn tam giác thứ 2 hoặc buộc cánh tay sát vào thân mình.
- Viết phiếu chuyển tuyến.

* Trường hợp nạn nhân không thể gấp khuỷu tay vào được, cho nạn nhân nằm xuống và đặt tay bị thương dọc theo thân mình.

2. Gãy xương hở

2.1. Gãy hở xương chồi ra ngoài vết thương

- Không bao giờ kéo đầu xương gãy vào trong.
- Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy.
- + Chăm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương.
- + Đặt gạc hoặc miếng vải sạch lên trên đầu xương chồi ra.
- + Đặt một vành khăn hoặc một đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương.
- + Băng cố định vào vùng đệm bằng băng cuộn.
- + Xử trí các bước tiếp theo như gãy xương kín.

2.2. Gãy xương hở không chồi ra ngoài vết thương

- Chăm máu bằng cách ép nhẹ nhàng mép vết thương lại. Không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy.
- Đặt miếng gạc lên vết thương và đệm bông ở chung quanh miệng vết thương.
- Xử trí như trường hợp gãy xương hở có xương chồi ra.

3. Trường hợp gãy xương biến chứng

Là gãy xương gây tổn thương dây thần kinh, mạch máu hay một tổ chức, cơ quan nào đó (cả gãy hở và gãy kín).

- Nếu có tổn thương động mạch: phải đặt garo để cầm máu.

- Có vết thương hở: xử trí các bước tiếp theo như trường hợp gãy xương hở. Sau đó cố định xương gãy và nhanh chóng chuyển nạn nhân tới cơ sở điều trị.

Lưu ý:

- Cố định nạn nhân đúng kỹ thuật, xử trí vết thương kịp thời.
- Sau khi cố định tay treo trước ngực, bàn tay cao hơn khuỷu tay.
- Nạn nhân đã chuyển tới cơ sở điều trị kịp thời và an toàn.
- Khi di chuyển đi đường giữ tư thế đúng, thường xuyên theo dõi sát tuần hoàn chi gãy và toàn trạng nạn nhân, xử trí kịp thời những diễn biến xảy ra(nếu có).

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện.
- Tình trạng người bệnh.
- Tình trạng tuần hoàn chi gãy.
- Tên người thực hiện.
- Diễn biến tình trạng chung của nạn nhân trên đường di chuyển.
- Phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH.

- Người bệnh tay luôn giữ ở tư thế tay cao hơn khuỷu tay.
- Hướng dẫn người bệnh nếu thấy có sự thay đổi khác thường trong người hoặc đầu chi cố định thấy lạnh hoặc tê phải báo lại ngay cho nhân viên y tế.
- Người nhà phối hợp điều dưỡng giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân./.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM
THỜI GẦY XƯƠNG CÁNH TAY

Khoa ngày

Thành viên giám sát:

Điều dưỡng thực hiện:

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	1. Dụng cụ - Nẹp gỗ - Nẹp Cra – me. - Băng cuộn hoặc dây to bản. - Băng không thấm nước hoặc dùng vải hay quần áo. - Khăn tam giác. - Dụng cụ thay băng (nếu gãy hở): kìm, kẹp phẫu tích, kéo, bông, băng, gạc, dung dịch sát khuẩn..... - Hộp thuốc chống sốc. - Cáng – xe. - Phiếu chuyển tuyến.		
3	Người bệnh: - Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành. - Cho người bệnh nằm hoặc ngồi.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Phòng chống sốc cho nạn nhân – thực hiện y lệnh của bác sĩ.		
3	Gãy xương kín		
3.1	Dùng nẹp cố định - Để cánh tay sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay. - Đặt một nẹp phía trong cánh tay từ hõm nách xuống khớp khuỷu tay. - Đặt một nẹp phía ngoài cánh tay từ khớp vai xuống dưới khớp khuỷu tay.		

	<ul style="list-style-type: none"> - Có thể dùng nẹp Cra-me làm thành góc 90⁰ đỡ cả cánh tay và cẳng tay băng lại. - Lót bông không thấm nước vào các đầu nẹp, chỗ xương nhô ra. - Buộc dây cố định trên ổ gầy. - Buộc dây cố định dưới ổ gầy. - Đỡ cẳng tay bằng khăn tam giác (hoặc băng to bản) treo trước ngực, bàn tay cao hơn khuỷu tay và úp vào thân. - Băng hoặc buộc cánh tay vào sát thân. 		
3.2	<p><i>Dùng khăn tam giác</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cánh tay để sát thân , cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn tay cao hơn khuỷu tay. Bảo nạn nhân dùng tay lành đỡ tay đau. - Luồn khăn tam giác dưới cẳng tay của tay đau, đỉnh của khăn ở dưới khuỷu tay , buộc khăn qua cổ sang bên vai lành. - Gấp đỉnh khăn tam giác cho gọn và kim băng vào phần vải ở khuỷu tay. - Dùng khăn tam giác thứ 2 hoặc buộc cánh tay sát vào thân mình. - Viết phiếu chuyển tuyến. * Trường hợp nạn nhân không thể gấp khuỷu tay vào được, cho nạn nhân nằm xuống và đặt tay bị thương dọc theo thân mình. 		
4	Gãy xương hở		
4.1	<p><i>Gãy hở xương chồi ra ngoài vết thương</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Không bao giờ kéo đầu xương gãy vào trong. - Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy. + Chăm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương. + Đặt gạc hoặc miếng vải sạch lên trên đầu xương chồi ra. + Đặt một vành khăn hoặc một đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương. + Băng cố định vào vùng đệm bằng băng cuộn. + Xử trí các bước tiếp theo như gãy xương kín. 		

4.2	<p>Gãy xương hở không chồi ra ngoài vết thương</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cầm máu bằng cách ép nhẹ nhàng mép vết thương lại. Không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy. - Đặt miếng gạc lên vết thương và đệm bông ở chung quanh miệng vết thương. - Xử trí như trường hợp gãy xương hở có xương chồi ra. 		
5	<p>Trường hợp gãy xương biến chứng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nếu có tổn thương động mạch: phải đặt garo để cầm máu. - Xử trí vết thương. - Có vết thương hở: xử trí các bước tiếp theo như trường hợp gãy xương hở. Sau đó cố định xương gãy và nhanh chóng chuyển nạn nhân tới cơ sở điều trị. 		
14	Thu dọn dụng cụ.		
15	Vệ sinh tay. Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO TRẺ ĂN BẰNG ỐNG THÔNG	Mã số: QT.31.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

Đưa đủ chất dinh dưỡng vào cơ thể trẻ qua ống thông trong trường hợp trẻ không ăn được bằng miệng.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Trẻ non phản xạ bú kém.
- Trẻ hôn mê, co giật.

2. Chống chỉ định

- Bỏng thực quản.
- Teo thực quản.

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người nhà người bệnh về thủ thuật sắp làm.
- Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện cho kỹ thuật, thường nghiêng về bên phải.

2. Chuẩn bị dụng cụ

- khay sạch: gồm có:
 - + Ống thông trẻ sơ sinh số 6, trẻ lớn số 8 hoặc 10 tùy theo lứa tuổi.
 - + Bơm tiêm 5ml
 - + Gạc nhỏ.
 - + Panh không máu.
 - + Kéo, băng dính.
 - + Thức ăn theo y lệnh được hâm nóng 37⁰C
 - + Cốc đựng dầu praffin.
 - + Cốc đựng nước chín.
- Khay quả đậu sạch.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đưa dụng cụ đến bên giường bệnh nhân.
- Điều dưỡng rửa tay.
- Kiểm tra thức ăn (bằng cách nhỏ 1 giọt thức ăn vào mu bàn tay).

- Đo chiều dài ống thông: đo từ đỉnh mũi đến dái tai và từ dái tai đến mũi ức rồi đánh dấu vào ống thông.

