**PHIẾU ĐÁNH GIÁ**

**Thực trạng triển khai các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

*(Kèm theo Công văn số /KCB/ĐD&KSNK ngày tháng năm 2024 của Cục QLKCB)*

**I. Thông tin chung về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Tên bệnh viện |  |
| 2. Địa chỉ |  |
| 3. Họ, tên Giám đốc |  |
| 4. Tuyến BV | □ Trung ương; □ Tỉnh/thành phố □ Quận/huyện |
| 5. Hạng BV | □ Hạng đặc biệt; □ Hạng 1; □ Hạng 2; □ Hạng 3 □ Khác:………….. |
| 6. Loại BV | □ BV công lập □ BV tư nhân  □ BVĐK □ BV chuyên khoa □ BV ngành □ BV trường ĐH |
| 7. Số giường bệnh | GB kế hoạch: ……………….. GB thực kê: …………………………………  GB HSTC:………………....... GB ngoại khoa: ……………..……………... |
| 8. Số NB hiện có | NB nội trú toàn BV:…………… NB khoa HSTC:……………………….…..  NBCS cấp I:…………………… (*BV có nhiều khoa HSTC thì lấy TS NB* *các khoa)* |
| 9. Số NVYT hiện có | Số NVYT hiện có: …………….. Số NV khoa KSNK:……………………… |
| 10. Các kỹ thuật chính được triển khai tại BV | a. Phẫu thuật: □ Có □ Không Số PT trung bình/năm:\_\_\_\_\_\_\_\_\_  b. Thông khí hỗ trợ: □ Có □ Không Số thủ thuật trung bình/năm:\_\_\_\_\_\_\_  c. Đặt ống thông TMTT: □ Có □ Không Số thủ thuật trung bình/năm:\_\_\_\_\_\_\_  d. Đặt ống thông tiểu: □ Có □ Không Số thủ thuật trung bình/năm:\_\_\_\_\_\_\_  e. Phân lập VSV và KSĐ: □ Có □ Không Số xét nghiệm trung bình/năm:\_\_\_\_\_ |
| 11. Các kết quả chính về KSNK trong 12 tháng qua (nếu có) | a. Giám sát tuân thủ VST:  - Số cơ hội VST: \_\_\_\_\_\_\_\_ Số cơ hội có VST: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tỉ lệ: \_\_\_\_\_\_%  b. Giám sát ngang NKBV toàn BV:  - Số NB được giám sát: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Số NKBV: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tỉ lệ: \_\_\_\_\_\_%  c. Giám sát tiến cứu nhiễm khuẩn huyết bệnh viện:  - Số NB có đặt ống thông TMTT được giám sát: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NB  Số NKHBV: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tỉ lệ: \_\_\_\_\_\_%  d. Giám sát tiến cứu nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện:  - Số NB có đặt ống thông tiểu được giám sát: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NB  Số NKTNBV: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tỉ lệ: \_\_\_\_\_\_%  e. Giám sát tiến cứu nhiễm khuẩn phổi bệnh viện:  - Số NB có thông khí hỗ trợ được giám sát: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NB  Số NKPBV: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tỉ lệ: \_\_\_\_\_\_%  f. Giám sát NKVM:  - Số NB phẫu thuật được giám sát: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NB  Số NKVM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tỉ lệ: \_\_\_\_\_\_% |

