

Số: 3297 /SYT-NVY  
V/v Lấy mẫu xét nghiệm bệnh  
phẩm viêm phổi nặng nghi do virut.

Đồng Nai, ngày 01 tháng 8 năm 2018

Kính gửi:

VĂN BẢN ĐIỆN TỬ  
KHÔNG GỬI VĂN BẢN GIẤY

- Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai;
- Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất;
- Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai;
- Bệnh viện Phổi Đồng Nai;
- Bệnh viện Đa khoa Khu vực Long Khánh;
- Bệnh viện Đa khoa Khu vực Long Thành;
- Bệnh viện Đa khoa Khu vực Định Quán;
- Trung tâm Y tế các huyện, thành phố Biên Hòa;
- Các Bệnh viện ngoài công lập.

Thực hiện Công văn số 1175/PAS-KSB ngày 13/7/2018 của Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh về việc hoạt động lấy mẫu giám sát trường hợp Viêm phổi nặng nghi do virut.

Theo đề nghị tại Công văn số 180/YTDP ngày 24/7/2018 của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh về việc lấy mẫu xét nghiệm bệnh phẩm viêm phổi nặng nghi do virut theo đúng định nghĩa lâm sàng. Sở Y tế yêu cầu các đơn vị triển khai thực hiện các nội dung sau:

1. Lấy mẫu xét nghiệm ca bệnh Viêm phổi nặng nghi do virus (SVP) phải đúng theo định nghĩa ca bệnh (nội dung định nghĩa, phiếu điều tra ca bệnh, phiếu bệnh phẩm theo phụ lục đính kèm);
  2. Mẫu bệnh phẩm thu thập bao gồm dịch ngoáy họng hoặc dịch khí quản (chi tiết lấy mẫu theo phụ lục đính kèm);
  3. Khi lấy mẫu làm xét nghiệm phải gửi kèm theo 01 phiếu điều tra bệnh nhân Viêm phổi nặng nghi do virus, 01 phiếu bệnh phẩm nghi nhiễm cúm đã được điền đầy đủ thông tin về ca bệnh và gửi về Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh trong thời gian 48 giờ, những trường hợp lấy mẫu bệnh phẩm không đúng với định nghĩa ca bệnh sẽ gửi trả lại nơi đơn vị đã lấy mẫu;
  4. Trước khi lấy mẫu và gửi mẫu, cần thông báo cho Trung tâm Y tế Dự phòng Đồng Nai gặp Bs Phúc Q.Trường khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm, đt 0169.737.8689 để xác nhận ca bệnh, điều tra dịch tễ, lấy mẫu xét nghiệm tại cộng đồng;
- Yêu cầu các đơn vị nghiêm túc triển khai thực hiện./.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Viện Pasteur TP. HCM (để báo cáo);
- BGĐ Sở Y tế;
- Website SYT;
- Lưu: VT, NVY.



Lê Quang Trung

SỞ Y TẾ ĐỒNG NAI  
TRUNG TÂM Y TẾ DỰ PHÒNG

Số: 180/YTDP

V/v: Lấy mẫu xét nghiệm bệnh phẩm  
viêm phổi nặng nghi do virus theo  
đúng định nghĩa lâm sàng

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Đồng Nai, ngày 24 tháng 7 năm 2018

Kính gửi: Sở Y tế Đồng Nai.

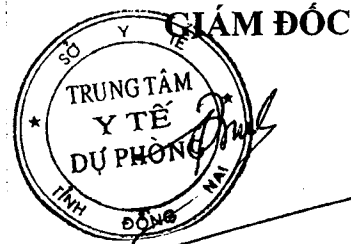
Thực hiện công văn số 1175/PAS-KSB ngày 13 tháng 7 năm 2018 của Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh về việc hoạt động lấy mẫu giám sát trường hợp Viêm phổi nặng nghi do virus. Trung tâm Y tế Dự phòng kính đề nghị Sở Y tế ban hành công văn chỉ đạo các cơ sở khám chữa bệnh trên địa bàn tỉnh tổ chức lấy mẫu bệnh phẩm Viêm phổi nặng nghi do virus theo đúng qui định để việc giám sát, phát hiện bệnh đạt kết quả tốt. Trung tâm Y tế Dự phòng đã tham mưu dự thảo công văn của Sở Y tế (Văn bản đính kèm).

Kính trình Sở Y tế xem xét ban hành./.

Trân Trọng!

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lưu VT, KSBTN.