- Bôi dầu nhờn vào đầu ống thông.

- Đưa ống thông từ từ vào lỗ mũi, đến khi chỗ đánh dấu chạm vào cánh mũi là được, dùng băng dính cố định ống thông.

- Kiểm tra xem ống thông đã vào dạ dày chưa bằng một trong ba cách sau:

+ Dùng bơm tiêm hút thử xem có dịch dạ dày không.

+ Nhúng đầu ống thông vào chén nước xem có sủi bọt không.

+ Dùng bơm tiêm bơm hơi vào dạ dày đồng thời dùng ống nghe để xem hơi có vào dạ dày không.

Cho người bệnh ăn:

+ Lấy thức ăn vào bơm tiêm, bơm thức ăn từ từ qua ống thông vào dạ dày.

+ Sau khi bơm hết thức ăn, nếu để lưu ống thông, bơm 5-10ml nước chín vào ống thông để làm sạch lòng ống thông.

+ Rút ống thông ra: rút từ từ, dùng gạc lau sạch ống thông, khi gần hết (còn khoảng 20cm) dùng panh kẹp đầu ống thông lại tránh thức ăn rơi vào đường hô hấp, rút ống thông nhanh.

+ Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái.

+ Thu dọn dụng cụ, rửa sạch, lau khô để vào nơi quy định.

*** Những điểm cần lưu ý:**

- Phải chắc chắn là ống thông đã vào dạ dày thì mới bơm thức ăn.

- Những lần cho ăn sau cũng phải kiểm tra lại xem ống thông có còn đúng vị trí không.

- Thay ống thông sau 48h.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày, giờ cho ăn.

- Số lượng thức ăn.


- Tình trạng người bệnh trong và sau khi ăn. Nếu có dấu hiệu bất thường như nôn, trào ngược, sặc... báo ngay cho bác sỹ để xử trí kịp thời.

- Tên người làm thủ thuật.

VI. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn bà mẹ hoặc gia đình biết cách pha sữa hoặc chế biến thức ăn theo y lệnh.

- Sau khi bơm thức ăn không nên thay đổi tư thế trẻ một cách đột ngột để tránh trào ngược hoặc nôn.

	TRUNG TÂM Y TẾ THANH UYÊN Phòng KH – NV - ĐD
	BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO TRẺ ĂN BẰNG ỚNG THÔNG

Khoa ngày

Thành viên giám sát:

Điều dưỡng thực hiện:

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: - Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. - Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ - Khay sạch: gồm có: + Ống thông trẻ sơ sinh số 6, trẻ lớn số 8 hoặc 10 tùy theo lứa tuổi. + Bơm tiêm 5ml + Gạc nhỏ. + Panh không máu. + Kéo, băng dính. + Thức ăn theo y lệnh được hâm nóng 37 ⁰ C + Cốc đựng dầu paraffin. + Cốc đựng nước chín. - Khay quả đậu sạch.		
3	Người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người nhà người bệnh về thủ thuật sắp làm. - Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện cho kỹ thuật, thường nghiêng về bên phải.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.		
2	Đưa dụng cụ đến bên giường bệnh nhân.		
3	Kiểm tra thức ăn (bằng cách nhỏ 1 giọt thức ăn vào mu bàn tay).		
4	Đo chiều dài ống thông: đo từ đỉnh mũi đến dái tai và từ dái tai đến mũi ức rồi đánh dấu vào ống thông.		
5	Bôi dầu nhờn vào đầu ống thông.		
6	Đưa ống thông từ từ vào lỗ mũi, đến khi chỗ đánh dấu chạm vào cánh mũi là được, dùng băng dính cố định ống thông.		

7	<p>Kiểm tra xem ống thông đã vào dạ dày chưa bằng một trong ba cách sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Dùng bơm tiêm hút thử xem có dịch dạ dày không. + Nhúng đầu ống thông vào chén nước xem có sủi bọt không. + Dùng bơm tiêm bơm hơi vào dạ dày đồng thời dùng ống nghe để xem hơi có vào dạ dày không. 		
8	Cho người bệnh ăn:		
	+ Lấy thức ăn vào bơm tiêm, bơm thức ăn từ từ qua ống thông vào dạ dày.		
	+ Sau khi bơm hết thức ăn, nếu để lưu ống thông, bơm 5-10ml nước chín vào ống thông để làm sạch lòng ống thông.		
	+ Rút ống thông ra: rút từ từ, dùng gạc lau sạch ống thông, khi gần hết (còn khoảng 20cm) dùng panh kẹp đầu ống thông lại tránh thức ăn rơi vào đường hô hấp, rút ống thông nhanh.		
	+ Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái.		
9	Thu dọn dụng cụ.		
10	Vệ sinh tay. Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY ĐỜM LÀM XÉT NGHIỆM	Mã số: QT.32.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

Tìm trực khuẩn lao và chẩn đoán một số bệnh khác.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Ho kéo dài.
- Các bệnh về đường hô hấp.

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định.
- Thận trọng khi người bệnh có tổn thương về đường hô hấp.

III. CHUẨN BỊ

* Người thực hiện (Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên xét nghiệm).

- Phải đầy đủ trang phục y tế (có biển tên), đội mũ, đeo khẩu trang
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

1. Người bệnh

Thông báo, giải thích cho người bệnh những điều cần thiết trước khi làm xét nghiệm như:

- Lấy đờm vào sáng sớm trước khi ngủ dậy.
- Không ăn uống gì trước khi lấy đờm.

2. Dụng cụ

- Hộp hoặc lọ đựng bệnh phẩm (khô, sạch) ghi tên, tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh.
- Phiếu xét nghiệm.
- Tăm bông.
- Lam kính, bút viết lam kính.

* Tất cả dụng cụ được sắp xếp đúng vị trí trên xe hoặc bàn làm xét nghiệm.

3. Địa điểm

Tại phòng xét nghiệm hoặc tại giường bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

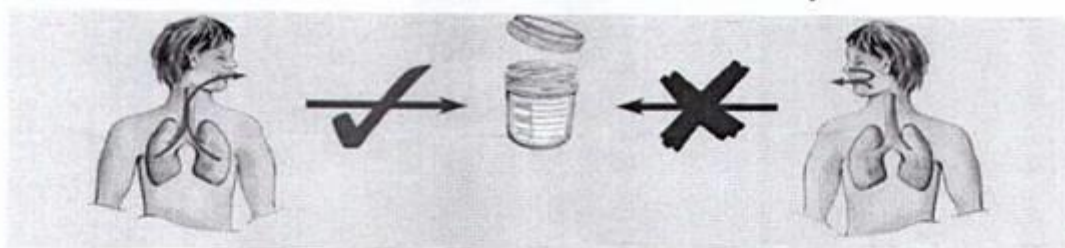
1. Điều dưỡng, KTV tiếp xúc, thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.

2. Kiểm tra đôi chiếu với y lệnh.

3. Điều dưỡng, KTV mang găng tay cao su.

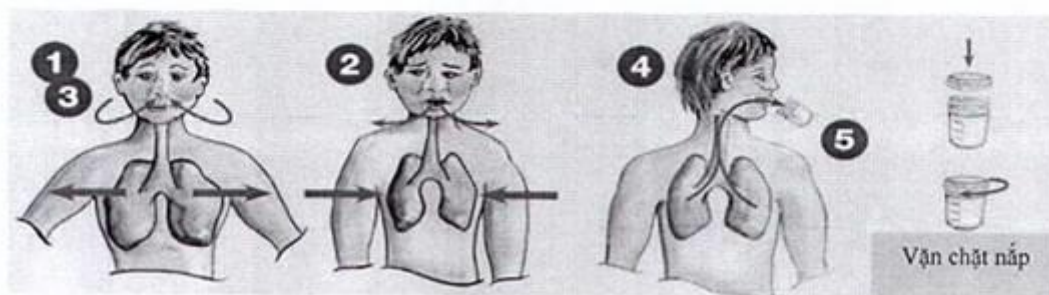
4. Giúp người bệnh đứng thẳng (nếu có thể) hoặc ngồi thẳng trên ghế tựa.