**Phần A. Đánh giá năng lực, mức độ hoạt động của hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A1. Thiết lập và hoàn thiện cơ sở hạ tầng thiết yếu của hệ thống KSNK** | | |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Thông tư số 16/2018/TT-BYT ngày 20/07/2018 qui định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh * Thông tư số 20/2021/TT-BYT ngày 26/11/2021 qui định về quản lý chất thải y tế trong khuôn viên cơ sở y tế * Hướng dẫn khử khuẩn tiệt khuẩn dụng cụ trong các cơ sở khám chữa bệnh, ban hành kèm theo Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/09/2012 của Bộ Y tế Nghị định số [36/2016/NĐ-CP](https://thuvienphapluat.vn/phap-luat/tim-van-ban.aspx?keyword=36/2016/N%C4%90-CP&area=2&type=0&match=False&vc=True&lan=1) ngày 15 tháng 5 năm 2016 của Chính phủ về quản lý trang thiết bị y tế * Thông tư số [07/2014/TT-BLĐTBXH](https://thuvienphapluat.vn/phap-luat/tim-van-ban.aspx?keyword=07/2014/TT-BL%C4%90TBXH&area=2&type=0&match=False&vc=True&lan=1) ngày 06 tháng 3 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội về ban hành 27 quy trình kiểm định kỹ thuật an toàn đối với máy, thiết bị có yêu cầu nghiêm ngặt về an toàn lao động * Nhiều người bệnh và NVYT trong quá trình điều trị tại bệnh viện đã mắc thêm các bệnh nhiễm khuẩn do cơ sở thực hiện không tốt công tác kiểm soát nhiễm khuẩn. * Thiết lập và hoàn thiện cơ sở hạ tầng thiết yếu của hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn giúp bệnh viện triển khai công tác kiểm soát nhiễm khuẩn khoa học, hiệu quả. | |
|  |  |  |
| A1.1. Hội đồng KSNK được thành lập và hoạt động thường xuyên | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Khi đạt cả 5 tiêu chí gồm  (1) có quyết định thành lập hội đồng KSNK  (2) có nêu rõ nhiệm vụ của các thành viên Hội đồng trong quyết định thành lập hội đồng  (3) có tổ chức họp hội đồng *hàng quí*  (4) mọi cuộc họp hội đồng đều có nội dung tóm tắt cuộc họp hoặc kết luận của chủ tịch hội đồng  (5) có thông báo tới các khoa, phòng (hoặc đưa lên cổng thông tin điện tử của bệnh viện) nội dung tóm tắt cuộc họp hoặc kết luận của chủ tịch hội đồng  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 5 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 5 tiêu chí trên  - **Không thích hợp:** Khi BV dưới 150 giường bệnh không thành lập Hội đồng KSNK |
| A1.2. Mọi thành viên hội đồng KSNK có chứng chỉ đào tạo KSNK  - Tổng số thành viên hội đồng: ……  - Số có CCĐT: …... | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Khi ≥90% thành viên hội đồng có chứng chỉ đào tạo KSNK theo chương trình 5 ngày  - **Chưa đạt:** Khi <90% thành viên hội đồng có chứng chỉ đào tạo KSNK theo chương trình 5 ngày  - **Chưa triển khai:** Khi mọi thành viên hội đồng đều không có chứng chỉ đào tạo  - **Không thích hợp:** Khi BV dưới 150 giường bệnh không thành lập Hội đồng KSNK |
| A1.3. Mạng lưới KSNK được thành lập và hoạt động thường xuyên | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có quyết định thành lập mạng lưới KSNK  (2) có nêu rõ nhiệm vụ cụ thể của các thành viên mạng lưới KSNK trong quyết định thành lập  (3) có tổ chức họp mạng lưới KSNK hàng tháng  (4) mọi cuộc họp mạng lưới KSNK đều có nội dung tóm tắt cuộc họp  (5) có thông báo tới các khoa, phòng (hoặc đưa lên cổng thông tin điện tử của bệnh viện) nội dung tóm tắt họp mạng lưới  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 5 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 5 tiêu chí trên |
| A1.4. Mọi thành viên mạng lưới KSNK có chứng chỉ đào tạo KSNK  - Tổng số thành viên mạng lưới KSNK: …………..  - Số có CCĐT:…… | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi ≥80% thành viên mạng lưới KSNK có chứng chỉ đào tạo KSNK theo chương trình 5 ngày  - **Chưa đạt:** Khi <80% thành viên mạng lưới có chứng chỉ đào tạo KSNK theo chương trình 5 ngày  - **Chưa triển khai:** Khi mọi thành viên mạng lưới KSNK đều không có chứng chỉ đào tạo KSNK theo chương trình 5 ngày |
| A1.5. Khoa/bộ phận KSNK được thành lập và hoạt động theo đúng nhiệm vụ qui định tại Khoản 2, Điều 18, TT16/2018/TT-BYT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi xem trong quyết định thành lập, phỏng vấn trưởng Khoa/bộ phận KSNK và kiểm tra thực tế cho thấy Khoa/bộ phận KSNK hoạt động đầy đủ 8 nhiệm vụ (1) Đầu mối tham mưu cho Giám đốc về các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh  (2) Tổ chức hoặc phối hợp với các khoa, phòng liên quan triển khai thực hiện, kiểm tra, giám sát việc thực hiện các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh  (3) Xây dựng mô tả công việc cho nhân viên y tế của khoa  (4) Xây dựng định mức, tiêu chuẩn kỹ thuật và đề xuất mua sắm trang thiết bị, phương tiện, vật tư, hóa chất liên quan đến hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn và kiểm tra, giám sát việc sử dụng  (5) Hướng dẫn, chỉ đạo, kiểm tra, giám sát việc thực hiện các hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn của thành viên mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn  (6) Tổ chức đào tạo, tập huấn về kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên y tế và học viên  (7) Tổ chức truyền thông về kiểm soát nhiễm khuẩn cho NVYT, học viên, người bệnh, người nhà người bệnh và khách thăm  (8) Thực hiện nghiên cứu khoa học, hợp tác quốc tế và chỉ đạo tuyến về kiểm soát nhiễm khuẩn.  - **Chưa đạt:** Khi khoa/bộ phận KSNK thực hiện thiếu 1 trong 8 nhiệm vụ trên  - **Chưa triển khai:** Chưa thành lập khoa/bộ phận KSNK theo qui định |
| A1.6. Trưởng khoa/bộ phận KSNK có trình độ đại học/trên đại học về ngành sức khỏe và được đào tạo KSNK | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi trưởng khoa/bộ phận đạt cả 3 tiêu chí gồm (1) có trình độ đại học/trên đại học về ngành sức khỏe  (2) có chứng chỉ đào tạo ≥3 tháng về KSNK hoặc có văn bằng đào tạo về KSNK  (3) làm việc toàn thời gian tại khoa KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| A1.7. Khoa/bộ phận KSNK có đủ nhân viên chuyên trách giám sát được đào tạo KSNK và có phương tiện thiết yếu cho hoạt động giám sát  - Số NV chuyên trách giám sát: …..  - Số có CCĐT:…… | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) Số lượng nhân viên chuyên trách giám sát đạt tỉ lệ 1/150 GB (với bộ phận KSNK của các bệnh viện không thuộc diện phải thành lập khoa KSNK có tối thiểu 01 nhân viên chuyên trách giám sát),  (2) mọi nhân viên giám sát có chứng chỉ đào tạo KSNK ≥3 tháng  (3) khoa/bộ phận KSNK được trang bị tối thiểu 01 máy vi tính  (4) khoa/bộ phận KSNK có tối thiểu có 1 nhân viên giám sát sử dụng thành thạo phần mềm quản lý và xử lý dữ liệu giám sát  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| A1.8. Khoa/bộ phận KSNK thực hiện quản lý và KKTK dụng cụ tập trung | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) khoa/bộ phận KSNK quản lý dụng cụ y tế dùng lại của toàn bệnh viện  (2) thực hiện KKTK dụng cụ tập trung trong toàn bệnh viện  (3) dụng cụ được đóng gói và tiệt khuẩn theo bộ phù hợp với mọi phẫu thuật, thủ thuật  (4) khoa/bộ phận KSNK thực hiện nhận dụng cụ bẩn và trả dụng cụ sạch tại các khoa  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| A1.9. Đơn vị KKTK dụng cụ tập trung được bố trí theo nguyên tắc một chiều, được trang bị đầy đủ các phương tiện, thiết bị thiết yếu cho KKTK | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi kiểm tra đơn vị KKTK tập trung cho thấy đạt cả 7 tiêu chí gồm  (1) được bố trí thành các khu vực bẩn, sạch, vô khuẩn có ngăn cách cơ học  (2) có hệ thống thông khí đáp ứng nguyên tắc vô khuẩn  (3) có đủ máy rửa khử khuẩn dụng cụ  (4) có máy làm khô dụng cụ kim loại, dụng cụ ống  (5) có đủ máy tiệt khuẩn dụng cụ chịu nhiệt  (6) có đủ máy tiệt khuẩn dụng cụ kém chịu nhiệt  (7) có máy khử khuẩn phương tiện, thiết bị chăm sóc NB  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 7 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 7 tiêu chí trên |
| A1.10. Đơn vị KKTK dụng cụ tập trung đáp ứng các yêu cầu về chất lượng KKTK, chất lượng dịch vụ KKTK và an toàn lao động. Mọi nhân viên KKTK có chứng chỉ đào tạo KKTK  - Số lượng nhân viên KKTK: ……..  - Số có CCĐT: …... | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi kiểm tra đơn vị KKTK tập trung cho thấy đạt cả 7 tiêu chí gồm  (1) áp dụng chỉ thị hóa học để kiểm soát chất lượng tiệt khuẩn với mọi gói dụng cụ tiệt khuẩn  (2) mọi nhân viên KKTK có chứng chỉ đào tạo KKTK ≥3 tháng  (3) mọi nhân viên vận hành máy khử khuẩn, tiệt khuẩn có chứng chỉ vận hành thiết bị áp lực  (4) mọi máy khử khuẩn, tiệt khuẩn có qui trình vận hành  (5) mọi thiết bị áp lực đều được kiểm định hàng năm theo qui định  (6) định kỳ hàng tháng lấy ý kiến đánh giá của các khoa về chất lượng cung cấp dụng cụ KKTK  (7) ứng dụng công nghệ thông tin vào quản lý dụng cụ KKTK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 7 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 7 tiêu chí trên |
| A1.11. Bệnh viện thực hiện quản lý và xử lý đồ vải tập trung | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 10 tiêu chí gồm  (1) đồ vải y tế của toàn bệnh viện được quản lý tập trung  (2) thực hiện giặt là đồ vải tập trung trong toàn bệnh viện  (3) đơn vị giặt là đồ vải tập trung (của bệnh viện hoặc của đơn vị được thuê giặt dịch vụ) được bố trí đảm bảo nguyên tắc một chiều  (4) có máy giặt đồ vải NVYT riêng  (5) có thực hiện giặt là đồ vải NVYT của toàn BV  (6) có qui định chất lượng giặt là của từng loại đồ vải  (7) kiểm tra đồ vải sạch đạt chất lượng theo qui định  (8) đơn vị giặt là đồ vải tập trung thực hiện nhận đồ vải bẩn và trả đồ vải sạch tại các khoa  (9) có bố trí nơi giặt và phơi đồ vải cá nhân của NB, người nhà NB  (10) không có đồ vải cá nhân của NB, người nhà NB phơi ở trong các buồng bệnh, ngoài hành lang, ban công  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 10 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 10 tiêu chí trên |
| A1.12. Đơn vị xử lý đồ vải tập trung hoặc đơn vị được thuê giặt dịch vụ đáp ứng các yêu cầu về chất lượng giặt là và cung cấp đồ vải. Mọi NV giặt là đều được đào tạo về qui định quản lý, xử lý đồ vải y tế và phòng ngừa lây nhiễm liên quan tới xử lý đồ vải y tế  - Số lượng: ………. Số đã đào tạo:…….. | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 5 tiêu chí gồm  (1) BV có tiêu chí chất lượng giặt là đồ vải y tế  (2) thực hiện thay đồ vải y tế cho NB và NVYT hàng ngày và khi cần  (3) mọi nhân viên giặt là đều được đào tạo về qui định quản lý, xử lý đồ vải y tế và phòng ngừa lây nhiễm liên quan tới xử lý đồ vải y tế  (4) mọi thiết bị giặt là đều có qui trình vận hành  (5) định kỳ hàng tháng lấy ý kiến đánh giá của các khoa về chất lượng cung cấp đồ vải y tế  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 5 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 5 tiêu chí trên |
| A1.13. Nơi lưu giữ tập trung chất thải rắn y tế đáp ứng yêu cầu qui định, chất thải rắn y tế được quản lý và xử lý tiêu hủy đúng qui định | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi kiểm tra nơi lưu giữ chất thải rắn y tế đạt cả 14 tiêu chí gồm  (1) Có cửa khóa  (2) có bố trí từng khu vực riêng cho từng loại chất thải  (3) thông thoáng, sạch sẽ, không có nước đọng, chất thải trên sàn nhà  (4) có đầy đủ phương tiện PHCN  (5) có xà phòng và bồn rửa tay  (6) có phương tiện vệ sinh khử khuẩn thùng lưu chứa chất thải và vệ sinh sàn nhà  (7) có hệ thống thu gom nước thải kín đổ vào hệ thống xử lý nước thải của bệnh viện  (8) chất thải được lưu giữ trong thùng theo đúng mã màu qui định đối với từng loại chất thải  (9) có quản lý số lượng của từng loại chất thải trong ngày  (10) có lập chứng từ chất thải y tế nguy hại theo qui định  (11) có quan trắc chất thải rắn y tế theo qui định  (12) có thực hiện xử lý tiêu hủy chất thải theo qui định  (13) có triển khai các biện pháp giảm thiểu, tái chế chất thải  (14) có tổng kết báo cáo công tác quản lý chất thải rắn y tế tới cơ quan quản lý theo đúng qui định pháp luật  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 14 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 14 tiêu chí trên hoặc trong năm bị cơ quan có thẩm quyền xử phạt vi phạm qui định quản lý chất thải rắn |
| A1.14. Hệ thống thu gom và xử lý nước thải y tế đạt qui chuẩn môi trường  Khối lượng nước thải y tế: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/24 giờ | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 7 tiêu chí gồm  (1) có hệ thống thu gom nước thải y tế tại nguồn tách biệt hoàn toàn với hệ thống thu gom nước bề mặt  (2) hệ thống xử lý nước thải y tế có công suất đáp ứng lượng nước thải cần xử lý  (3) hệ thống xử lý nước thải y tế được vận hành liên tục trong năm  (4) nhân viên vận hành hệ thống xử lý nước thải có chứng chỉ đào tạo về vận hành hệ thống xử lý nước thải y tế  (5) có thực hiện quan trắc nước thải định kỳ theo qui định  (6) nước thải y tế sau xử lý luôn đạt qui chuẩn môi trường  (7) có kế hoạch ứng phó, phòng ngừa sự cố môi trường liên quan tới nước thải y tế  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 7 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 7 tiêu chí trên hoặc trong năm bị cơ quan có thẩm quyền xử phạt vi phạm qui định quản lý nước thải y tế |
|  | | |
| **A2. Ban hành, cập nhật, triển khai các qui định, qui trình KSNK** | | |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Thông tư số 16/2018/TT-BYT ngày 20/07/2018 qui định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Điều 3) * Các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn của BYT * Ban hành, cập nhật, triển khai các qui định, qui trình KSNK thể hiện ý chí, trách nhiệm của lãnh đạo bệnh viện đối với công tác KSNK, đồng thời là căn cứ để thống nhất triển khai các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn toàn BV | |
| A2.1. Ban hành qui định, qui trình giám sát phát hiện NKBV | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| A2.2. Ban hành qui định, qui trình giám sát tuân thủ thực hành KSNK | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| A2.3. Ban hành qui định, qui trình VST | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4tiêu chí trên |