Bach Thai Binh

**BỘ Y TẾ  
VIỆN PASTEUR TP.HCM**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

Số: 1175/PAS-KSB

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 13 tháng 07 năm 2018

V/v: Hoạt động lấy mẫu giám sát  
Viêm phổi nặng nghi do virus

SỞ Y TẾ ĐỒNG THÁP	
TRUNG TÂM Y TẾ DỰ PHÒNG	
CÔNG SỐ	1339
VĂN NGÀY	13/7/18

Giám đốc Trung tâm Y tế dự phòng các tỉnh/ thành KVPN;

Giám đốc Trung tâm Kiểm soát bệnh tật các tỉnh/ thành KVPN.

Giám sát viêm phổi nặng nghi do vi rút (SVP) là một trong những cấu phần trọng yếu nhất của hệ thống giám sát bệnh cúm Quốc gia. Trong thời gian gần đây, Viện Pasteur TPHCM tiếp nhận liên tục các mẫu bệnh phẩm chưa đúng định nghĩa ca bệnh SVP, chưa đúng loại môi trường vận chuyển bệnh phẩm theo hướng dẫn.

Để đảm bảo chất lượng số liệu giám sát SVP nhằm phát hiện sớm và đáp ứng kịp thời với các tác nhân cúm nguy hiểm, Viện Pasteur TP.Hồ Chí Minh đề nghị Trung tâm Y tế dự phòng/ Trung tâm Kiểm soát bệnh tật các tỉnh tham mưu Sở Y tế chỉ đạo các đơn vị khám, chữa bệnh thực hiện các nội dung sau:

1. Khi phát hiện các trường hợp SVP theo đúng định nghĩa ca bệnh, đề nghị các đơn vị khám, chữa bệnh tiến hành cách ly, điều tra dịch tễ, lấy và bảo quản mẫu theo đúng quy định Hướng dẫn giám sát SVP.

*(Nội dung định nghĩa ca, phiếu điều tra, phiếu bệnh phẩm xem phụ lục đính kèm)*

2. Mẫu bệnh phẩm thu thập bao gồm lấy dịch ngoáy họng hoặc dịch khí quản của bệnh nhân, chuyển vào môi trường vận chuyển (VTM hoặc UTM) để bảo quản trong nhiệt độ từ 2-8°C trong vòng 72 giờ (hoặc tại -20°C nếu là mẫu đông băng) và trong suốt quá trình vận chuyển.
3. Trước khi các đơn vị đóng gói và vận chuyển mẫu bệnh phẩm gửi Viện Pasteur TPHCM, cần liên hệ với cán bộ đầu mối của Viện để xác nhận, kiểm tra đúng tiêu chuẩn định nghĩa ca bệnh và chỉ định xét nghiệm theo quy định.

Trân trọng cảm ơn./ *Handwritten signature*

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Sở Y tế 20 tỉnh KVPN (để phối hợp chỉ đạo);
- Viện trưởng (để b/c);
- Khoa VSMD (để p/h thực hiện);
- Lưu: Văn thư, KSB.

**KT. VIỆN TRƯỞNG  
PHÓ VIỆN TRƯỞNG**



*Handwritten signature*  
**Nguyễn Văn Thượng**

Mã số bệnh nhân: VP/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
K.V. Năm Số thứ tự

## PHIẾU ĐIỀU TRA BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI NẶNG NGHI DO VI RÚT

(Phiếu này cần được gửi cùng với bệnh phẩm về các viện VSDT/Pasteur)

**Chú ý: Định nghĩa ca bệnh viêm phổi nặng do vi rút** bao gồm các tiêu chuẩn bắt buộc sau đây:

1. Sốt đột ngột > 38°C (xác định bằng cách đo nhiệt độ hoặc qua khai thác bệnh sử), Và
2. Khó thở (dựa vào cảm giác của bệnh nhân hoặc các dấu hiệu thở nhanh nông, thở gắng sức) ở mức độ cần phải hỗ trợ hô hấp (thở oxy qua xông, qua mask hoặc thở máy), Và
3. Có hình ảnh X-quang của viêm phổi, Và
4. Kết quả hội chẩn chuyên khoa KHÔNG hướng đến các loại căn nguyên khác ngoài vi rút, đặc biệt là viêm phổi vi khuẩn, lao...

Trên đây là định nghĩa ca bệnh dùng cho việc theo dõi, giám sát dịch tễ -vi rút học hội chứng viêm phổi nặng do vi rút, không phải tiêu chuẩn loại trừ hay tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh/loại vi rút cụ thể nào.

### A -Thông tin cơ bản về ca bệnh

Tên bệnh viện bệnh nhân đang điều trị: .....