* **Trường hợp người bệnh tự ho, khạc đờm được.** (Ban hành kèm theo Quyết định số: 4263/QĐ-BYT ngày 13 tháng 10 năm 2015 của bộ trưởng Bộ Y tế).



Đờm lấy từ tổn thương trong phổi

Không khạc đờm từ mũi hoặc miệng



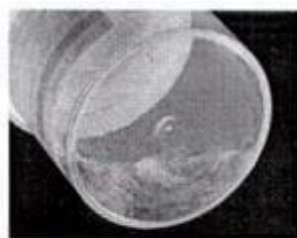
1. Hít vào thật sâu
2. Thở ra thật mạnh
3. Hít vào thật sâu, thở ra thật mạnh (lần 2)
4. Hít sâu, thở mạnh lần 3, ho khạc thật sâu từ trong phổi
5. Đặt cốc đờm (đã mở nắp) vào sát miệng, nhỏ đờm vào đáy cốc. Vặn chặt nắp.

6. Nộp cốc đờm và phiếu xét nghiệm cho người hướng dẫn NVYT).
Không đặt cốc đờm lên phiếu xét nghiệm.

Lưu ý: Nếu lượng đờm quá ít (< 2ml) và không có chất nhày mủ, làm lại các bước trên để có mẫu đờm đạt chất lượng.



Bệnh phẩm đờm
đạt tiêu chuẩn



Bệnh phẩm đờm
đạt tiêu chuẩn



Bệnh phẩm đờm
không đạt tiêu chuẩn



Đờm đạt tiêu chuẩn sẽ chẩn đoán bệnh chính xác!

*** Trường hợp người bệnh không khạc được đờm.**

- Dùng tăm bông ngoáy vào họng người bệnh.
- Phết tăm bông lên lam kính hoặc cho cả tăm bông vào lọ vô khuẩn và đậy kín lại.

5. Thu dọn, vệ sinh dụng cụ để về nơi quy định.

6. Điều dưỡng, KTV rửa tay.

7. Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày, giờ lấy đờm.
- Tính chất đờm.
- Tình trạng người bệnh
- Khi có kết quả phải báo cáo ngay cho bác sĩ để có hướng xử trí.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

Giải thích, động viên người bệnh yên tâm, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết./.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY ĐÒM
LÀM XÉT NGHIỆM**

Khoa ngày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: - Hộp hoặc lọ đựng bệnh phẩm (khô, sạch) ghi tên, tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh. - Phiếu xét nghiệm. - Tăm bông. - Lam kính, bút viết lam kính.		
3	Người bệnh: Thông báo, giải thích cho người bệnh những điều cần thiết trước khi làm xét nghiệm như: - Lấy đờm vào sáng sớm trước khi ngủ dậy. - Không ăn uống gì trước khi lấy đờm.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng rửa tay/ sát khuẩn tay nhanh		
2	Kiểm tra đối chiếu với y lệnh.		
3	Điều dưỡng ,KTV mang găng tay cao su.		
4	Giúp người bệnh đứng thẳng (nếu có thể) hoặc ngồi thẳng trên ghế tựa.		
5	* Trường hợp người bệnh tự ho, khạc đờm được.		
5.1	Hít vào thật sâu.		
5.2	Thở ra thật mạnh		
5.3	Hít vào thật sâu, thở ra thật mạnh (lần 2)		
5.4	Hít sâu, thở mạnh lần 3, ho khạc thật sâu từ trong phổi		
5.5	Đặt cốc đờm (đã mở nắp) vào sát miệng, nhổ đờm vào đáy cốc. Vặn chặt nắp.		

5.6	Nộp cốc đờm và phiếu xét nghiệm cho người hướng dẫn (NVYT). Không đặt cốc đờm lên phiếu xét nghiệm.		
6	<i>* Trường hợp người bệnh không khạc được đờm.</i>		
6.1	<i>Dùng tăm bông ngoáy vào họng người bệnh</i>		
6.2	Phết tăm bông lên lam kính hoặc cho cả tăm bông vào lọ vô khuẩn và đậy kín lại.		
7	Thu dọn, vệ sinh dụng cụ để về nơi quy định.		
8	Điều dưỡng , KTV rửa tay.		
9	Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.		
10	Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....
.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

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

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY
MÁU LÀM XÉT NGHIỆM

Mã số: **QT.33.ĐD**
Ngày ban hành: 23/6/2020
Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

Lấy máu xét nghiệm để phục vụ cho việc chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Được chỉ định trong việc chẩn đoán, theo dõi bệnh như: tìm vi khuẩn, ký sinh trùng, định lượng, xác định tỷ lệ thành phần các chất trong máu ...

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định.
- Thận trọng trong các trường hợp người bệnh bị chảy máu kéo dài.

III. CHUẨN BỊ

*** Người thực hiện (Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên xét nghiệm)**

- Phải đầy đủ trang phục y tế, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

1. Người bệnh

- Được thông báo giải thích những điều cần thiết, cho người bệnh nhìn ăn trước khi lấy máu theo yêu cầu của xét nghiệm.
- Động viên người bệnh.

2. Dụng cụ: Tất cả các dụng cụ được sắp xếp đúng vị trí trên xe hoặc bàn làm xét nghiệm.

<p>* Lấy máu tĩnh mạch làm các xét nghiệm</p> <ul style="list-style-type: none">- Khay chữ nhật (khay sạch, khay vô khuẩn).- Bơm, kim tiêm vô trùng (cỡ số phù hợp).- Găng tay vô khuẩn.- Kim Kocher, ống cầm kim Kocher.- Ống nghiệm theo yêu cầu xét nghiệm,- Giá cầm ống nghiệm, phiếu xét nghiệm.- Hộp đựng bông cồn 70⁰.- Băng dính, kéo.- Dây garo, đệm kê tay.- Khay quả đậu.- Thùng/ túi đựng rác.	<p>* Lấy máu mao mạch làm xét nghiệm</p> <ul style="list-style-type: none">- Kim chích máu (lancet) vô trùng.- Lam kính.- Hộp bông cồn 70⁰, bông vô khuẩn.- Găng tay vô khuẩn.- Phiếu xét nghiệm, bút viết lam kính.- Khay chữ nhật đựng dụng cụ.- Thùng/ túi đựng rác.
--	---

3. Địa điểm: Tại giường bệnh hoặc phòng xét nghiệm.

IV. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Điều dưỡng (KTV) tiếp xúc, thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.

2. Kiểm tra đôi chiếu với y lệnh.

3. Để người bệnh ở tư thế thích hợp.

*** Trường hợp lấy máu tĩnh mạch:**

- Ghi tên, tuổi, khoa phòng của người bệnh vào ống nghiệm.

- Rửa tay hai lần, mang găng vô khuẩn.

- Chọn vị trí lấy máu thích hợp, buộc dây garo trên chỗ lấy máu 3 - 5cm.

- Sát khuẩn vị trí lấy máu bằng bông cồn.

- Chọc kim qua da vào tĩnh mạch, kéo nhẹ pitong cho máu tự chảy, lấy đủ lượng máu để làm xét nghiệm.

- Tháo dây garô, rút kim nhanh, đặt bông, gạc vô khuẩn để cầm máu.

- Tháo kim khỏi bơm tiêm, bơm máu từ rừ vào thành ống nghiệm để tránh vỡ hồng cầu (nếu lấy máu có chất chống đông thì lắc nhẹ nhàng trong 30 giây).

*** Trường hợp lấy máu mao mạch**

- Ghi tên, tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh vào lam kính.

- Điều dưỡng (KTV) mang găng vô khuẩn.