| A2.4. Ban hành qui định, qui trình phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa dựa vào đường lây truyền | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| A2.5. Ban hành qui định, qui trình sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo huấn/luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| A2.6. Ban hành qui định, qui trình KKTK dụng cụ y tế tập trung | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| A2.7. Ban hành qui định, qui trình quản lý và xử lý đồ vải y tế tập trung | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| A2.8. Ban hành qui định, qui trình quản lý và xử lý chất thải y tế | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| A2.9. Ban hành qui định, qui trình vệ sinh bề mặt môi trường | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| A2.10. Ban hành qui định, qui trình vệ sinh an toàn thực phẩm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| A2.11. Ban hành qui định, qui trình phòng ngừa và xử lý phơi nhiễm, phòng ngừa các bệnh nghề nghiệp liên quan đến vi sinh vật | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| A2.12. Ban hành qui định, qui trình phòng ngừa, ứng phó các bệnh truyền nhiễm gây dịch | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| A2.13. Ban hành qui định, qui trình phòng ngừa VPBV ở NB có thông khí hỗ trợ | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên  - **Không thích hợp:** Khi bệnh viện hoàn toàn không triển khai các thủ thuật thông khí hỗ trợ |
| A2.14. Ban hành qui định, qui trình phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết bệnh viện ở người bệnh có đặt ống thông TMTT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên  - **Không thích hợp:** Khi bệnh viện hoàn toàn không triển khai thủ thuật đặt ống thông TMTT |
| A2.15. Ban hành qui định, qui trình phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện ở NB có đặt ống thông tiểu | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên  - **Không thích hợp:** Khi bệnh viện hoàn toàn không triển khai thủ thuật đặt ống thông tiểu |
| A2.16. Ban hành qui định, qui trình phòng ngừa NKVM và sử dụng KSDP ở NB phẫu thuật | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) các nội dung trong QĐ/QT phù hợp với hướng dẫn của BYT  (3) QĐ/QT được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện qui định/qui trình cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên  - **Không thích hợp:** Khi BV hoàn toàn không có phẫu thuật |
| A2.17. Các qui định, qui trình KSNK được sửa đổi cập nhật định kỳ hàng năm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) hàng năm có sửa đổi, cập nhật QĐ/QT dựa vào bằng chứng hoặc khuyến cáo của BYT  (2) có bản tóm tắt những nội dung sửa đổi, cập nhật được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (3) nội dung sửa đổi, cập nhật được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  (4) có tổ chức đào tạo/huấn luyện về những nội dung qui định/qui trình cập nhật, sửa đổi cho thành viên Hội đồng và mạng lưới KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| **A3. Lập kế hoạch, tổ chức thực hiện kế hoạch KSNK** | | |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Thông tư số 16/2018/TT-BYT ngày 20/07/2018 qui định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh * Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh * Các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn của BYT * NKBV thường xảy ra ở những NB mắc bệnh nặng, trải qua nhiều thủ thuật xâm nhập. Phòng ngừa NKBV hiệu quả đòi hỏi sự tuân thủ nghiêm ngặt các qui định, qui trình KSNK của NVYT và NB, người nhà NB. * Lập kế hoạch giúp chủ động tập trung nguồn lực vào phòng ngừa những NKBV thường gặp ở những khoa trọng điểm, đồng thời khắc phục kịp thời những “lỗ hổng” trong thực hành phòng ngừa NKBV | |
| A3.1. Lập kế hoạch KSNK hàng năm dựa trên đánh giá nguy cơ lây nhiễm qua đó lựa chọn vấn đề ưu tiên cần thực hiện | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 5 tiêu chí gồm  (1) có bản kế hoạch KSNK hàng năm được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) bản kế hoạch dựa trên các bằng chứng giám sát trước đó (hoặc dựa vào báo cáo tổng kết công tác KSNK năm trước)  (3) có triển khai đầy đủ nội dung trong bản kế hoạch  (4) có sơ kết quí, tổng kết năm việc thực hiện kế hoạch  (5) bản kế hoạch và bản tóm tắt nội dung sơ kết hàng quí, tổng kết năm được gửi tới các khoa, phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 5 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 5 tiêu chí trên |
| A3.2. Lập kế hoạch và tổ chức đào tạo KSNK cho mọi đối tượng NVYT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 5 tiêu chí gồm  (1) có kế hoạch đào tạo hàng năm cho từng đối tượng NVYT (bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, y công, nhân viên vệ sinh sinh công nghiệp…)  (2) bản kế hoạch dựa trên các bằng chứng về đánh giá kiến thức KSNK của NVYT trước đó (hoặc dựa vào báo cáo tổng kết công tác đào tạo KSNK năm trước)  (3) có triển khai đầy đủ nội dung trong bản kế hoạch  (4) có sơ kết quí, tổng kết năm việc thực hiện kế hoạch  (5) bản kế hoạch và bản tóm tắt nội dung sơ kết hàng quí, tổng kết năm được gửi tới các khoa, phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 5 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 5 tiêu chí trên |
| A3.3. Lập kế hoạch và tổ chức giám sát phát hiện NKBV ở NB | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 6 tiêu chí gồm  (1) có kế hoạch giám sát NKBV hàng năm  (2) bản kế hoạch dựa trên các bằng chứng giám sát NKBV trước đó (hoặc dựa vào báo cáo tổng kết công tác giám sát NKBV năm trước)  (3) có thực hiện giám sát ngang NKBV trong toàn BV  (4) có thực hiện giám sát tiến cứu tối thiểu 1 loại NKBV  (5) có sơ kết quí, tổng kết năm việc thực hiện kế hoạch  (6) bản kế hoạch và bản tóm tắt nội dung sơ kết hàng quí, tổng kết năm được gửi tới các khoa, phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 6 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 6 tiêu chí trên |
| A3.4. Lập kế hoạch và tổ chức kiểm tra, giám sát tuân thủ thực hành KSNK ở NVYT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 5 tiêu chí gồm  (1) có kế hoạch kiểm tra, giám sát KSNK tại các khoa/phòng và ở NVYT hàng năm  (2) bản kế hoạch dựa trên các bằng chứng giám sát tuân thủ KSNK trước đó (hoặc dựa vào báo cáo tổng kết công tác giám sát tuân thủ KSNK năm trước)  (3) có triển khai đầy đủ nội dung trong bản kế hoạch  (4) có sơ kết quí, tổng kết năm việc thực hiện kế hoạch  (5) bản kế hoạch và bản tóm tắt nội dung sơ kết hàng quí, tổng kết năm được gửi tới các khoa, phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 5 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 5 tiêu chí trên |
| A3.5. Lập kế hoạch và tổ chức thực hiện các biện pháp phòng ngừa và xử lý phơi nhiễm liên quan đến vi sinh vật | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 7 tiêu chí gồm  (1) có kế hoạch phòng ngừa và xử lý phơi nhiễm liên quan đến vi sinh vật hàng năm  (2) BV thiết lập hệ thống quản lý, giám sát, xử trí và báo cáo tai nạn, rủi ro nghề nghiệp liên quan đến vi sinh vật đối với NVYT  (3) mọi NVYT được huấn luyện, đào tạo về phòng ngừa và xử lý phơi nhiễm liên quan đến vi sinh vật hàng năm  (4) có sẵn phương tiện cho phòng ngừa và xử lý phơi nhiễm liên quan đến vi sinh vật  (5) có sơ kết quí, tổng kết năm kết quả thực hiện kế hoạch,  (6) có hồ sơ về những NVYT bị phơi nhiễm các vi sinh vật lưu giữ tại bệnh viện  (7) bản kế hoạch và bản tóm tắt nội dung sơ kết hàng quí, tổng kết năm được gửi tới các khoa, phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 7 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 7 tiêu chí trên |
| A3.6. Lập kế hoạch và tổ chức thực hiện các biện pháp phòng ngừa bệnh nghề nghiệp liên quan đến vi sinh vật | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 7 tiêu chí gồm  (1) có kế hoạch phòng ngừa bệnh nghề nghiệp liên quan đến vi sinh vật hàng năm  (2) mọi NVYT được huấn luyện, đào tạo về phòng ngừa bệnh nghề nghiệp liên quan đến vi sinh vật hàng năm  (3) NVYT có nguy cơ phơi nhiễm được tiêm phòng viêm gan B, cúm, covid-19 và các bệnh truyền nhiễm gây dịch khác theo qui định của BYT  (4) mọi NVYT có nguy cơ phơi nhiễm được khám sàng lọc phát hiện bệnh lao hàng năm  (5) có sơ kết quí, tổng kết năm kết quả thực hiện kế hoạch  (6) có hồ sơ về tiêm phòng, khám sàng lọc lao lưu giữ tại BV  (7) bản kế hoạch và bản tóm tắt nội dung sơ kết hàng quí, tổng kết năm được gửi tới các khoa, phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 7 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 7 tiêu chí trên |
| A3.7. Lập kế hoạch và thực hiện giáo dục truyền thông vể KSNK cho người bệnh, người nhà người bệnh | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 5 tiêu chí gồm  (1) có kế hoạch giáo dục truyền thông vể KSNK cho NB, người nhà NB  (2) có các tờ truyền thông, bảng qui định, video hướng dẫn về KSNK cho NB, người nhà NB ở khu vực khám bệnh, khu vực hành chính của các khoa, khu vực chăm sóc NB  (3) NB, người nhà NB được NVYT hướng dẫn các thực hành KSNK mà họ cần thực hiện  (4) có sơ kết quí, tổng kết năm kết quả thực hiện kế hoạch  (5) bản kế hoạch và bản tóm tắt nội dung sơ kết hàng quí, tổng kết năm được gửi tới các khoa, phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 5 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 5 tiêu chí trên |
| A3.8. Lập kế hoạch và thực hiện quản lý hóa chất, vật tư dùng trong kiểm soát nhiễm khuẩn | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 7 tiêu chí gồm  (1) có xây dựng danh mục và tiêu chuẩn kỹ thuật của các hóa chất, vật tư dùng trong kiểm soát nhiễm khuẩn  (2) có xây dựng định mức sử dụng các hóa chất, vật tư dùng trong kiểm soát nhiễm khuẩn  (3) có lập dự trù, đề xuất mua sắm hóa chất, vật tư dùng trong KSNK đảm bảo đáp ứng nhu cầu sử dụng cho công tác KSNK trong toàn BV  (4) có tổng kết lượng hóa chất, vật tư dùng trong KSNK hàng năm  (5) có hướng dẫn, kiểm tra, giám sát việc sử dụng hóa chất, vật tư dùng trong KSNK đảm bảo an toàn, tiết kiệm và hiệu quả  (6) có sơ kết quí, tổng kết năm kết quả thực hiện kế hoạch  (7) bản kế hoạch và bản tóm tắt nội dung sơ kết hàng quí, tổng kết năm được gửi tới các khoa, phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 7 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 7 tiêu chí trên |
| A3.9. Tổng kết, đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch KSNK hàng năm |  | **- Đạt:** Khi đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có bản báo cáo tổng kết năm về công tác KSNK  (2) có biên bản họp tổng kết kế hoạch năm được giám đốc BV phê duyệt  (3) có bản tóm tắt nội dung tổng kết năm được gửi tới các khoa phòng hoặc đưa lên weite/cổng thông tin điện tử của bệnh viện  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| A3.10. Bệnh viện có đề tài nghiên cứu khoa học/sáng kiến cải tiến kỹ thuật về NKBV/KSNK | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có đề tài nghiên cứu khoa học/sáng kiến cải tiến kỹ thuật về NKBV/KSNK được lãnh đạo bệnh viện phê duyệt  (2) đề tài/sáng kiến được tổng kết, nghiệm thu đạt yêu cầu trở lên  (3) đề tài/sáng kiến được báo cáo trong các hội nghị khoa học hoặc được đăng tải trên các tạp chí y học chuyên ngành  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không có hoặc không đạt cả 3 tiêu chí trên |
|  | | |
| **A4. Thực hiện cải tiến liên tục chất lượng KSNK** | | |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12/07/2013 hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện * Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam của BYT * Bộ công cụ đánh giá công tác KSNK trong các bệnh viện * KSNK góp phần đảm bảo an toàn người bệnh và NVYT. Cải thiện chất lượng KSNK góp phần cải thiện chất lượng bệnh viện | |
| A4.1. Có thực hiện đánh giá tổng thể công tác KSNK hàng năm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có kế hoạch đánh giá tổng thể công tác KSNK hàng năm được lãnh đạo bệnh viện phê duyệt  (2) có thực hiện đánh giá tổng thể công tác KSNK hàng năm theo bộ tiêu chí do BYT ban hành  (3) kết quả đánh giá tổng thể công tác KSNK hàng năm cho thấy công tác KSNK có cải thiện so với năm trước  (4) kết quả đánh giá tổng thể công tác KSNK được thông báo trong toàn bệnh viện hoặc được đăng tải trên cổng thông tin điện tử của bệnh viện  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện hoặc không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| A4.2. Có xây dựng mục tiêu chất lượng công tác KSNK hàng năm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có bản mục tiêu chất lượng công tác KSNK hàng năm được lãnh đạo BV phê duyệt  (2) mục tiêu chất lượng công tác KSNK thể hiện được những nội dung cốt lõi của KSNK (tỉ lệ NKBV, tỉ lệ tuân thủ thực hành KSNK, tỉ lệ NVYT được đào tạo, huấn luyện về KSNK…)  (3) bản mục tiêu chất lượng công tác KSNK được thông báo trong toàn BV hoặc được đăng tải trên cổng thông tin điện thử của BV  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện hoặc không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| A4.3. Bệnh viện có đề án cải thiện chất lượng công tác KSNK | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có bản đề án cải thiện chất lượng công tác KSNK nhằm vào một hoặc nhiều nội dung cốt lõi của KSNK được lãnh đạo BV phê duyệt  (2) kết quả đề án cải thiện chất lượng cho thấy nội dung can thiệp được cải thiện rõ rệt  (3) đề án được tổng kết, nghiệm thu đạt yêu cầu trở lên  (4) kết quả đề án cải thiện chất lượng được thông báo trong toàn BV hoặc được đăng tải trên cổng thông tin điện tử của bệnh viện  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không có hoặc không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| A4.4. Các tiêu chí chất lượng KSNK trong bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện (C4.1 – C4.6) được duy trì và cải thiện | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có triển khai khắc phục những nội dung còn tồn tại được phát hiện qua đánh giá chất lượng bệnh viện  (2) có triển khai khắc phục những nội dung tồn tại được phát hiện trong đợt đánh giá tổng thể công tác KSNK hàng năm  (3) điểm chất lượng của các tiêu chí KSNK trong bộ tiêu chí chất lượng bệnh viên bằng hoặc cao hơn năm trước  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên hoặc có tiêu chí KSNK đạt điểm thấp hơn năm trước |