1. Họ tên bệnh nhân: a. Họ: ..... b. Tên đệm ..... c. Tên: .....

2. Giới: 1. Nam 2. Nữ

3. Tuổi \_\_\_ Tính bằng  Năm  Tháng (nếu dưới 24 tháng tuổi)

4. a. Địa chỉ nơi ở thường xuyên nhất: Số:..... Đường phố/Thụn áp.....

Phường/Xã: ..... Quận/huyện: .....

Tỉnh/Thành phố: ..... Số điện thoại liên hệ: .....

b. Địa chỉ tại nơi bệnh khởi phát: 1. Như trên 2. Khác, ghi rõ:.....

5. Nghề nghiệp: ..... (công việc chủ yếu trong thời gian gần đây)

6. Ngày khởi phát: \_\_\_/\_\_\_/201\_\_\_

7. Các biểu hiện lâm sàng kể từ khi bệnh khởi phát cho đến thời điểm điều tra:

a. Sốt đột ngột >38°C

1. Có 2. Không

Nếu có, nhiệt độ cao nhất đo được: \_\_\_ . \_\_\_°C

b. Ho:

1. Có 2. Không 3. Không biết

c. Đau họng:

1. Có 2. Không 3. Không biết

d. Trong vùng 7 ngày trước khi khởi phát, bệnh nhân có tiếp xúc gần với bệnh nhân nào

khác với các triệu chứng sốt + ho/đau họng không? 1. Có 2. Không 3. Không biết

8. Chẩn đoán ban đầu khi đến khám tại 1 cơ sở y tế: .....

9. Phân loại bệnh nhân: 1. Ngoại trú 2. Nội trú (nằm viện) 3. Chuyển viện

Nếu chuyển viện, nơi sẽ chuyển đến .....

10. Ngày điều tra: \_\_\_/\_\_\_/201\_\_\_

11. Ngày nhập viện: \_\_\_/\_\_\_/201\_\_\_

Mã số bệnh nhân: VP/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
K.V. Năm Số thứ tự

12. a. Khó thở: 1. Có 2. Không  
b. Hỗ hấp hỗ trợ: 1. Không cần 2. Thở ôxy qua mask/sonde mũi 3. Thở máy 4. Khác .....
13. a. Tổn thương phổi trên X-quang: 1. Có 2. Không 3. Không làm  
Nếu đã được chụp X-quang, ngày \_\_\_/\_\_\_/201\_\_  
b. Mô tả: .....
14. a. Bạch cầu: ..... /mm<sup>3</sup> (theo kết quả xét nghiệm đầu tiên sau khi nhập viện)  
b. Hồng cầu: ..... /mm<sup>3</sup> c. Tiểu cầu: ..... /mm<sup>3</sup> d. Hematocrite: ..... %
15. a. Nếu bệnh nhân đã được điều trị tại các cơ sở y tế khác trước khi nhập viện lần này thì đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp:  
 Tự mua thuốc dùng tại nhà  Trạm y tế xã/phường  TTYT huyện  Bệnh viện tỉnh  
 Bệnh viện trung ương  Phòng khám tư nhân  Bệnh viện tư nhân
- b. Tên cơ sở y tế đã điều trị bệnh nhân: 1) .....  
2) ..... 3) .....
16. Thuốc phòng cúm:  
a. Bệnh nhân có được tiêm vắc xin phòng cúm trong 6 tháng vừa qua không:  
1. Có 2. Không 3. Không biết  
b. Từ trước khi khởi phát 7 ngày cho đến nay, bệnh nhân có dùng loại thuốc nào sau đây:  
Oseltamivir (Tamiflu) 1. Có 2. Không 3. Không biết  
Zanimivir (Relanza) 1. Có 2. Không 3. Không biết  
Amantadine (Symmadine, Symmetrel) 1. Có 2. Không 3. Không biết  
Rimantadine (Flumadine) 1. Có 2. Không 3. Không biết  
c. Nếu có dùng bất cứ loại nào nói trên, mô tả liều lượng, ngày bắt đầu và số ngày dùng  
.....

### B – Phơi nhiễm mang tính chất nghề nghiệp:

17. Trong thời gian 2 tuần trước khi bệnh khởi phát, bệnh nhân có làm các loại nghề nghiệp nào sau đây không (công việc mang tính chất thường xuyên với thời gian làm việc ít nhất 2 giờ/ngày):
- a. Chăn nuôi, giết mổ, dọn dẹp chuồng trại gia cầm hoặc các động vật khác:  
1. Có 2. Không 3. Không biết
- b. Làm việc tại các phòng thí nghiệm có xét nghiệm cúm A/H5: 1. Có 2. Không 3. Không biết
- c. Làm việc tại các cơ sở y tế 1. Có 2. Không 3. Không biết
- Nếu trả lời có đối với các câu 17a, 17b or 17c, ghi rõ (nơi làm, công việc cụ thể):  
.....