- Chọn nơi lấy máu thường là ngón nhẫn của bàn tay trái (nếu là trẻ sơ sinh thì lấy ở đầu ngón chân cái hoặc gót chân).

- Chà sát da ở vị trí lấy máu.

- Ngửa bàn lấy máu, sát trùng ngón tay bằng bông cồn và chờ khô tự nhiên.

- Dùng kim chích nhanh, dứt điểm đủ độ sâu cần thiết (chùng 1,5 – 2mm).

- Vuốt nhẹ ngón tay cách xa chỗ chích để lấy đủ lượng máu cần thiết.

- Dùng bông khô vô khuẩn đặt lên chỗ chích để cầm máu.

4. Thu dọn, vệ sinh dụng cụ để về nơi quy định.

5. Điều dưỡng (KTV) rửa tay.

6. Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày, giờ lấy máu.

- Tình trạng người bệnh.

- Khi có kết quả xét nghiệm phải báo ngay cho bác sĩ để có hướng xử trí.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

Giải thích động viên người bệnh yên tâm, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết./.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY MÁU
TĨNH MẠCH LÀM XÉT NGHIỆM

Khoa ngày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: Khay chữ nhật (khay sạch, khay vô khuẩn). - Bơm, kim tiêm vô trùng (cỡ số phù hợp). - Găng tay vô khuẩn. - Kim Kocher, ống cầm kim Kocher. - Ống nghiệm theo yêu cầu xét nghiệm, - Giá cầm ống nghiệm, phiếu xét nghiệm. - Hộp đựng bông cồn 70 ⁰ . - Băng dính, kéo. - Dây garo, đệm kê tay. - khay quả đậu. - Thùng/ túi đựng rác.		
3	Người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh những điều cần thiết, cho người bệnh nhịn ăn trước khi lấy máu xét nghiệm. - Động viên người bệnh.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng rửa tay/ sát khuẩn tay nhanh		
2	Kiểm tra đối chiếu với y lệnh.		
3	Đặt người bệnh tư thế thích hợp		
4	Ghi tên rõ họ tên, tuổi, khoa phòng của người bệnh vào ống nghiệm.		
5	Điều dưỡng mang găng vô khuẩn.		
6	Chọn vị trí lấy máu thích hợp. Buộc dây garoo trên chỗ lấy máu 3cm-5cm.		

7	Sát khuẩn vị trí lấy máu bằng bông cotton.		
8	Chọc kim qua da vào tĩnh mạch, kéo nhẹ pitong cho máu tự chảy, lấy đủ lượng máu để làm xét nghiệm.		
9	Tháo dây garô, rút kim nhanh, đặt bông (gạc) vô khuẩn để cầm máu.		
10	Tháo kim khỏi bơm tiêm, bơm máu từ rừ vào thành ống nghiệm để tránh vỡ hồng cầu (nếu lấy máu có chất chống đông thì lắc nhẹ nhàng trong 30 giây).		
11	Giúp người bệnh trở về tư thế thoải mái. Dặn người bệnh và người nhà người bệnh những điều cần thiết		
12	Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay thường quy.		
13	Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.		
14	Ghi hồ sơ.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY MÁU
MAO MẠCH LÀM XÉT NGHIỆM

Khoa ngày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: Khay chữ nhật, kim chích máu, lam kính, hộp bông cotton, găng tay, phiếu xét nghiệm, bút viết lam kính, thùng đựng rác.		
3	Người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh những điều cần thiết, cho người bệnh nhìn ăn trước khi lấy máu xét nghiệm. - Động viên người bệnh.		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng rửa tay/ sát khuẩn tay nhanh		
2	Kiểm tra đối chiếu với y lệnh.		
3	Đỡ người bệnh tư thế thích hợp		
4	Ghi tên rõ họ tên, tuổi, khoa phòng của người bệnh vào ống nghiệm.		
5	Điều dưỡng mang găng .		
6	Chọn vị trí lấy máu thường là ngón nhẫn (ngón 04) của bàn tay trái (nếu là trẻ sơ sinh lấy ở đầu ngón chân cái hoặc gót chân).		
7	Sát khuẩn vị trí lấy máu bằng bông cotton.		
8	Ngừa bàn lấy máu, sát trùng ngón tay bằng bông cotton và chờ khô tự nhiên.		
9	Dùng kim chích nhanh, dứt điểm đủ độ sâu cần thiết (chùng 1,5 – 2mm).		
10	Vuốt nhẹ ngón tay cách xa chỗ trích để lấy đủ lượng máu cần thiết.		

11	Đặt bông gạc vô khuẩn lên chỗ trích để cầm máu.		
12	Giúp người bệnh trở về tư thế thoải mái Dặn người bệnh và người nhà người bệnh những điều cần thiết		
13	Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay thường quy.		
14	Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.		
15	Ghi hồ sơ		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**


.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY NƯỚC TIỂU LÀM XÉT NGHIỆM	Mã số: QT.34.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

Lấy nước tiểu làm xét nghiệm để phục vụ cho chẩn đoán, điều trị và theo dõi người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Được chỉ định cho việc chẩn đoán bệnh như: bệnh thận, bệnh đường tiết niệu và những bệnh khác.

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định.
- Thận trọng trong khi lấy xét nghiệm cho những người bệnh bị tổn thương đường tiết niệu, u xơ tuyến tiền liệt.

III. CHUẨN BỊ

Người thực hiện: điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên xét nghiệm.

- Phải đầy đủ trang phục y tế (có biển tên), đội mũ, đeo khẩu trang.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

1. Người bệnh

- Được thông báo, giải thích những điều cần thiết theo yêu cầu của xét nghiệm.

- Động viên người bệnh.

2. Dụng cụ

- * Trường hợp lấy nước tiểu thông thường.
 - Bô can sạch có nắp đậy.
 - Ống đong 1 lít (có chia vạch).
 - Găng tay vô khuẩn.
 - Ống xét nghiệm vô khuẩn theo yêu cầu của xét nghiệm (ghi tên, tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh vào ống xét nghiệm).
 - Giá đựng ống xét nghiệm, giấy xét nghiệm.
 - Đối với trẻ em cần có dụng cụ lấy nước tiểu cho con trai và con gái.
- * Trường hợp lấy nước tiểu xét nghiệm và bảo quản nước tiểu 24h.

- Bộ dụng cụ giống như lấy xét nghiệm thông thường.
- Chất bảo quản nước tiểu như: thymol, acidclohydric đậm đặc.
- * Trường hợp cần thông tiểu (nam, nữ).
- Ống thông dùng một lần vô khuẩn, tuy trường hợp chỉ định mà chọn loại và cỡ thích hợp.
- Khay quả đậu và xô sạch.
- Khay men để ống thông.
- Panh Kocher vô khuẩn.
- Đèn soi, đèn pin.
- Khăn mổ có lỗ, bông, gạc, tăm bông, găng tay vô khuẩn.
- Vải nylon lót dưới mông.
- Nước xà phòng, nước đun sôi để nguội.
- Dầu Paraphin đã tiệt khuẩn.
- Thuốc sát khuẩn: thuốc đỏ 2%, thuốc tím 0,1%, cystone.
- Bơm tiêm nhựa dùng một lần 10ml, 20ml.
- Ống xét nghiệm vô khuẩn theo yêu cầu của xét nghiệm (ghi tên, tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh vào ống xét nghiệm).
- Giá đựng ống xét nghiệm, giấy xét nghiệm.
- Thùng, túi đựng rác.

Tất cả dụng cụ đặt đúng vị trí trên xe hoặc bàn làm xét nghiệm.