**Phần B: Đánh giá mức độ triển khai công tác KSNK tại khoa lâm sàng**

|  |
| --- |
| **B1. Vệ sinh tay** |

|  |  |
| --- | --- |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Hướng dẫn thực hành vệ sinh tay trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban hành kèm theo Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/08/2017 của Bộ Y tế * Hầu hết các NKBV lây truyền qua đường tiếp xúc, đặc biệt là qua bàn tay NVYT và người chăm sóc NB. Tuân thủ vệ sinh tay có thể làm giảm 35% NKBV |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B1.1. Mọi NVYT trong khoa (bao gồm cả nhân viên VSCN làm việc tại khoa) đều được đào tạo VST | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra NVYT cho thấy mọi NVYT đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có NVYT chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** NVYT trong khoa hoàn toàn chưa được đào tạo VST |
| B1.2. Mọi đối tượng học viên học tập tại khoa đều được đào tạo VST | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra học viên cho thấy mọi học viên học tại khoa đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có học viên chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** Học viên học tại khoa hoàn toàn không được đào tạo  - **Không thích hợp:** Khi trong năm khoa không có học viên học tập tại khoa |
| B1.3. Mọi người nhà NB được phép tham gia chăm sóc NB đều được hướng dẫn VST | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Hỏi NVYT, NB và người nhà NB cho thấy mọi người đã được hướng dẫn VST  - **Chưa đạt:** Có NB, người nhà NB không được hướng dẫn  **- Chưa triển khai:** Mọi NB, người nhà NB không được hướng dẫn VST  - **Không thích hợp:** Khi bệnh viện không cho phép người nhà NB tham gia chăm sóc NB |
| B1.4. Việc đào tạo VST cho NVYT được thực hiện hàng năm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo của 3 năm gần nhất và kiểm tra NVYT cho thấy NVYT được đào tạo VST hàng năm  - **Chưa đạt:** 3 năm gần nhất có năm không thực hiện  - **Chưa triển khai:** 3 năm gần nhất không có năm nào thực hiện |
| B1.5. Mọi bồn rửa tay trong khoa có đủ phương tiện rửa tay | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra tất cả các bồn rửa tay trong khoa cho thấy mọi bồn rửa tay có đầy đủ phương tiện VST (nước sạch, xà phòng, khăn lau tay, qui trình VST)  - **Chưa đạt:** Có bồn rửa tay không có đầy đủ phương tiện VST  - **Chưa triển khai:** Không có bồn rửa tay nào có đầy đủ phương tiện VST |
| B1.6. Mọi buồng bệnh trong khoa (mọi giường bệnh nếu là khoa HSTC) đều được gắn bình cồn VST | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra mọi buồng bệnh trong khoa cho thấy mọi buồng bệnh trong khoa (mọi giường bệnh nếu ở khoa HSTC) đều được gắn bình cồn VST, còn cồn VST và hoạt động tốt  - **Chưa đạt:** Có buồng bệnh (giường bệnh nếu ở khoa HSTC) không có cồn VST  - **Chưa triển khai:** 100% BB (GB nếu ở khoa HSTC) không có cồn VST |
| B1.7. Mọi xe tiêm, xe thủ thuật đều được gắn bình cồn khử khuẩn tay | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra mọi xe tiêm, xe thủ thuật trong khoa cho thấy mọi xe tiêm, xe thủ thuật đều được gắn bình cồn VST, còn cồn và hoạt động tốt  - **Chưa đạt:** Có xe tiêm, xe thủ thuật không có cồn VST  - **Chưa triển khai:** 100% xe tiêm, xe thủ thuật không có cồn VST |
| B1.8. Các khu vực trong khoa có treo poster qui trình VST và 5 thời điểm VST | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra các khu vực trong khoa cho thấy mọi khu vực hành chính, hành lang, buồng bệnh đều có poster VST  - **Chưa đạt:** Có khu vực không có poster VST  - **Chưa triển khai:** Các khu vực đều không có poster VST |
| B1.9. Hàng tháng, NVYT trong khoa được giám sát tuân thủ 5 thời điểm VST | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy hàng tháng có thực hiện giám sát tuân thủ 5 thời điểm VST  - **Chưa đạt:** Không thực hiện giám sát tuân thủ 5 thời điểm VST hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện giám sát tuân thủ 5 thời điểm VST trong cả năm |
| B1.10. Hàng tháng, NVYT trong khoa được giám sát tuân thủ kỹ thuật VST | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy hàng tháng có thực hiện giám sát tuân thủ kỹ thuật VST  - **Chưa đạt:** Không thực hiện tuân thủ kỹ thuật VST hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện tuân thủ VST trong năm |
| B1.11. Hàng tháng, NVYT trong khoa được thông báo kết quả giám sát tuân thủ VST | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy hàng tháng có tổng kết và thông báo kết quả giám sát tuân thủ kỹ thuật VST và 5 thời điểm VST tới NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thực hiện thông báo kết quả giám sát hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện thông báo kết quả giám sát trong cả năm |
| B1.12. Khoa có triển khai các biện pháp cải thiện VST dựa trên kết quả giám sát | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra, phỏng vấn lãnh đạo khoa cho thấy khoa có triển khai các biện pháp cải thiện VST dựa trên kết quả giám sát, tỉ lệ tuân thủ VST cải thiện rõ rệt và trung bình trong năm ở mức cao (≥70%)  - **Chưa đạt:** Có triển khai nhưng tỉ lệ tuân thủ VST không cải thiện và trung bình trong năm ở mức trung bình (50-69%)  - **Chưa triển khai:** Không triển khai các biện pháp cải thiện VST, tỉ lệ tuân thủ VST trung bình trong năm ở mức thấp (<50%) |
| B1.13. Hồ sơ đào tạo, giám sát và cải thiện chất lượng VST được lưu giữ có hệ thống tại khoa | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Hồ sơ đào tạo, giám sát và cải thiện chất lượng VST được lưu giữ đầy đủ tại khoa  - **Chưa đạt:** Hồ sơ lưu giữ không đầy đủ  - **Chưa triển khai:** Hoàn toàn không lưu giữ hồ sơ |

|  |
| --- |
| **B2. Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân** |

|  |  |
| --- | --- |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Hướng dẫn phòng ngừa chuẩn trong các cơ sở khám chữa bệnh, ban hành kèm theo Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/09/2012 của Bộ Y tế * Hướng dẫn lựa chọn và sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân trong phòng, chống dịch bệnh Covid-19 tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, ban hành kèm theo Quyết định số 2171/QĐ-BYT ngày 05/08/2022 của Bộ Y tế * Lưa chọn và sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân đúng hướng dẫn giúp bảo vệ NVYT và người chăm sóc trước các tác nhân gây NKBV |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nội dung đánh giá** | **Kết quả** | **Tiêu chí đánh giá** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B2.1. Mọi NVYT trong khoa (gồm cả nhân viên VSCN làm việc tại khoa) đều được đào tạo sử dụng phương tiện PHCN | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra NVYT cho thấy mọi NVYT đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có NVYT chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** NVYT trong khoa hoàn toàn chưa được đào tạo |
| B2.2. Mọi đối tượng học viên học tập tại khoa đều được đào tạo sử dụng phương tiện PHCN | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra học viên cho thấy mọi học viên học tại khoa đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có học viên chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** Học viên học tại khoa hoàn toàn không được đào tạo  - **Không thích hợp:** Khi trong năm khoa không có học viên học tập tại khoa |
| B2.3. Việc đào tạo sử dụng phương tiện PHCN cho NVYT được thực hiện hàng năm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo lưu giữ tại khoa của 3 năm gần nhất và kiểm tra NVYT cho thấy NVYT được đào tạo hàng năm  - **Chưa đạt:** 3 năm gần nhất có năm không thực hiện  - **Chưa triển khai:** 3 năm gần nhất không có năm nào thực hiện |
| B2.4. Hàng tháng, NVYT trong khoa được giám sát tuân thủ lựa chọn và sử dụng phương tiện PHCN | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy hàng tháng có thực hiện giám sát  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B2.5. Hàng tháng, NVYT trong khoa được thông báo về kết quả giám sát tuân thủ lựa chọn và sử dụng phương tiện PHCN | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy có tổng kết và thông báo kết quả giám sát hàng tháng tới NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B2.6. Phương tiện PHCN (găng tay, áo choàng, khẩu trang, kính, mũ…) luôn được bệnh viện cung cấp đầy đủ | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra sổ lĩnh vật tư/kiểm tra thực tế tại khu vực chăm sóc/hỏi NVYT cho thấy NVYT luôn có sẵn phương tiện PHCN để sử dụng khi cần  - **Chưa đạt:** Có thời điểm trong năm không được cung cấp đầy đủ  - **Chưa triển khai:** Thường xuyên thiếu hoặc có loại phương tiện hoàn toàn không được cung cấp |
| B2.7. Hồ sơ đào tạo, giám sát sử dụng phương tiện PHCN được lưu giữ có hệ thống tại khoa | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Hồ sơ đào tạo, giám sát sử dụng phương tiện PHCN được lưu giữ đầy đủ tại khoa  - **Chưa đạt:** Hồ sơ lưu giữ không đầy đủ  - **Chưa triển khai:** Hoàn toàn không lưu giữ hồ sơ |

|  |
| --- |
| **B3. Khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế**  *Xác định các mức độ xử lý dụng cụ y tế tại khoa được đánh giá:*  Tiệt khuẩn: Có □ Không □; Khử khuẩn MĐC: Có □ Không □; Xử lý ban đầu: Có □ Không □ |