Mã số bệnh nhân: VP/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
K.V. Năm Số thứ tự

**C- Phơi nhiễm với các loại động vật:**

*Trong thời gian 2 tuần trước khi bệnh khởi phát, bệnh nhân có các loại phơi nhiễm (tiếp xúc) sau đây không (từ câu 18 đến câu 22):*

18. Giết mổ hoặc sờ chạm trực tiếp các loại gia cầm: 1. Có 2. Không 3. Không biết  
Nếu có, 1. Khoẻ 2. ốm/chết 3. Không rõ Ghi rõ loại nào, số con: .....

19. Tham gia vào việc tiêu huỷ/chôn các loại gia cầm: 1. Có 2. Không 3. Không biết  
Nếu có, 1. Khoẻ 2. ốm/chết 3. Không rõ

Sử dụng phương tiện bảo hộ: 1. Có 2. Không 3. Không biết

Ghi rõ loại gia cầm, bảo hộ: .....

20. a. Ăn thịt gia cầm/sản phẩm gia cầm (không kể trứng): 1. Có 2. Không 3. Không biết

Nếu có, 1. Khoẻ 2. ốm/chết 3. Không rõ

Mức độ đun nấu/chế biến: 1. Chính kỹ 2. Tái 3. Thức ăn sống

Ghi rõ loại nào: .....

b. Ăn trứng tươi/sống 1. Có 2. Không 3. Không biết

21. a. Gia đình có nuôi/nhốt hoặc phơi nhiễm (trong khoảng cách 1 mét) nhưng không sờ /chạm vào các loại gia cầm: 1. Có 2. Không 3. Không biết

Nếu có, 1. Khoẻ 2. ốm/chết 3. Không rõ

b. Đi đến các nơi đang giữ nhốt hoặc đã giữ nhốt gia cầm trong vòng 2 tuần trước đó:

1. Có 2. Không 3. Không biết

Nếu trả lời "Có" đối với câu 21a hoặc 21b:

c. ở đâu: .....

d. Loại gia cầm: 1. Gia cầm nuôi (lấy trứng thịt) ghi rõ loại, số lượng: .....

2. Chim cánh

3. Chim hoang dã

22. a. Gia đình nuôi hoặc có phơi nhiễm (trong khoảng cách 1 mét) với lợn (heo):

1. Có 2. Không 3. Không biết

b. Đi đến các nơi đang giữ nhốt hoặc đã giữ nhốt lợn (heo) trong vòng 2 tuần trước đó:

1. Có 2. Không 3. Không biết

Nếu có đối với các câu 22a và/hoặc 22b, ở đâu: .....

Các loại tiếp xúc khác liên quan đến gia cầm/động vật (nếu có): .....

**D – Tiếp xúc với bệnh nhân viêm đường hô hấp**

*Trong thời gian 2 tuần trước khi bệnh khởi phát, bệnh nhân có loại phơi nhiễm nào sau đây với một bệnh nhân khác trong thời kỳ diễn biến bệnh (ở khoảng cách nói chuyện, giao tiếp thông thường):*

23. Với một ca bệnh đã được chẩn đoán xác định là Cúm A/H5 1. Có 2. Không 3. Không biết

Mã số bệnh nhân: VP/      /      /      /       
                                    K.V. Năm Số thứ tự

24. Với một người mà sau đó từ vong vì một bệnh đường hô hấp không rõ căn nguyên:

1. Có 2. Không 3. Không biết

25. Với người đang được theo dõi căn nguyên cúm A/H5:

1. Có 2. Không 3. Không biết

26. a. Nếu trả lời "Có" đối với câu 23, 24 hoặc 25 thì bệnh nhân nằm trong một chùm ca bệnh. đánh dấu vào phần "Thuộc chùm ca bệnh" dưới đây:

1. Thuộc chùm ca bệnh 2. Không (chuyển tới câu 27)

b. Nếu thuộc chùm ca bệnh. 1. Đã biết trước đó 2. Mới xác định được

c. Hoàn cảnh xảy ra chùm ca bệnh:

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 1. Trong gia đình (cùng một nhà) | 2. Gia đình lớn (nhiều nhà trong cùng 1 khuôn viên)      |
| 3. Trong bệnh viện               | 4. Trong các loại hình cư trú khác (tập thể/hàng xóm...) |
| 5. Doanh trại quân đội           | 6. Trại vui chơi dã ngoại                                |
| 7. Khác, ghi rõ: .....           |  |

d. Mã số chùm ca bệnh:      /      /      (mục này chỉ do cán bộ phụ trách dịch tễ của khu vực ghi)

Các thông tin khác liên quan đến hoàn cảnh phát bệnh và yếu tố nguy cơ của ca bệnh: .....