3. Địa điểm

Tại phòng xét nghiệm, hoặc giường bệnh, đảm bảo kín đáo.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng (KTV) tiếp xúc thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.
 2. Kiểm tra đôi chiếu với y lệnh.
 3. Để người bệnh ở tư thế thích hợp.
 4. Điều dưỡng (KTV) mang găng vô khuẩn.
- * Người bệnh tự đi tiểu được: sáng người bệnh thức dậy hướng dẫn đi tiểu vào xô can, theo từng loại xét nghiệm mà lấy 1, 2, 3 ống nước tiểu để làm xét nghiệm cho phù hợp.
- * Cách lấy và bảo quản nước tiểu 24h:
- 7h sáng thức dậy, đi tiểu bỏ hết phần nước tiểu trong đêm.

- Lấy toàn bộ nước tiểu trong ngày và đêm cho đến 7h sáng hôm sau đi lần cuối cùng.

- Nước tiểu được hứng trong xô can có đựng hóa chất thích hợp.

- Đo thể tích nước tiểu trong 24h.

- Theo từng loại xét nghiệm mà lấy 1, 2, 3 ống nước tiểu để làm xét nghiệm cho phù hợp.

* Đối với trường hợp người bệnh bí đái, nhiễm khuẩn đường tiết niệu cần chẩn đoán chính xác nguyên nhân các bước tiến hành sẽ dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để lấy nước tiểu làm xét nghiệm (như quy trình thông đái nam nữ).

5. Thu dọn vệ sinh, dụng cụ để về nơi quy định.

6. Điều dưỡng (KTV) rửa tay.

7. Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi phiếu theo dõi, chăm sóc và ký tên.

- Ngày giờ lấy xét nghiệm, số lượng nước tiểu, màu sắc.

- Tình trạng người bệnh.

- Khi có kết quả xét nghiệm phải báo cáo cho bác sỹ để có hướng xử trí.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

Giải thích, động viên yên tâm, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết./.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY NƯỚC
TIỂU LÀM XÉT NGHIỆM**

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: ống nghiệm (ghi tên, tuổi, khoa, phòng) , giá đựng xét nghiệm, phiếu xét nghiệm, găng tay, xô đựng nước tiểu.		
3	Người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh những điều cần thiết khi lấy xét nghiệm. - Động viên người bệnh		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng rửa tay/ sát khuẩn tay nhanh		
2	Kiểm tra đối chiếu với y lệnh.		
3	Đề người bệnh tư thế thích hợp		
4	Ghi tên , tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh ống nghiệm.		
5	Điều dưỡng mang găng .		
6	Đối với người bệnh tự đi tiểu được: Buổi sáng người bệnh thức dậy hướng dẫn đi tiểu vào xô, theo từng loại xét nghiệm lấy 1,2,3 ống nước tiểu để làm xét nghiệm cho phù hợp.		

7	<p>Cách lấy và bảo quản nước tiểu 24h:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7h giờ sáng thức dậy, đi tiểu bỏ hết phần nước tiểu trong đêm. - Lấy toàn bộ nước tiểu trong ngày và đêm cho đến 7h sáng hôm sau đi bãi cuối cùng. - Nước tiểu được hứng trong xô can có đựng hóa chất thích hợp. - Đo thể tích nước tiểu 24h. - Theo yêu cầu từng loại xét nghiệm mà lấy 1,2,3 ống nước tiểu để làm xét nghiệm cho phù hợp. 		
8	<p>Đối với người bệnh bí đái, nhiễm khuẩn đường tiết niệu cần chẩn đoán chính xác nguyên nhân các bước tiến hành sẽ dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để lấy nước tiểu làm xét nghiệm(như quy trình thông tiểu nam, nữ).</p>		
9	<p>Giúp người bệnh trở về tư thế thoải mái Dặn người bệnh và người nhà người bệnh những điều cần thiết</p>		
10	<p>Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay thường quy.</p>		
11	<p>Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.</p>		
12	<p>Ghi hồ sơ</p>		

*** Nhận xét:**

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD
	QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY PHÂN LÀM XÉT NGHIỆM

I. MỤC ĐÍCH

Lấy phân để soi, cấy vi khuẩn gây bệnh phục vụ cho chẩn đoán, điều trị và theo dõi người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định: tất cả người bệnh cần soi và cấy phân tìm vi khuẩn gây bệnh như: tìm ký sinh trùng, nấm ...

2. Chống chỉ định: không có chống chỉ định, nhưng không dùng que để lấy phân làm xét nghiệm ở người bệnh bị u trực tràng, hậu ôn, bệnh trĩ.

III. CHUẨN BỊ

* Người thực hiện: Điều dưỡng (KTV).

- Phải có đầy đủ trang phục y tế (có biển tên) đội mũ, đeo khẩu trang.
- Phải rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ, mang găng tay.

1. Người bệnh

- Thông báo cho người bệnh từ hôm trước, giải thích rõ mục đích làm xét nghiệm.

- Cho người bệnh ngừng dùng thuốc kháng sinh trước 24h (nếu cấy phân).
- Hỏi và kiểm tra người bệnh có mắc bệnh gì ở vùng trực tràng, hậu môn không?

2. Dụng cụ

- Lọ đựng phân vô khuẩn, có dán nhãn ghi tên tuổi, khoa phòng số giường.
- Que lấy phân vô khuẩn.
- Bô sạch (không tráng thuốc sát khuẩn)
- Bút viết kính
- Dung dịch bảo quản phân (nếu phải mang đi xa).
- Giấy bóng kính đã tráng lớp phân Arbie hoặc keo để tìm trứng giun kim.
- Lam kính.
- Giá đựng ống lọ xét nghiệm.
- Gạc miếng vô khuẩn.
- Găng tay vô khuẩn, giấy vệ sinh, giấy xét nghiệm.

- Khay men.

* Tất cả dụng cụ được sắp xếp đúng, gọn gàng trên xe hoặc bàn làm xét nghiệm.

3. Địa điểm: tại phòng xét nghiệm hoặc tại giường bệnh (phải đảm bảo kín đáo).

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng (KTV) tiếp xúc, thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên chức danh.

2. Kiểm tra đối chiếu với y lệnh.

3. Hướng dẫn người bệnh đi đại tiện vào xô (chú ý đi tách riêng nước tiểu ra khỏi phân).

4. Dùng que lấy phân cho vào lọ.

+ Khối lượng: thông thường từ 5-7g phân; 100g (để tìm con giun, đốt sán).

+ Vị trí:

- Nếu lấy phân tìm ký sinh trùng thì lấy ở đầu khuôn phân.

- Nếu lấy phân tìm Amip: chọn chỗ nhiều mũ, chất nhầy.

- Nếu lấy phân tìm trứng giun kim: dùng giấy bóng kính áp sát vào niêm mạc hậu môn lúc sáng sớm và dán băng keo vào lam kính đã được đánh số.

5. Thu dọn, làm vệ sinh dụng cụ.

6. Điều dưỡng (KTV) rửa tay.

7. Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ lấy phân.

- Tình trạng người bệnh sau khi làm xét nghiệm.

- Khi có kết quả xét nghiệm báo cáo cho bác sĩ để xử trí.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

Giải thích để người bệnh yên tâm, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH LẤY PHÂN LÀM
XÉT NGHIỆM**

Khoangày.....

Thành viên giám sát:.....

Điều dưỡng thực hiện:.....