|  |  |
| --- | --- |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Hướng dẫn khử khuẩn tiệt khuẩn dụng cụ trong các cơ sở khám chữa bệnh, ban hành kèm theo Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/09/2012 của Bộ Y tế * Hướng dẫn xử lý dụng cụ phẫu thuật nội soi và xử lý ống nội soi mềm trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban hành kèm theo Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/08/2017 của Bộ Y tế * Trên thế giới và ở Việt Nam đã xảy ra nhiều vụ dịch NKBV liên quan tới dụng cụ y tế dùng lại. Tuân thủ đúng hướng dẫn khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế dùng lại, đặc biệt là các dụng cụ phục vụ phẫu thuật, thủ thuật xâm nhập, giúp ngăn ngừa lây truyền NKBV liên quan tới dụng cụ y tế |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nội dung đánh giá** | **Kết quả** | **Tiêu chí đánh giá** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B3.1. Mọi NVYT trong khoa đều được đào tạo qui trình xử lý, lưu giữ và sử dụng dụng cụ y tế dùng lại | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra NVYT cho thấy mọi NVYT đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có NVYT chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** NVYT trong khoa hoàn toàn chưa được đào tạo |
| B3.2. Mọi đối tượng học viên đều được đào tạo qui trình xử lý, lưu giữ và sử dụng dụng cụ y tế dùng lại khi đến học tập tại khoa | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra học viên đang học tại khoa cho thấy mọi học viên học tại khoa đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có học viên chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** Học viên học tại khoa hoàn toàn chưa được đào tạo  - **Không thích hợp:** Khi trong năm khoa không có học viên học tập tại khoa |
| B3.3. Việc đào tạo qui trình xử lý, lưu giữ và sử dụng dụng cụ y tế dùng lại cho NVYT được thực hiện hàng năm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo trong 3 năm gần nhất và kiểm tra NVYT cho thấy NVYT được đào tạo hàng năm  - **Chưa đạt:** 3 năm gần nhất có năm không thực hiện  - **Chưa triển khai:** 3 năm gần nhất không có năm nào thực hiện |
| B3.4. **Nếu có thực hiện tiệt khuẩn tại khoa,** nhân viên chịu trách nhiệm tiệt khuẩn có chứng chỉ đào tạo KKTK và tuân thủ đúng qui trình KKTK theo hướng dẫn của BYT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra nơi thực hiện tiệt khuẩn tại khoa và kiểm tra nhân viên tiệt khuẩn của khoa cho thấy đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) nhân viên được giao phụ trách tiệt khuẩn có chứng chỉ đào tạo 3 tháng về KKTK  (2) có đầy đủ phương tiện, hóa chất và thiết bị cho khử nhiễm, làm sạch, đóng gói và tiệt khuẩn  (3) nhân viên tiệt khuẩn tuân thủ đúng qui trình tiệt khuẩn dụng cụ theo hướng dẫn của BYT  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên  - **Không thích hợp:** Không tiệt khuẩn dụng cụ tại các khoa lâm sàng của bệnh viện |
| B3.5. **Nếu có thực hiện khử khuẩn MĐC tại khoa,** mọi nhân viên thực hiện khử khuẩn MĐC đều được đào tạo và tuân thủ đúng qui trình theo hướng dẫn của BYT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra nơi thực hiện khử khuẩn MĐC tại khoa và kiểm tra nhân viên thực hiện khử khuẩn MĐC của khoa cho thấy đạt cả 5 tiêu chí gồm  (1) mọi nhân viên tham gia khử khuẩn MĐC đều có chứng chỉ đào tạo 3 tháng về KKTK hoặc có chứng nhận đào tạo chuyên về xử lý dụng cụ nội soi  (2) có đầy đủ phương tiện và hóa chất cho làm sạch dụng cụ  (3) có đầy đủ phương tiện và hóa chất cho khử khuẩn MĐC  (4) có đầy đủ phương tiện cho lưu giữ, bảo quản dụng cụ sau xử lý  (5) nhân viên xử lý dụng cụ tuân thủ đúng qui trình khử khuẩn MĐC theo hướng dẫn của BYT  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 5 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 5 tiêu chí trên  - **Không thích hợp:** Không khử khuẩn MĐC tại bệnh viện |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B3.6. Khoa có bảng danh mục các dụng cụ y tế dùng lại kèm theo phương pháp, qui trình xử lý KKTK phù hợp | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra khoa, kiểm tra nơi lưu giữ dụng cụ dùng lại và kiểm tra NVYT cho thấy đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có bảng danh mục các dụng cụ y tế dùng lại được giám đốc bệnh viện hoặc trưởng khoa KSNK phê duyệt  (2) bảng danh mục nêu đầy đủ các dụng cụ dùng lại kèm theo phương pháp xử lý KKTK phù hợp  (3) mọi dụng cụ y tế dùng lại trong khoa đều được xử lý theo đúng phương pháp KKTK đã qui định  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| B3.7. Các dụng cụ sử dụng trong các TTXN tại khoa đều được tiệt khuẩn theo bộ để sử dụng một lần cho mỗi NB | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra bảng danh mục dụng cụ y tế dùng lại và kiểm tra nơi lưu giữ dụng cụ dùng lại đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) tất cả dụng cụ đều được tiệt khuẩn theo bộ dùng cho mỗi TTXN  (2) các bộ dụng cụ đều có chỉ thị hóa học kiểm soát chất lượng tiệt khuẩn theo qui định  (3) các bộ dụng cụ đều còn hạn sử dụng, được lưu giữ và bảo quản đúng qui định  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| B3.8. Các dụng cụ không thiết yếu (bô vịt, ống nghe, băng đo huyết áp…) được xử lý làm sạch, khử khuẩn sau mỗi lần sử dụng | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra khoa và nơi xử lý, lưu giữ, bảo quản dụng cụ không thiết yếu đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) tất cả dụng cụ không thiết yếu đều có qui trình làm sạch, khử khuẩn được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) có nơi xử lý dụng cụ không thiết yếu được trang bị phương tiện, hóa chất làm sạch/khử khuẩn và lưu giữ, bảo quản dụng cụ  (3) mọi dụng cụ không thiết yếu đều được xử lý làm sạch, khử khuẩn sau mỗi lần sử dụng  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| B3.9. Khoa có nơi xử lý ban đầu dụng cụ được trang bị các phương tiện thiết yếu và có nơi lưu giữ dụng cụ tiệt khuẩn đáp ứng yêu cầu vô khuẩn | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra nơi xử lý ban đầu và nơi bảo quản dụng cụ tiệt khuẩn đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có nơi xử lý ban đầu dụng cụ riêng  (2) có phương tiện thiết yếu và hóa chất phù hợp cho xử lý dụng cụ  (3) có nơi lưu giữ dụng cụ tiệt khuẩn đáp ứng yêu cầu vô khuẩn  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| B3.10. Hàng tháng, NVYT được giám sát tuân thủ qui trình xử lý, lưu giữ bảo quản và sử dụng dụng cụ | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát cho thấy hàng tháng có thực hiện giám sát  - **Chưa đạt:** Không thực hiện giám sát hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện giám sát trong cả năm |
| B3.11. Hàng tháng, NVYT được phản hồi kết quả giám sát tuân thủ qui trình xử lý, lưu giữ bảo quản và sử dụng dụng cụ | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Có tổng kết và thông báo kết quả giám sát hàng tháng cho NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B3.12. Hồ sơ đào tạo, giám sát KKTK dụng cụ y tế được lưu giữ có hệ thống tại khoa | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Hồ sơ đào tạo, giám sát KKTK dụng cụ y tế được lưu giữ đầy đủ tại khoa  - **Chưa đạt:** Hồ sơ lưu giữ không đầy đủ  - **Chưa triển khai:** Hoàn toàn không lưu giữ hồ sơ |

|  |
| --- |
| **B4. Vệ sinh môi trường bề mặt** |

|  |  |
| --- | --- |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Hướng dẫn vệ sinh môi trường bề mặt trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban hành kèm theo Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/08/2017 của Bộ Y tế * Môi trường bề mặt không được làm sạch, khử khuẩn thường xuyên là nguồn chứa các VSV gây NKBV. Tuân thủ đúng hướng dẫn làm sạch, khử khuẩn môi trường bề mặt giúp loại bỏ ô nhiễm VSV và làm giảm lan truyền NKBV |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nội dung đánh giá** | **Kết quả** | **Tiêu chí đánh giá** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B4.1. Mọi NVYT trong khoa đều được đào tạo qui định, qui trình vệ sinh môi trường bề mặt | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo lưu giữ tại khoa/kiểm tra NVYT cho thấy mọi NVYT đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có NVYT chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** NVYT trong khoa hoàn toàn chưa được đào tạo |
| B4.2. Mọi NV vệ sinh của khoa hoặc nhân viên công ty vệ sinh (trường hợp BV ký hợp đồng dịch vụ vệ sinh công nghiệp) đều có giấy chứng nhận đào tạo QĐ/QT vệ sinh môi trường bề mặt trước khi làm việc tại khoa | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo lưu giữ tại khoa/kiểm tra nhân viên vệ sinh cho thấy mọi nhân viên vệ sinh đều có giấy chứng nhận đào tạo hoặc đều đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có nhân viên không có chứng nhận đào tạo hoặc chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** Nhân viên vệ sinh làm việc tại khoa hoàn toàn chưa được đào tạo |
| B4.3. Mọi đối tượng học viên thực tập tại khoa đều được đào tạo QĐ/QT vệ sinh môi trường bề mặt | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo lưu giữ tại khoa/kiểm tra học viên cho thấy mọi học viên đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có nhân viên chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** Học viên học tập tại khoa hoàn toàn chưa được đào tạo  - **Không thích hợp:** Khi trong năm khoa không có học viên học tập tại khoa |
| B4.4. Việc đào tạo qui định, qui trình vệ sinh môi trường bề mặt cho NVYT được thực hiện hàng năm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo lưu giữ tại khoa 3 năm gần nhất và kiểm tra NVYT cho thấy NVYT được đào tạo hàng năm  - **Chưa đạt:** 3 năm gần nhất có năm không thực hiện  - **Chưa triển khai:** 3 năm gần nhất không có năm nào thực hiện |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B4.5. Có các qui đinh/qui trình làm sạch cho từng loại bề mặt (bề mặt thông thường, bề mặt thường xuyên có tiếp xúc bàn tay và bề mặt phương tiện, thiết bị chăm sóc người bệnh) | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra qui định/qui trình làm sạch, hỏi nhân viên làm sạch và kiểm tra thực tế đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) tất cả các loại bề mặt đều có qui trình làm sạch, khử khuẩn được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) có qui định rõ tần suất làm sạch, phương tiện làm sạch và người thực hiện làm sạch của từng loại bề mặt  (3) kiểm tra nhân viên làm sạch cho thấy các bề mặt đều được làm sạch, khử khuẩn theo đúng qui định/qui trình làm sạch  (4) kiểm tra thực tế cho thấy các loại bề mặt đều sạch  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| B4.6. Có đủ phương tiện và hóa chất làm sạch cho từng loại môi trường bề mặt (bề mặt thông thường, bề mặt thường xuyên có tiếp xúc và bề mặt phương tiện, thiết bị chăm sóc NB) | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Hỏi nhân viên làm sạch, NVYT trong khoa và kiểm tra thực tế cho thấy luôn có đủ phương tiện, hóa chất cho làm sạch, khử khuẩn  (1) bề mặt thông thường  (2) bề mặt thường xuyên có tiếp xúc  (3) bề mặt phương tiện, thiết bị chăm sóc người bệnh  - **Chưa đạt:** Không có hoặc thiếu phương tiện, hóa chất cho làm sạch khử khuẩn 1 trong 3 loại bề mặt trên  - **Chưa triển khai:** Không có phương tiện, hóa chất cho làm sạch khử khuẩn cho cả 3 loại bề mặt trên |
| B4.7. Các bề mặt sàn nhà, nhà vệ sinh được làm sạch/khử khuẩn tối thiểu 2 lần/ngày | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra qui định, lịch làm sạch, hỏi NVYT và kiểm tra các khu vực trong khoa đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) các bề mặt sàn nhà, nhà vệ sinh đều được làm sạch tối thiểu 2 lần/ngày  (2) các bề mặt khu vực hành chính, buồng kỹ thuật, buồng bệnh và khu vệ sinh đều sạch (không bụi bẩn, không có mùi tanh, hôi…)  (3) các bề mặt ở các khu vực trong khoa không có đám máu/dịch, nước đọng, chất thải trên sàn nhà  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| B4.8. Các bề mặt thường xuyên có tiếp xúc (tay nắm cửa, bàn phím máy tính, điện thoại bàn…) được làm sạch/khử khuẩn theo đúng qui định | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra qui định, lịch làm sạch, hỏi NVYT và kiểm tra thực tế đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) các bề mặt thường xuyên có tiếp xúc ở khu vực yêu cầu vô khuẩn và/hoặc khu vực có nguy cơ ô nhiễm cao được làm sạch/khử khuẩn tối thiểu 2 lần/ngày  (2) các bề mặt thường xuyên có tiếp xúc ở khu vực chăm sóc, điều trị thông thường được làm sạch/khử khuẩn tối thiểu 1 lần/ngày  (3) Kiểm tra thực tế cho thấy các bề mặt đều sạch, không bụi, bẩn…  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| B4.9. Các bề mặt thiết bị, phương tiện trong buồng bệnh (máy thở, bơm tiêm điện, giường bệnh, bàn đêm…) được làm sạch/khử khuẩn theo đúng qui định | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra qui định, lịch làm sạch, hỏi NVYT và kiểm tra thực tế đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) các bề mặt thiết bị, phương tiện trong buồng bệnh ở khu vực yêu cầu vô khuẩn và khu vực có nguy cơ ô nhiễm cao được làm sạch/khử khuẩn tối thiểu 2 lần/ngày  (2) các bề mặt thiết bị, phương tiện trong buồng bệnh ở khu vực chăm sóc, điều ttrij thông thường được làm sạch/khử khuẩn tối thiểu 1 lần/ngày  (3) Kiểm tra thực tế cho thấy các bề mặt đều sạch, không bụi, bẩn  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| B4.10. Hàng tháng thực hiện giám sát tuân thủ QĐ/QT vệ sinh môi trường bề mặt, bao gồm cả việc sử dụng các sản phẩm làm sạch theo hướng dẫn của nhà sản xuất | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy có thực hiện giám sát hàng tháng  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B4.11. Hàng tháng thông tin phản hồi kết quả giám sát tuân thủ QĐ/QT vệ sinh, khử khuẩn môi trường bề mặt | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy có tổng kết và thông báo kết quả giám sát hàng tháng tới NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B4.12. Hồ sơ đào tạo, giám sát vệ sinh môi trường bề mặt được lưu giữ có hệ thống tại khoa | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo, giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy hồ sơ đào tạo, giám sát vệ sinh môi trường bề mặt được lưu giữ đầy đủ tại khoa  - **Chưa đạt:** Hồ sơ lưu giữ không đầy đủ  - **Chưa triển khai:** Hoàn toàn không lưu giữ hồ sơ |