**Phiếu điều tra gửi kèm theo mẫu bệnh phẩm, phần E và F sẽ bổ sung sau khi có thông tin**  
**E- Kết quả xét nghiệm căn nguyên vi rút (sẽ có phiếu xét nghiệm đính kèm)**

**F – Tình trạng cuối cùng và phân loại bệnh nhân:**

27. a. Tình trạng cuối cùng (do người điều tra phiếu ghi sau khi bệnh nhân xuất viện hoặc từ vong):

1. Hồi phục (ra viện)

2. Từ vong

3. Không theo dõi được (trong khi vẫn còn có khả năng lây nhiễm cho người khác)

b. Ngày xác định kết quả điều trị (xuất viện hoặc từ vong):      /      / 201    

c. Chẩn đoán cuối cùng khi ra viện: .....

28. Kết luận về phân loại ca bệnh cúm A/H5 theo tiêu chuẩn của TCYT TG (chỉ điền vào câu này sau khi đã có chẩn đoán xét nghiệm chắc chắn hoặc không tiếp tục theo dõi được vì mọi nguyên nhân).

1. Xác định 2. Nhiều khả năng 3. Có khả năng 4. Mất theo dõi 5. Loại trừ

Ngày..... tháng ..... Năm 201.....

Điều tra viên

Lãnh đạo đơn vị

## PHIẾU BỆNH PHẨM NGHI NGHIỆM CÚM

Gửi kèm bệnh phẩm đến Trung Tâm Cúm Quốc Gia-Viện Pasteur TP.HCM  
167 Pasteur, Quận 3, TP.HCM. ĐT (028) 38 202 878

**I. ĐƠN VỊ LẤY MẪU GHI:**

Ca nghi ngờ  Ca tiếp xúc

1. Họ và tên : ..... Nam / Nữ.....
2. Sinh ngày ..... tháng ..... năm ..... hoặc ..... tháng tuổi ( nếu dưới 24 tháng )
3. Nơi ở lúc bắt đầu bị bệnh : Số nhà ..... đường/áp.....  
Xã / Thị trấn / Phường..... Huyện/Thị xã/Quận.....  
Tỉnh/Thành phố..... Số điện thoại bệnh nhân.....
4. Ngày phát bệnh...../...../.....
5. Các triệu chứng : Sốt .....°C, Ho : Có  / không  , Đau họng: Có  / Không   
Thở nông / Thở khò: Có  / không  , Sống  / Chết  , Ngày chết ...../...../.....
6. Dịch tễ : trong vòng 7 ngày trước khi phát bệnh, bệnh nhân đã :  
- Tiếp xúc với bệnh nhân H5N1 (+)  / Gia cầm bệnh chết  / Sản phẩm gia cầm bệnh chết   
Phương tiện vận chuyển / nuôi nhốt gia cầm bệnh chết  / Giết mổ gia cầm bệnh chết   
Đến hoặc sống ở nơi có dịch cúm gia cầm   
- Tiếp xúc với bệnh nhân bị nhiễm Cúm nhưng không rõ loại Cúm gì
7. Chẩn đoán sơ bộ ..... 8. Được điều trị tại.....
9. Nơi gửi bệnh phẩm.....Điện Thoại .....Fax ( nếu có ).....

Bệnh phẩm	Giờ lấy	Ngày lấy	Người lấy
Ngoáy họng		/ /	
Ngoáy mũi		/ /	
Huyết thanh		/ /	
Khác.....		/ /	

10. Yêu cầu xét nghiệm Cúm: - A/H5  - A/H1 pdm 2009   
- A/H1  - A/H3  - B  Khác:.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Người ghi phiếu

Đại diện đơn vị

**II. TT CÚM QUỐC GIA, VIỆN PASTEUR TP HCM:**

Mã số PTN ...../.....

Loại bệnh phẩm	Giờ nhận	Ngày nhận	Tình trạng bệnh phẩm
Ngoáy họng			
Ngoáy mũi			
Huyết thanh			
Khác : .....			

**Thực hiện xét nghiệm:**

Chấp nhận xét nghiệm

Không chấp nhận

Ngày.....tháng.....năm.....

TT Cúm Quốc Gia – Viện Pasteur TP HCM