STT	NỘI DUNG	Bảng kiểm	
		Có	Không
I. Chuẩn bị			
1	Điều dưỡng: Trang phục theo đúng quy định của bệnh viện. Vệ sinh tay.		
2	Dụng cụ: Lọ đựng phân, que lấy phân vô khuẩn, xô sạch, bút viết kính, dung dịch bảo quản phân (nếu phải mang đi xa), giấy bóng kính đã tráng sẵn lớp phân Arbie hoặc keo để tìm trứng giun, lam kính, giá đựng ống lọ xét nghiệm, gạc miếng vô khuẩn, găng tay vô khuẩn, giấy vệ sinh, giấy xét nghiệm, khay chữ nhật. ống nghiệm (ghi tên, tuổi, khoa, phòng) , giá đựng xét nghiệm, phiếu xét nghiệm, găng tay, xô đựng nước tiểu.		
3	Người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh những điều cần thiết khi lấy xét nghiệm. - Động viên người bệnh		
II. Các bước tiến hành			
1	Điều dưỡng rửa tay/ sát khuẩn tay nhanh		
2	Kiểm tra đối chiếu với y lệnh.		
3	Ghi tên , tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh ống nghiệm		
4	Hướng dẫn người bệnh đi đại tiện vào xô(chú ý tách riêng nước tiểu khỏi phân).		
5	Điều dưỡng mang găng.		
6	Dùng que lấy phân: Khối lượng lấy phân thông thường: từ 5-7g phân; 100g (để tìm giun, đốt sán		

7	Vị Trí: - Nếu lấy phân tìm ký sinh sùng thì lấy ở đầu khuôn phân. - Nếu lấy phân tìm Amip: chọn chỗ nhiều mũ, chất nhầy. - Nếu lấy phân tìm trứng giun kim: dùng giấy bóng kính áp sát vào niêm mạc hậu môn lúc sáng sớm và dán băng keo vào lam kính đã được đánh số		
8	Dặn người bệnh và người nhà người bệnh những điều cần thiết		
9	Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay thường quy.		
10	Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.		
11	Ghi hồ sơ		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

QUY TRÌNH VỆ SINH TAY
THƯỜNG QUY

Mã số: **QT.36.ĐD**
Ngày ban hành: 23/6/2020
Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch và loại bỏ vi khuẩn tạm trú trên bàn tay.
- Đảm bảo an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế.
- Góp phần làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trước khi tiếp xúc trực tiếp với mỗi người bệnh.
- Trước khi thực hiện mỗi thủ thuật sạch/vô khuẩn.
- Ngay sau mỗi khi tiếp xúc với máu, dịch cơ thể.
- Sau khi tiếp xúc trực tiếp với mỗi người bệnh.
- Sau tiếp xúc với bề mặt đồ dùng, vật dụng trong buồng bệnh.
- Khi chuyển từ chăm sóc bẩn sang chăm sóc sạch trên cùng người bệnh
- Trước khi mang găng và sau khi tháo găng.

III. PHƯƠNG TIỆN RỬA TAY

- Lavabo hoặc thùng đựng có nắp và vòi khoá.
- Nước sạch.
- Xà phòng bánh, nước hoặc xà phòng có chất diệt khuẩn.
- Khăn lau tay hoặc giấy sạch dùng một lần.
- Thùng đựng khăn, giấy bản có nắp đậy.

IV. QUY TRÌNH RỬA TAY THƯỜNG QUY

Bước 1: Làm ướt hai lòng bàn tay bằng nước. Lấy xà phòng và chà hai lòng bàn tay vào nhau.

Bước 2: Chà lòng bàn tay này lên mu bàn tay kia và ngược lại.

Bước 3: Chà hai lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các ngón tay vào các kẽ ngón.

Bước 4: Chà mu các ngón tay này lên lòng bàn tay kia và ngược lại (mu tay để khum khớp với lòng bàn tay).

Bước 5: Chà ngón cái của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (lòng bàn tay ôm lấy ngón cái).

Bước 6: Chà các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại. Rửa sạch tay dưới vòi nước chảy đến cổ tay và làm khô tay.

Ghi chú:

- Mỗi bước “chà” 5 lần
- Lau khô tay bằng khăn sạch.
- Khóa vòi nước bằng khăn vừa sử dụng.
- Thời gian rửa tay tối thiểu 30 giây

QUY TRÌNH RỬA TAY THƯỜNG QUY



Bước 1: Làm ướt tay bằng nước và xà phòng. Chà hai lòng bàn tay vào nhau.



Bước 2: Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại.



Bước 3: Chà hai lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ ngón tay.



Bước 4: Chà mặt ngoài các ngón tay này vào lòng bàn tay kia.



Bước 5: Xoay ngón tay cái của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (làm sạch ngón tay cái).



Bước 6: Xoay các đầu ngón tay của tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại. Làm sạch tay dưới vòi nước chảy đến cổ tay và lau khô.

Chú ý:

- Rửa tay bằng nước và xà phòng khi bàn tay có vết bẩn. Thời gian mỗi lần rửa tay tối thiểu 30 giây, các bước 2,3,4,5 làm đi làm lại tối thiểu 5 lần;



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD
BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ TUÂN THỦ RỬA TAY
THƯỜNG QUY

Khoa:.....Ngày.....tháng.....năm.....

Thành viên giám sát:.....

Người thực hiện:.....

STT	Nội dung đánh giá	Có	Không
1.	Trước và sau khi thăm khám chăm sóc cho mỗi NB		
2.	Trước khi làm các công việc đòi hỏi vô khuẩn		
3.	Sau khi tiếp xúc với NB		
4.	Sau khi tiếp xúc với máu, dịch cơ thể, các chất bài tiết, tháo bỏ găng.		
5.	Sau khi tiếp xúc với các dụng cụ bẩn, đồ vải bẩn, chất thải và các vật dụng trong buồng bệnh.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH RỬA TAY
THƯỜNG QUY

Khoa:.....Ngày.....tháng.....năm.....

Thành viên giám sát:.....

Người thực hiện:.....

STT	Cá bước tiến hành	Có	Không
1	Đứng trước bồn rửa tay.		
2	Tháo cát đồ trang sức.		
3	Mở nước chảy không làm bắn nước ra ngoài.		
4	Làm ướt bàn tay, lấy xà phòng hoặc dung dịch rửa tay vào lòng bàn tay. Chà 2 lòng bàn tay vào nhau cho xà phòng (dung dịch rửa tay) dàn đều (5 lần).		
5	Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại (5 lần).		
6	Chà 2 lòng bàn tay vào nhau miết mạnh các kẽ trong ngón tay (5 lần).		
7	Chà mặt ngoài các ngón tay của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (5 lần).		
8	Dùng bàn tay này xoay ngón cái của bàn tay kia và ngược lại (5 lần).		
9	Xoay các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (5 lần).		
10	Rửa sạch tay dưới vòi nước chảy đến cổ tay.		
11	Làm khô tay bằng khăn hoặc giấy sạch, sử dụng ngay khăn và giấy sạch lau tay để lót ngăn da tay chạm trực tiếp vào khóa vòi nước để khóa vòi nước lại.		

*** Nhận xét:**

.....

.....

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

QUY TRÌNH
SÁT KHUẨN TAY BẰNG
DUNG DỊCH CHỨA CỒN

Mã số: **QT.37.ĐD**
Ngày ban hành: 23/6/2020
Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch và loại bỏ vi khuẩn trên da tay.
- Đảm bảo an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế.
- Góp phần làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trước và sau khi khám, chăm sóc mỗi bệnh nhân.
- Trước khi chuẩn bị dụng cụ, thuốc.
- Trước khi di chuyển bàn tay từ vùng cơ thể nhiễm khuẩn sang vùng sạch trên cùng một bệnh nhân và bàn tay không dính máu, không dính dịch tiết của bệnh nhân.
- Sau khi tiếp xúc với những vật dụng xung quanh giường bệnh.

III. PHƯƠNG TIỆN

- Lọ dung dịch chứa cồn trang bị trên các xe tiêm, xe thay băng, bàn khám bệnh, lối vào buồng bệnh và cho mỗi giường bệnh của khoa hồi sức cấp cứu.
- Thời gian “chà” tay phải đạt 20 giây -30 giây, hoặc chà sát tay cho đến khi tay khô.
- Không áp dụng phương pháp này trong trường hợp biết chắc hoặc nhìn thấy vết bẩn trên tay như: cầm nắm, đụng chạm vào vật dụng bẩn, tay dính máu, dính chất tiết...