|  |
| --- |
| **B5. Quản lý chất rắn thải y tế** |

|  |  |
| --- | --- |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Thông tư số 20/2021/TT-BYT ngày 26/11/2021 qui định về quản lý chất thải y tế trong khuôn viên cơ sở y tế của Bộ Y tế * Chất thải y tế là nguồn chứa các yếu tố nguy hại và các VSV gây NKBV. Tuân thủ đúng các qui định phân loại, thu gom, vận chuyển, lưu giữ và tiêu hủy chất thải y tế giúp loại bỏ các tác nhân nguy hại, bảo vệ NVYT, NB và cộng đồng |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B5.1. Mọi NVYT trong khoa đều được đào tạo qui định, qui trình quản lý chất thải rắn y tế | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra NVYT cho thấy mọi NVYT đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có NVYT chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** NVYT trong khoa hoàn toàn chưa được đào tạo |
| B5.2. Mọi nhân viên vệ sinh của khoa hoặc nhân viên công ty VSCN (trường hợp BV ký hợp đồng dịch vụ VSCN) đều được đào tạo QĐ/QT quản lý chất thải rắn y tế khi làm việc tại khoa | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ, danh sách đào tạo/kiểm tra nhân viên vệ sinh cho thấy mọi nhân viên vệ sinh làm việc tại khoa đều được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có nhân viên chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** Nhân viên vệ sinh làm việc tại khoa hoàn toàn chưa được đào tạo |
| B5.3. Mọi đối tượng học viên học tập tại khoa đều được đào tạo QĐ/QT quản lý chất thải rắn y tế | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra học viên cho thấy mọi học viên đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có học viên chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** Học viên học tập tại khoa hoàn toàn không được đào tạo  - **Không thích hợp:** Khi trong năm khoa không có học viên học tập tại khoa |
| B5.4. Việc đào tạo qui định, qui trình quản lý chất thải rắn y tế cho NVYT được thực hiện hàng năm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo lưu giữ tại khoa 3 năm gần nhất và kiểm tra NVYT cho thấy NVYT được đào tạo hàng năm  - **Chưa đạt:** 3 năm gần nhất có năm không thực hiện  - **Chưa triển khai:** 3 năm gần nhất không có năm nào thực hiện |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B5.5. Phương tiện thu gom chất thải rắn thông thường được trang bị đầy đủ | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra phương tiện thu gom chất thải rắn thông thường tại khoa đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có thùng/túi thu gom chất thải rắn thông thường ở khu vực hành chính  (2) có thùng/túi thu gom chất thải rắn thông thường ở khu vực buồng bệnh (trong mỗi buồng bệnh hoặc ở hành lang khu vực buồng bệnh)  (3) có thùng/túi thu gom chất thải rắn thông thường ở khu vực vệ sinh  (4) có thùng/túi thu gom chất thải rắn thông thường ở buồng tiêm/thủ thuật/phẫu thuật  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| B5.6. Phương tiện thu gom chất thải lây nhiễm không sắc nhọn được trang bị đầy đủ | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra phương tiện thu gom chất thải lây nhiễm không sắc nhọn tại khoa đạt cả 2 tiêu chí gồm  (1) có thùng/túi thu gom chất thải lây nhiễm không sắc nhọn ở mọi xe tiêm, xe thủ thuật  (2) có thùng/túi thu gom chất thải lây nhiễm không sắc nhọn ở buồng tiêm/thủ thuật/phẫu thuật  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 2 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 2 tiêu chí trên |
| B5.7. Phương tiện thu gom chất thải lây nhiễm sắc nhọn được trang bị đầy đủ | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra phương tiện thu gom chất thải lây nhiễm sắc nhọn tại khoa đạt cả 2 tiêu chí gồm  (1) có thùng/hộp thu gom chất thải lây nhiễm sắc nhọn ở mọi xe tiêm, xe thủ thuật  (2) có thùng/hộp thu gom chất thải lây nhiễm sắc nhọn ở buồng tiêm/thủ thuật/phẫu thuật  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 2 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 2 tiêu chí trên |
| B5.8. Phương tiện thu gom chất thải nguy hại không lây nhiễm được trang bị đầy đủ | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra phương tiện thu gom chất thải nguy hại không lây nhiễm tại khoa đạt cả 2 tiêu chí gồm  (1) có thùng/túi thu gom chất thải rắn nguy hại không lây nhiễm ở mọi xe tiêm, xe thủ thuật  (2) có thùng/túi thu gom chất thải rắn nguy hại không lây nhiễm ở buồng tiêm/thủ thuật  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 2 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 2 tiêu chí trên  **- Không thích hợp:** Khi chất thải rắn nguy hại không lây nhiễm không thường xuyên phát sinh trong thực hành chăm sóc, điều trị NB |
| B5.9. Phương tiện thu gom chất thải tái chế được trang bị đầy đủ | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra phương tiện thu gom chất thải tái chế tại khoa đạt cả 2 tiêu chí gồm  (1) có thùng/túi thu gom chất thải tái chế ở mọi xe tiêm, xe thủ thuật  (2) có thùng/túi thu gom chất thải tái chế ở buồng tiêm/thủ thuật/phẫu thuật  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 2 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 2 tiêu chí trên |
| B5.10. Chất thải rắn y tế được lưu giữ tạm thời tại khoa đúng qui định | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra nơi lưu giữ tạm thời chất thải rắn y tế tại khoa đạt cả 5 tiêu chí gồm  (1) có nơi lưu giữ tạm thời chất thải rắn tại khoa được bố trí ở nơi ít người qua lại  (2) có đủ các thùng lưu giữ riêng từng loại chất thải phát sinh trong khoa  (3) không có thùng chất thải để quá đầy (không thể đậy kín nắp)  (4) không có chất thải được phân loại không đúng trong các thùng lưu giữ  (5) có bảng qui định phân loại chất thải được dán ở nơi lưu giữ tạm thời chất thải  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 5 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 5 tiêu chí trên |
| B5.11. Chất thải rắn y tế được phân loại và cô lập đúng qui định | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra các thùng/túi cô lập chất thải tại các khu vực chăm sóc NB cho thấy đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) chất thải thông thường được thu gom vào thùng/túi màu xanh, không lẫn các chất thải khác  (2) chất thải lây nhiễm không sắc nhọn được thu gom vào thùng/túi màu vàng, không lẫn các chất thải khác  (3) chất thải lây nhiễm sắc nhọn được thu gom vào thùng/hộp kháng thủng màu vàng, không lẫn các chất thải khác  (4) chất thải tái chế được thu gom vào thùng/túi màu trắng, không lẫn các chất thải khác  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| B5.12. Hàng tháng thực hiện giám sát tuân thủ QĐ/QT quản lý chất thải rắn y tế | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy hàng tháng có thực hiện giám sát  - **Chưa đạt:** Không thực hiện giám sát hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện giám sát trong cả năm |
| B5.13. Hàng tháng thông tin phản hồi kết quả giám sát tuân thủ QĐ/QT quản lý chất thải rắn y tế | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy có tổng kết và thông báo kết quả giám sát hàng tháng tới NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thông báo kết quả giám sát hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thông báo kết quả giám sát trong cả năm |
| B5.14. Hồ sơ đào tạo, giám sát, quản lý chất thải rắn y tế được lưu giữ có hệ thống tại khoa | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo, giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy hồ sơ đào tạo, giám sát quản lý chất thải rắn y tế được lưu giữ đầy đủ tại khoa  - **Chưa đạt:** Hồ sơ lưu giữ không đầy đủ  - **Chưa triển khai:** Hoàn toàn không lưu giữ hồ sơ |
| **B6. Phòng ngừa lây truyền các bệnh truyền nhiễm gây dịch** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm (03/2007/QH12) ban hành ngày 21/11/2007 * Thông tư số 16/2018/TT-BYT ngày 20/07/2018 qui định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh * Các hướng dẫn phòng ngừa một số bệnh truyền nhiễm gây dịch của BYT * Bệnh viện là nơi tiếp nhận, điều trị người bệnh mắc các bệnh truyền nhiễm gây dịch, trong đó có những ca bệnh có yếu tố dịch tễ không rõ ràng hoặc đang ở trong giai đoạn ủ bệnh, là nguyên nhân xảy ra các vụ dịch trong BV * Luôn đề cao cảnh giác và chủ động triển khai các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm giúp bệnh viện thu dung, điều trị các bệnh truyền nhiễm gây dịch hiệu quả, an toàn |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nội dung đánh giá** | **Kết quả** | **Tiêu chí đánh giá** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B6.1. Đào tạo, tập huấn cho mọi NVYT về phát hiện, cách ly, phòng ngừa các bệnh truyền nhiễm gây dịch | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo lưu giữ tại khoa/kiểm tra NVYT cho thấy mọi NVYT đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có NVYT chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** NVYT trong khoa hoàn toàn chưa được đào tạo |
| B6.2. Đào tạo, tập huấn cho mọi đối tượng học viên tại khoa về phát hiện, cách ly, phòng ngừa các bệnh truyền nhiễm gây dịch | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo lưu giữ tại khoa/kiểm tra học viên cho thấy mọi học viên học tại khoa đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có học viên chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** Học viên học tại khoa hoàn toàn chưa được đào tạo  - **Không thích hợp:** Khi trong năm khoa không có học viên học tập tại khoa |
| B6.3. Việc đào tạo, huấn luyện về phát hiện, cách ly, phòng ngừa các bệnh truyền nhiễm gây dịch cho NVYT được thực hiện hàng năm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo trong 3 năm gần nhất và kiểm tra NVYT cho thấy NVYT được đào tạo hàng năm  - **Chưa đạt:** 3 năm gần nhất có năm không thực hiện  - **Chưa triển khai:** 3 năm gần nhất không có năm nào thực hiện |
| B6.4. Thiết lập các điều kiện cần thiết để sẵn sàng tiếp nhận, cấp cứu NB nghi mắc/mắc các bệnh truyền nhiễm gây dịch | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra tại khoa Khám bệnh và khoa Cấp cứu đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có buồng khám sàng lọc NB nghi mắc/mắc các bệnh truyền nhiễm gây dịch bố trí ở khu ít người qua lại tại khoa Khám bệnh  (2) có buồng khám sàng lọc, cấp cứu NB nghi mắc/mắc các bệnh truyền nhiễm gây dịch bố trí ở khu vực gần lối vào của khoa Cấp cứu  (3) buồng khám sàng lọc có thông khí áp lực âm hoặc có tốc độ trao đổi khí (ACH) ≥12 lần, khí thoát ra khu vực ít người qua lại  (4) buồng khám sàng lọc luôn có đầy đủ phương tiện PHCN, VST…  - **Chưa đạt:** Khi không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| B6.5. Có buồng cách ly được trang bị đầy đủ phương tiện cách ly tại các khoa lâm sàng | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) khoa có buồng cách ly bố trí ở nơi ít người qua lại nhất  (2) buồng cách ly có thông khí áp lực âm hoặc có tốc độ trao đổi khí (ACH) ≥12 lần, khí thoát ra khu vực ít người qua lại  (3) buồng cách ly luôn có đầy đủ phương tiện PHCN, VST…  (4) có sẵn bảng qui định các biện pháp cách ly cần áp dụng để sử dụng khi có NB cách ly  - **Chưa đạt:** Khi không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| B6.6. Thực hiện sàng lọc, cách ly NB nghi mắc/mắc các bệnh truyền nhiễm gây dịch đúng qui định | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra thực tế, hỏi NVYT và NB nghi mắc/mắc các bệnh truyền nhiễm gây dịch cho thấy đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) NB được khám sàng lọc và được phát hiện bệnh kịp thời, không bị động  (2) NB được cách ly ngay khi phát hiện mắc/nghi mắc bệnh truyền nhiễm gây dịch  (3) NVYT và NB tuân thủ đúng qui định cách ly  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  **- Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên  **- Không thích hợp:** Khi tại thời điểm đánh giá không có ca bệnh mắc bệnh truyền nhiễm gây dịch |
| B6.7. Hàng tháng giám sát NVYT tuân thủ các biện pháp sàng lọc, cách ly và phòng ngừa lây nhiễm các bệnh truyền nhiễm gây dịch | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy hàng tháng có thực hiện giám sát  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B6.8. Hàng tháng giám sát NB, người nhà NB tuân thủ các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy hàng tháng có thực hiện giám sát  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B6.9. Hàng tháng, tổng kết và thông báo kết quả giám sát tuân thủ các biện pháp sàng lọc, cách ly và phòng ngừa lây nhiễm các bệnh truyền nhiễm gây dịch tới NVYT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy hàng tháng có tổng kết và thông báo kết quả giám sát tới mọi NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B6.10. Hồ sơ đào tạo, giám sát phòng ngừa các bệnh truyền nhiễm gây dịch được lưu giữ có hệ thống tại khoa | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo, giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy hồ sơ đào tạo, giám sát phòng ngừa các bệnh truyền nhiễm gây dịch được lưu giữ đầy đủ  - **Chưa đạt:** Hồ sơ lưu giữ không đầy đủ  - **Chưa triển khai:** Hoàn toàn không lưu giữ hồ sơ |