IV. QUY TRÌNH TRÀ SÁT KHUẨN TAY BẰNG CỒN

Bước 1: Lấy đủ 3ml-5ml dung dịch VST, chà 2 lòng bàn tay vào nhau.

Bước 2: Chà lòng bàn tay này lên mu bàn tay kia và ngược lại.

Bước 3: Chà hai lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các ngón tay vào các kẽ ngón.

Bước 4: Chà mu các ngón tay này lên lòng bàn tay kia và ngược lại (mu tay để khum khớp với lòng bàn tay).

Bước 5: Chà ngón cái của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (lòng bàn tay ôm lấy ngón cái).

Bước 6: Chà các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại.

Ghi chú:

- Mỗi bước “chà” 5 lần
- Thời gian rửa tay phải đạt 20 giây-30 giây
- Chà đủ 6 bước mà tay chưa khô thì lặp lại các bước cho tới khi tay khô.



TRUNG TÂM Y TẾ THẠNH UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH
SÁT KHUẨN TAY BẰNG DUNG DỊCH CHỨA CỒN

Khoa:.....Ngày..... tháng..... năm.....

Thành viên giám sát:.....

Người thực hiện:.....

STT	Cá bước tiến hành	Có	Không
1	Lấy 3-5 ml dung dịch chứa cồn vào lòng bàn tay. Chà 2 lòng bàn tay vào nhau (5 lần).		
2	Chà 1 ng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón của bàn tay kia và ngược lại (5 lần).		
3	Chà 2 lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ ngón tay (5 lần).		
4	Chà mặt ngoài các ngón tay của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (5 lần).		
5	Dùng lòng bàn tay này xoay ngón cái của bàn tay kia và ngược lại (5 lần).		
6	Xoay đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (5 lần). Chà sát tay đến khi khô tay.		

*** Nhận xét:**


.....
.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....
.....

Người thực hiện

Người giám

	TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN Phòng KH – NV - ĐD	
	QUY TRÌNH VỆ SINH TAY NGOẠI KHOA	Mã số: QT.38.ĐD Ngày ban hành: 23/6/2020 Lần ban hành: 01

I. MỤC ĐÍCH

Loại bỏ phổ vi khuẩn vĩnh viễn và định cư có trên da bàn tay, cổ tay, cẳng tay và khuỷu tay nhằm ngăn ngừa lan truyền tác nhân gây bệnh từ tay NVYT vào vết mổ trong quá trình phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHẠM VI ÁP DỤNG

Mọi NVYT trực tiếp tham gia phẫu thuật (phẫu thuật viên, phụ mổ, dụng cụ viên, bác sỹ gây mê v.v).

III. NỘI DUNG THỰC HIỆN

3.1. Phương tiện:

a. Phương tiện phòng hộ cá nhân: Quần áo khu phẫu thuật (quần áo sạch dành riêng cho khu phẫu thuật), mũ vải hoặc mũ giấy, khẩu trang ngoại khoa sử dụng một lần, ủng giấy hoặc dép dành riêng cho khu phẫu thuật được làm sạch và khử khuẩn hằng ngày.

b. Phương tiện VST ngoại khoa:

- Phương tiện cho phương pháp rửa tay bằng dung dịch khử khuẩn:
+ Bồn rửa tay ngoại khoa chuyên dụng bằng inox hoặc các vật liệu dễ vệ sinh, chống trầy xước. Vòi cấp nước có cần gạt tự động hoặc đạp chân; trong bồn không có vết bẩn nhìn/sờ thấy được, quanh bồn không để phương tiện, đồ vật khác.

+ Dung dịch xà phòng khử khuẩn chứa chlorhexidine 4% đựng trong bình kín, có bơm định lượng được cấp tự động hoặc bằng cần gạt tay hoạt động tốt.

+ Nước rửa tay: Nước máy đạt tiêu chuẩn nước sinh hoạt (QCVN 02) hoặc nước RO (nước đã qua hệ thống thẩm thấu ngược) được lọc qua màng siêu lọc hoặc được khử khuẩn bằng tia cực tím.

+ Bàn chải mềm vô khuẩn (trong hộp hấp), khăn tiệt khuẩn sử dụng một lần.

- Phương tiện cho phương pháp VST bằng dung dịch VST chứa cồn:

+ Dung dịch xà phòng thường (xà phòng không chứa chất khử khuẩn) đựng trong bình kín, có bơm định lượng được cấp tự động hoặc bằng cần gạt tay hoạt động tốt.

+ Dung dịch VST chứa cồn đựng trong bình kín, có bơm định lượng được cấp tự động hoặc bằng cần gạt tay hoạt động tốt.

+ Bồn rửa tay ngoại khoa chuyên dụng bằng inox hoặc các vật liệu dễ vệ sinh, chống tràn xước: Vòi cấp nước có cần gạt tự động hoặc đạp chân; trong bồn không có vết bẩn nhìn/sờ thấy được, quanh bồn không để phương tiện, đồ vật khác.

+ Nước rửa tay: Nước máy hoặc nước RO (nước đã qua hệ thống thẩm thấu ngược) được lọc qua màng siêu lọc hoặc được khử khuẩn bằng tia cực tím.

+ Khăn diệt khuẩn (trong hộp hấp)/khăn giấy sạch sử dụng một lần.

3.2. Chuẩn bị

Mặc quần áo khu phẫu thuật, tháo bỏ trang sức trên tay, đội mũ trùm kín tóc, mang khẩu trang che kín mũi miệng, mang ủng giấy hoặc đi dép dành riêng cho khu phẫu thuật.

3.3. Các bước tiến hành: Lựa chọn 1 trong 2 phương pháp

a. Phương pháp rửa tay bằng dung dịch xà phòng khử khuẩn

- Đánh kẽ móng tay: Làm ướt bàn tay. Lấy 3ml-5ml dung dịch xà phòng khử khuẩn vào lòng bàn tay. Chà sạch kẽ móng tay của từng bàn tay bằng bàn chải trong 30 giây.

- Rửa tay lần 1 trong 1 phút 30 giây: Làm ướt bàn tay tới khuỷu tay. Lấy 3ml-5ml dung dịch xà phòng khử khuẩn vào lòng bàn tay. Chà bàn tay như quy trình rửa tay thường quy (chà lòng bàn tay, mu bàn tay, kẽ ngón, mu ngón, ngón cái), sau đó chà tay tới cổ tay, cẳng tay và khuỷu tay. Tráng tay dưới vòi nước theo trình tự từ đầu ngón tay tới khuỷu tay, loại bỏ hoàn toàn dung dịch khử khuẩn trên tay.

- Rửa tay lần 2: Tương tự rửa tay lần 1.

- Làm khô tay: Làm khô toàn bộ bàn tay, cổ tay, cẳng tay tới khuỷu tay bằng khăn vô khuẩn dùng 1 lần.

Chú ý: (1) Thời gian tay tiếp xúc với hóa chất được tính bằng tổng thời gian chà tay của 2 lần rửa tay. Không tính thời gian di chuyển tới bồn rửa tay, thời gian tráng lại tay bằng nước sạch và lau khô tay; (2) Trong quá trình rửa tay, bàn tay luôn hướng lên trên; (3) Trường hợp không kiểm soát được chất lượng vô khuẩn của nước và khăn lau tay thì sau khi lau khô tay cần chà tay (từ cổ tay tới khuỷu tay và sau cùng là bàn tay) bằng dung dịch VST chứa cồn trong thời gian tối thiểu 1 phút.

b. Phương pháp khử khuẩn tay bằng dung dịch VST chứa cồn

Bước 1: Rửa tay bằng xà phòng thường, không dùng bàn chải, 1 phút.

1) Mở vòi nước, làm ướt bàn tay tới khuỷu tay.

2) Lấy 3ml-5ml dung dịch xà phòng thường vào lòng bàn tay.

3) Chà bàn tay như quy trình rửa tay thường quy (lưu ý chà kỹ các kẽ móng tay), sau đó chà cổ tay, cẳng tay lên tới khuỷu tay.

4) Rửa tay dưới vòi nước, theo trình tự từ đầu ngón tay tới khuỷu tay, loại bỏ hoàn toàn xà phòng trên tay.

5) Lau khô tay bằng khăn tiệt khuẩn hoặc khăn giấy sạch theo trình tự từ bàn tay tới khuỷu tay.

Bước 2: Chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn trong thời gian tối thiểu 3 phút

6) Lấy 3ml-5ml dung dịch VST chứa cồn vào lòng bàn tay trái, nhúng 5 đầu ngón tay của bàn tay phải ngập trong cồn trong 5 giây, sau đó chà cổ tay, cẳng tay tới khuỷu tay của tay phải (chà cho tới khi tay khô).

7) Lấy tiếp 3ml-5ml dung dịch VST chứa cồn vào lòng bàn tay phải, nhúng 5 đầu ngón tay của bàn tay trái ngập trong cồn trong 5 giây, sau đó chà cổ tay, cẳng tay tới khuỷu tay của tay trái (chà cho tới khi tay khô).

8) Lấy tiếp 3ml-5ml dung dịch VST chứa cồn, chà bàn tay như quy trình VST thường quy (chà lòng bàn tay, mu bàn tay, kẽ ngón, mu ngón, ngón cái, các đầu ngón tay) cho tới khi tay khô.

9) Lấy tiếp 3ml-5ml dung dịch VST chứa cồn vào lòng bàn tay trái, nhúng 5 đầu ngón tay của bàn tay phải ngập trong cồn trong 5 giây, sau đó chà cổ tay, cẳng tay tới khuỷu tay của tay phải (chà cho tới khi tay khô).

10) Lấy tiếp 3ml-5ml dung dịch VST chứa cồn vào lòng bàn tay phải, nhúng 5 đầu ngón tay của bàn tay trái ngập trong cồn trong 5 giây, sau đó chà cổ tay, cẳng tay tới khuỷu tay của tay trái (chà cho tới khi tay khô).

11) Lấy tiếp 3ml-5ml dung dịch VST chứa cồn, chà bàn tay như quy trình VST thường quy (chà lòng bàn tay, mu bàn tay, kẽ ngón, mu ngón, ngón cái, các đầu ngón tay) cho tới khi tay khô.

Chú ý: (1) Nếu thời gian chà tay chưa đủ 3 phút thì lấy tiếp 3ml-5 ml dung dịch VST chứa cồn, chà bàn tay như quy trình VST thường quy cho tới khi đủ 3 phút; (2) Trong quá trình VST, bàn tay luôn hướng lên trên.

**TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN****Phòng KH – NV - ĐD****BẢNG KIỂM QUY TRÌNH RỬA TAY NGOẠI KHOA***(Phương pháp rửa tay bằng dung dịch khử khuẩn)*

Khoa:..... Ngày..... tháng..... năm.....

Thành viên giám sát:.....

Người thực hiện:.....

STT	CÁC BƯỚC QUY TRÌNH	Có	Không
1	Cắt ngắn móng tay Lấy nữ trang, đồng hồ ra khỏi 2 bàn tay		
2	Đánh kẽ móng tay - Làm ướt bàn tay. - Lấy 3-5ml dung dịch rửa xà phòng khử khuẩn vào lòng bàn tay. - Chà sạch kẽ móng tay của từng bàn tay bằng bàn chải trong 30 giây.		
3	Rửa tay lần 01 (01 phút 30 giây) - Làm ướt bàn tay tới khuỷu tay - Lấy 3-5 ml dung dịch rửa tay vào lòng bàn tay - Chà bàn tay như quy trình rửa tay thường quy, sau đó chà tay tới cổ tay, cẳng tay và khuỷu tay. - Tráng tay dưới vòi nước theo trình tự từ đầu ngón tay tới khuỷu tay, loại bỏ hoàn toàn dung dịch khử khuẩn trên tay		
4	Rửa tay lần 02 - Tương tự như lần 01		
5	Làm khô tay: Làm khô toàn bộ tay, cổ tay, cẳng tay bằng khăn vô khuẩn dùng 01 lần.		
6	Vào buồng mổ mặc áo phẫu thuật mang găng. Tránh không để ô nhiễm bàn tay trong quá trình thực hiện.		

***Nhận xét:**

.....

***Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

Người thực hiện**Người giám sát**



TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN
Phòng KH – NV - ĐD

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH RỬA TAY NGOẠI KHOA
(Phương pháp rửa tay bằng dung vệ sinh tay chứa cồn)

Khoa:..... Ngày.....tháng.....năm.....

Thành viên giám sát:.....

Người thực hiện:.....

STT	CÁC BƯỚC QUY TRÌNH	Có	Không
1	Bước 1 Rửa tay bằng xà phòng thường, không dùng bàn chải (01 phút)		
	1.1. Mở vòi nước, làm ướt bàn tay tới khuỷu tay.		
	1.2. Lấy 3-5ml dung dịch rửa tay thường vào lòng bàn tay.		
	1.3. Chà bàn tay như quy trình rửa tay thường quy (lưu ý chà kỹ các kẽ móng tay), sau đó chà cổ tay, cẳng tay lên tới khuỷu tay.		
	1.4. Rửa tay dưới vòi nước, theo trình tự từ đầu ngón tay tới khuỷu tay, loại bỏ hoàn toàn xà phòng trên tay.		
	1.5. Lau khô tay bằng khăn tiệt khuẩn hoặc khăn giấy sạch theo trình tự từ bàn tay tới khuỷu tay.		
2	Bước 2 Chà tay bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn trong thời gian tối thiểu 03 phút		
	2.1. Lấy 3-5ml dung dịch vệ sinh tay chứa cồn vào lòng bàn tay trái, nhúng 5 đầu ngón tay của bàn tay phải ngập trong cồn trong 5 giây, sau đó chà cổ tay, cẳng tay tới khuỷu tay của tay phải (chà cho tới khi tay khô)		
	2.2. Lấy 3-5ml dung dịch vệ sinh tay chứa cồn vào lòng bàn tay phải, nhúng 5 đầu ngón tay của bàn tay trái ngập trong cồn trong 5 giây, sau đó chà cổ tay, cẳng tay tới khuỷu tay của tay trái (chà cho tới khi tay khô)		
	2.3. Lấy 3-5ml dung dịch vệ sinh tay chứa cồn, chà bàn tay như quy trình vệ sinh tay thường quy cho tới khi khô tay.		

	<p>2.4. Lấy 3-5ml dung dịch vệ sinh tay chưa cồn vào lòng bàn tay trái , nhúng 5 đầu ngón tay của bàn tay phải ngấp trong cồn trong 5 giây, sau đó chà cổ tay, cẳng tay tới khuỷu tay của tay phải (chà cho tới khi tay khô)</p>		
	<p>2.5. Lấy 3-5ml dung dịch vệ sinh tay chưa cồn vào lòng bàn tay phải, nhúng 5 đầu ngón tay của bàn tay trái ngấp trong cồn trong 5 giây, sau đó chà cổ tay, cẳng tay tới khuỷu tay của tay trái (chà cho tới khi tay khô)</p>		
	<p>2.6. Lấy 3-5ml dung dịch vệ sinh tay chưa cồn, chà bàn tay như quy trình vệ sinh tay thường quy cho tới khi khô tay.</p>		

Chú ý: Chà tay đủ 03 phút, trong quá trình vệ sinh tay bàn tay luôn hướng lên trên.

*** Nhận xét:**

.....

.....

*** Yêu cầu, đề nghị:**

.....

.....

.....

.....

Người thực hiện

Người giám sát