|  |
| --- |
| **B7. Phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt ống thông tiểu (CAUTI)** |

|  |  |
| --- | --- |
| □ Có đánh giá  □ Không đánh giá | Lý do không đánh giá: |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt thông tiểu, Hướng dẫn giám sát NKBV trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban hành kèm theo Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/08/2017 của Bộ Y tế * Nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt thông tiểu là một trong 4 loại NKBV thường gặp nhất. Phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện giúp làm giảm NKBV ở NB có đặt ống thông tiểu, qua đó làm giảm NKBV nói chung ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nội dung đánh giá** | **Kết quả** | **Tiêu chí đánh giá** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B7.1. Mọi BS và ĐD trong khoa đều được đào tạo phòng ngừa CAUTI | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo lưu giữ tại khoa/kiểm tra BS và ĐD cho thấy mọi BS và ĐD đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có BS hoặc ĐD chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** BS và ĐD trong khoa hoàn toàn chưa được đào tạo |
| B7.2. Mọi đối tượng học viên học tập tại khoa đều được đào tạo phòng ngừa CAUTI | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra học viên cho thấy mọi học viên học tại khoa đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có học viên chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** Học viên học tại khoa hoàn toàn chưa được đào tạo  - **Không thích hợp:** Khi trong năm khoa không có học viên học tập tại khoa |
| B7.3. Việc đào tạo phòng ngừa CAUTI cho BS và ĐD được thực hiện hàng năm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo lưu giữ tại khoa trong 3 năm gần nhất và kiểm tra BS và ĐD cho thấy BS và ĐD được đào tạo hàng năm  - **Chưa đạt:** 3 năm gần nhất có năm không thực hiện  - **Chưa triển khai:** 3 năm gần nhất không có năm nào thực hiện |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B7.4. Khoa có qui định, qui trình đặt và duy trì ống thông tiểu | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có bản qui định, qui trình đặt ống thông tiểu được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) có bản qui định, qui trình duy trì ống thông tiểu được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (3) nội dung qui định/qui trình đáp ứng yêu cầu phòng ngừa CAUTI  (4) kiểm tra thực tế thấy thực hiện theo đúng qui định, qui trình  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| B7.5. BS và ĐD mô tả đúng qui định, qui trình đặt ống thông tiểu | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi kiểm tra BS và ĐD bất kỳ đều mô tả đúng qui định, qui trình  - **Chưa đạt:** Có BS hoặc ĐD không mô tả đúng qui định, qui trình  - **Chưa triển khai:** Các BS và ĐD được kiểm tra đều không mô tả đúng qui định, qui trình |
| B7.6. BS và ĐD mô tả đúng qui định, qui trình duy trì ống thông tiểu | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi kiểm tra BS và ĐD bất kỳ đều mô tả đúng qui định, qui trình  - **Chưa đạt:** Có BS, ĐD không mô tả đúng QĐ/QT  - **Chưa triển khai:** Các BS, ĐD được kiểm tra đều không mô tả đúng qui định, qui trình |
| B7.7. Học viên thực tập tại khoa (**nếu có và được phép thực hiện**) mô tả đúng qui định, qui trình đặt ống thông tiểu | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Hỏi một số học viên bất kỳ đều mô tả đúng QĐ/QT  - **Chưa đạt:** Có học viên không mô tả đúng QĐ/QT  - **Chưa triển khai:** Các học viên được hỏi đều không mô tả đúng qui định, qui trình  - **Không thích hợp:** Không có học viên thực tập tại khoa tại thời điểm đánh giá |
| B7.8. Học viên thực tập tại khoa (**nếu có và được phép thực hiện**) mô tả đúng qui định, qui trình duy trì ống thông tiểu | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Hỏi một số học viên bất kỳ đều mô tả đúng QĐ/QT  - **Chưa đạt:** Có học viên không mô tả đúng QĐ/QT  - **Chưa triển khai:** Các học viên được hỏi đều không mô tả đúng qui định, qui trình  - **Không thích hợp:** Không có học viên thực tập tại khoa tại thời điểm đánh giá |
| B7.9. NB có đặt ống thông tiểu được đặt, duy trì ống thông tiểu đáp ứng yêu cầu phòng ngừa CAUTI | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc và kiểm tra trực tiếp NB có đặt ống thông tiểu hoặc hỏi NVYT cho thấy đạt cả 6 tiêu chí gồm  (1) đặt ống thông tiểu đúng chỉ định  (2) kích thước ống thông tiểu phù hợp  (3) có đánh giá hàng ngày về sự cần thiết duy trì ống thông tiểu  (4) ống dẫn nước tiểu không tắc, gập, túi nước tiểu được treo ở vị trí thích hợp  (5) nước tiểu được xả bỏ ít nhất mỗi 8 giờ  (6) nơi đặt ống thông tiểu được vệ sinh khử khuẩn hàng ngày  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 6 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 6 tiêu chí trên |
| B7.10. Hàng tháng, NVYT được giám sát tuân thủ QĐ/QT đặt ống thông tiểu | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa và hỏi NVYT cho thấy hàng tháng có thực hiện giám sát  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B7.11. Hàng tháng, NVYT được giám sát tuân thủ QĐ/QT duy trì ống thông tiểu | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa và hỏi NVYT cho thấy hàng tháng có thực hiện giám sát  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B7.12. Hàng tháng, NVYT được thông báo kết quả giám sát tuân thủ QĐ/QT đặt ống thông tiểu | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Có tổng kết và thông báo kết quả giám sát hàng tháng tới NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B7.13. Hàng tháng, NVYT được thông báo kết quả giám sát tuân thủ QĐ/QT duy trì ống thông tiểu | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Có tổng kết và thông báo kết quả giám sát hàng tháng tới NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B7.14. Trong 12 tháng qua, khoa có thực hiện giám sát phát hiện CAUTI ở NB có đặt ống thông tiểu | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có kế hoạch, công cụ, tiêu chuẩn chẩn đoán và phương pháp giám sát đáp ứng mục tiêu giám sát  (2) có tập huấn cho mọi thành viên tham gia giám sát  (3) có giám sát ở mọi NB có đặt ống thông tiểu trong giai đoạn giám sát  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện giám sát |
| B7.15. Hàng tháng tổng kết và thông báo kết quả giám sát CAUTI tới mọi NVYT trong khoa và các khoa phòng liên quan | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Trong giai đoạn giám sát có tổng kết và thông báo kết quả giám sát hàng tháng tới NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong suốt giai đoạn giám sát |
| B7.16. Hồ sơ đào tạo, giám sát phòng ngừa CAUTI được lưu giữ có hệ thống tại khoa | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo, giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy hồ sơ đào tạo, giám sát phát hiện CAUTI và giám sát phòng ngừa CAUTI được lưu giữ đầy đủ tại khoa  - **Chưa đạt:** Hồ sơ lưu giữ không đầy đủ  - **Chưa triển khai:** Hoàn toàn không lưu giữ hồ sơ |

|  |
| --- |
| **B8. Phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết liên quan đến đặt ống thông TMTT (CLABSI)** |

|  |  |
| --- | --- |
| □ Có đánh giá  □ Không đánh giá | Lý do không đánh giá: |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết trên người bệnh đặt catheter trong lòng mạch, ban hành kèm theo Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/09/2012 của Bộ Y tế * Hướng dẫn giám sát NKBV trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, ban hành kèm theo Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/08/2017 của Bộ Y tế * Nhiễm khuẩn huyết liên quan đến đặt thông tĩnh mạch trung tâm là một trong 4 loại NKBV thường gặp nhất và có nguy cơ gây tử vong cao. Phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết bệnh viện giúp làm giảm NKBV ở NB có đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm, qua đó làm giảm NKBV nói chung ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nội dung đánh giá** | **Kết quả** | **Tiêu chí đánh giá** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B8.1. Mọi BS và ĐD trong khoa đều được đào tạo phòng ngừa CLABSI | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo lưu giữ tại khoa/kiểm tra NVYT cho thấy mọi BS và ĐD đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có BS hoặc ĐD chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** BS và ĐD trong khoa hoàn toàn chưa được đào tạo |
| B8.2. Mọi đối tượng học viên học tập tại khoa đều được đào tạo phòng ngừa CLABSI | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra học viên cho thấy mọi học viên học tại khoa đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có học viên chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** Học viên học tại khoa hoàn toàn chưa được đào tạo  - **Không thích hợp:** Khi trong năm khoa không có học viên học tập tại khoa |
| B8.3. Việc đào tạo phòng ngừa CLABSI cho BS và ĐD được thực hiện hàng năm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo trong 3 năm gần nhất và kiểm tra BS và ĐD cho thấy BS và ĐD được đào tạo hàng năm  - **Chưa đạt:** 3 năm gần nhất có năm không thực hiện  - **Chưa triển khai:** 3 năm gần nhất không có năm nào thực hiện |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B8.4. Khoa có qui định, qui trình đặt và duy trì ống thông TMTT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có bản qui định, qui trình đặt ống thông TMTT được giám đốc BV phê duyệt  (2) có bản qui định, qui trình duy trì ống thông TMTT được giám đốc BV phê duyệt  (3) nội dung qui định/qui trình đáp ứng yêu cầu phòng ngừa CLABSI  (4) kiểm tra thực tế thấy thực hiện theo đúng qui định, qui trình  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| B8.5. BS và ĐD mô tả đúng qui định, qui trình đặt ống thông TMTT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi hỏi BS và ĐD bất kỳ đều mô tả đúng qui định, qui trình  - **Chưa đạt:** Có BS hoặc ĐD không mô tả đúng qui định, qui trình  - **Chưa triển khai:** Các BS và ĐD được hỏi đều không mô tả đúng qui định, qui trình |
| B8.6. BS và ĐD mô tả đúng qui định, qui trình duy trì ống thông TMTT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi hỏi BS và ĐD bất kỳ đều mô tả đúng qui định, qui trình  - **Chưa đạt:** Có BS hoặc ĐD không mô tả đúng qui định, qui trình  - **Chưa triển khai:** Các BS và ĐD được hỏi đều không mô tả đúng qui định, qui trình |
| B8.7. Học viên thực tập tại khoa (**nếu có và được phép thực hiện**) mô tả đúng qui định, qui trình đặt ống thông TMTT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Hỏi một số học viên bất kỳ đều mô tả đúng QĐ/QT  - **Chưa đạt:** Có học viên không mô tả đúng QĐ/QT  - **Chưa triển khai:** Các học viên được hỏi đều không mô tả đúng qui định, qui trình  - **Không thích hợp:** Không có học viên thực tập tại khoa tại thời điểm đánh giá |
| B8.8. Học viên thực tập tại khoa (**nếu có và được phép thực hiện**) mô tả đúng qui định, qui trình duy trì ống thông TMTT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Hỏi một số học viên bất kỳ đều mô tả đúng QĐ/QT  - **Chưa đạt:** Có học viên không mô tả đúng QĐ/QT  - **Chưa triển khai:** Các học viên được hỏi đều không mô tả đúng qui định, qui trình  - **Không thích hợp:** Không có học viên thực tập tại khoa tại thời điểm đánh giá |
| B8.9. Mọi NB có đặt ống thông TMTT được tắm hàng ngày bằng xà phòng thường hoặc xà phòng diệt khuẩn | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra NB có đặt ống thông TMTT và hỏi NVYT cho thấy đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT tắm hàng ngày cho mọi NB có đặt ống thông TMTT được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) có đầy đủ phương tiện cho NB tắm (xà phòng, khăn tắm, quần áo, ga giường để thay sau khi tắm)  (3) hỏi NB, người nhà NB và NVYT cho thấy NB được tắm hàng ngày  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| B8.10. Mọi NB có đặt ống thông TMTT được áp dụng gói phòng ngừa CLABSI | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra bệnh án, phiếu chăm sóc, kiểm tra thực tế hoặc hỏi NVYT cho thấy đạt cả 7 tiêu chí gồm  (1) lựa chọn vị trí đặt catheter tối ưu (tĩnh mạch dưới đòn)  (2) áp dụng che chắn tối đa khi đặt  (3) sát khuẩn da vị trí đặt bằng dung dịch cồn chứa chlorhexidine gluconate hoặc iodine  (4) tuân thủ VST thường qui khi tiếp cận đường truyền trung tâm và khi chăm sóc NB  (5) sát khuẩn các cổng kết nối (port) và cổng trung tâm (hub) mỗi khi tiếp cận  (6) chăm sóc chân ống thông TMTT hàng ngày  (7) đánh giá hàng ngày về sự cần thiết duy trì đường truyền TMTT  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 7 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 7 tiêu chí trên |
| B8.11. Hàng tháng, NVYT được giám sát tuân thủ QĐ/QT đặt ống thông TMTT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy hàng tháng có thực hiện giám sát  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B8.12. Hàng tháng, NVYT được giám sát tuân thủ QĐ/QT duy trì ống thông TMTT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy hàng tháng có thực hiện giám sát  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B8.13. Hàng tháng, NVYT được thông báo kết quả giám sát tuân thủ QĐ/QT đặt ống thông TMTT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Có tổng kết và thông báo kết quả giám sát hàng tháng tới NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B8.14. Hàng tháng, NVYT được thông báo kết quả giám sát tuân thủ QĐ/QT duy trì ống thông TMTT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Có tổng kết và thông báo kết quả giám sát hàng tháng tới NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B8.15. Trong 12 tháng qua, khoa có thực hiện giám sát phát hiện CLABSI ở NB có đặt ống thông TMTT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có kế hoạch, công cụ, tiêu chuẩn chẩn đoán và phương pháp giám sát đáp ứng mục tiêu giám sát  (2) có tập huấn cho mọi thành viên tham gia giám sát  (3) có giám sát ở mọi NB có đặt ống thông TMTT trong giai đoạn giám sát  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện giám sát |
| B8.16. Hàng tháng, tổng kết và thông báo kết quả giám sát CLABSI tới mọi NVYT trong khoa và các khoa phòng liên quan | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Trong giai đoạn giám sát có tổng kết và thông báo kết quả giám sát hàng tháng tới NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng (trong giai đoạn giám sát)  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong suốt giai đoạn giám sát |
| B8.17. Hồ sơ đào tạo, giám sát phòng ngừa CLABSI được lưu giữ có hệ thống tại khoa | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Hồ sơ đào tạo, giám sát phát hiện CLABSI, giám sát phòng ngừa CLABSI được lưu giữ đầy đủ tại khoa  - **Chưa đạt:** Hồ sơ lưu giữ không đầy đủ  - **Chưa triển khai:** Hoàn toàn không lưu giữ hồ sơ |

|  |
| --- |
| **B9. Phòng ngừa viêm phổi bệnh viện ở NB có thông khí hỗ trợ** |

|  |  |
| --- | --- |
| □ Có đánh giá  □ Không đánh giá | Lý do không đánh giá: |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Hướng dẫn phòng ngừa viêm phổi bệnh viện trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, ban hành kèm theo Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/09/2012 của Bộ Y tế * Hướng dẫn giám sát NKBV trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, ban hành kèm theo Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/08/2017 của Bộ Y tế * Viêm phổi bệnh viện ở NB có thông khí hỗ trợ là một trong 4 loại NKBV thường gặp nhất và có nguy cơ gây tử vong cao. Phòng ngừa viêm phổi bệnh viện giúp làm giảm NKBV ở NB có thông khí hỗ trợ, qua đó làm giảm NKBV nói chung ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nội dung đánh giá** | **Kết quả** | **Tiêu chí đánh giá** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B9.1. Mọi BS và ĐD trong khoa đều được đào tạo phòng ngừa VPBV ở NB có thông khí hỗ trợ | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra BS và ĐD cho thấy mọi BS và ĐD đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có BS hoặc ĐD chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** BS và ĐD trong khoa hoàn toàn chưa được đào tạo |
| B9.2. Mọi đối tượng học viên học tập tại khoa đều được đào tạo phòng ngừa VPBV ở NB có thông khí hỗ trợ | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra học viên cho thấy mọi học viên học tại khoa đều được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có học viên chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** Học viên học tại khoa hoàn toàn chưa được đào tạo  - **Không thích hợp:** Khi trong năm khoa không có học viên học tập tại khoa |
| B9.3. Việc đào tạo phòng ngừa VPBV ở NB có thông khí hỗ trợ cho BS và ĐD được thực hiện hàng năm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo trong 3 năm gần nhất và kiểm tra BS và ĐD cho thấy BS và ĐD được đào tạo hàng năm  - **Chưa đạt:** 3 năm gần nhất có năm không thực hiện  - **Chưa triển khai:** 3 năm gần nhất không có năm nào thực hiện |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B9.4. Khoa có qui định, qui trình về các thủ thuật can thiệp đường thở | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có bản QĐ/QT thực hiện các thủ thuật can thiệp đường thở được giám đốc BV phê duyệt  (2) có bản QĐ/QT duy trì, chăm sóc các thủ thuật can thiệp đường thở được giám đốc BV phê duyệt  (3) nội dung QĐ/QT đáp ứng yêu cầu phòng ngừa VPBV ở NB có thông khí hỗ trợ  (4) kiểm tra thực tế thấy thực hiện theo QĐ/QT  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| B9.5. BS và ĐD mô tả đúng qui định, qui trình thực hiện các thủ thuật can thiệp đường thở | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** khi hỏi BS và ĐD bất kỳ đều mô tả đúng qui định, qui trình  - **Chưa đạt:** Có BS hoặc ĐD không mô tả đúng qui định, qui trình  - **Chưa triển khai:** Các BS và ĐD được hỏi đều không mô tả đúng qui định, qui trình |
| B9.6. BS và ĐD mô tả đúng qui định, qui trình duy trì, chăm sóc các thủ thuật can thiệp đường thở | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** khi hỏi BS và ĐD bất kỳ đều mô tả đúng qui định, qui trình  - **Chưa đạt:** Có BS hoặc ĐD không mô tả đúng qui định, qui trình  - **Chưa triển khai:** Các BS và ĐD được hỏi đều không mô tả đúng qui định, qui trình |
| B9.7. Học viên thực tập tại khoa (**nếu có và được phép thực hiện**) mô tả đúng QĐ/QT thực hiện các thủ thuật can thiệp đường thở | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Hỏi một số học viên bất kỳ đều mô tả đúng QĐ/QT  - **Chưa đạt:** Có học viên không mô tả đúng QĐ/QT  - **Chưa triển khai:** Các học viên được hỏi đều không mô tả đúng qui định, qui trình  - **Không thích hợp:** Không có học viên thực tập tại khoa tại thời điểm đánh giá |
| B9.8. Học viên thực tập tại khoa (**nếu có và được phép thực hiện**) mô tả đúng QĐ/QT duy trì, chăm sóc các thủ thuật can thiệp đường thở | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Hỏi một số học viên bất kỳ đều mô tả đúng QĐ/QT  - **Chưa đạt:** Có học viên không mô tả đúng QĐ/QT  - **Chưa triển khai:** Các học viên được hỏi đều không mô tả đúng qui định, qui trình  - **Không thích hợp:** Không có học viên thực tập tại khoa tại thời điểm đánh giá |
| B9.9. Hàng ngày, mọi NB có thông khí hỗ trợ được vệ sinh, khử khuẩn răng miệng bằng dung dịch chứa chlorhexidine | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra những NB có thông khí hỗ trợ và hỏi NVYT cho thấy đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có QĐ/QT vệ sinh, khử khuẩn răng miệng cho mọi NB có thông khí hỗ trợ được giám đốc BV phê duyệt  (2) có đầy đủ phương tiện vệ sinh, khử khuẩn răng miệng (dung dịch chứa chlorhexidine 0,12-0,15%, bàn chải, cốc)  (3) hỏi NB, người nhà NB và NVYT cho thấy NB có thông khí hỗ trợ được vệ sinh, khử khuẩn răng miệng hàng ngày  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| B9.10. Mọi NB thở máy được triển khai các biện pháp phòng ngừa VPBV | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc và hỏi NVYT cho thấy ngoài vệ sinh, khử khuẩn răng miệng hàng ngày bằng dung dịch chứa chlorhexidine, mọi NB thở máy đạt cả 5 tiêu chí gồm  (1) giữ đầu cao 30 – 45 độ  (2) duy trì áp lực cuff phù hợp  (3) hạn chế dùng thuốc an thần, cắt an thần vào ban ngày  (4) dự phòng loét dạ dày, hành tá tràng  (5) đánh giá hàng ngày về việc cần tiếp tục duy trì thở máy, cai máy thở hoặc ngừng thở máy  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 5 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 5 tiêu chí trên |
| B9.11. Hàng tháng giám sát tuân thực hành phòng ngừa VPBV ở NB có thông khí hỗ trợ | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát cho thấy hàng tháng có thực hiện giám sát ở NB có thông khí hỗ trợ  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B9.12. Hàng tháng, NVYT được thông báo kết quả giám sát tuân thủ thực hành phòng ngừa VPBV ở NB có thông khí hỗ trợ | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Có tổng kết và thông báo kết quả giám sát hàng tháng tới mọi NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B9.13. Trong 12 tháng qua, khoa có thực hiện giám sát phát hiện VPBV ở NB có thông khí hỗ trợ | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có kế hoạch, công cụ, tiêu chuẩn chẩn đoán và phương pháp giám sát đáp ứng mục tiêu giám sát  (2) có tập huấn cho mọi thành viên tham gia giám sát  (3) có giám sát ở mọi NB có thông khí hỗ trợ trong giai đoạn giám sát  - **Chưa đạt:** Không đạt 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện giám sát |
| B9.14. Hàng tháng, tổng kết và thông báo kết quả giám sát VPBV ở NB có thông khí hỗ trợ tới mọi NVYT trong khoa và các khoa phòng liên quan | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Trong giai đoạn giám sát có tổng kết và thông báo kết quả giám sát hàng tháng tới mọi NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong suốt giai đoạn giám sát |
| B9.15. Hồ sơ đào tạo, giám sát VPBV và giám sát tuân thủ thực hành phòng ngừa VPBV ở NB có thông khí hỗ trợ được lưu giữ có hệ thống tại khoa | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Hồ sơ đào tạo, giám sát VPBV và giám sát tuân thủ thực hành phòng ngừa VPBV ở NB có thông khí hỗ trợ được lưu giữ đầy đủ tại khoa  - **Chưa đạt:** Hồ sơ lưu giữ không đầy đủ  - **Chưa triển khai:** Hoàn toàn không lưu giữ hồ sơ |

|  |
| --- |
| **B10. Phòng ngừa lây truyền các vi sinh vật đa kháng thuốc** |

|  |  |
| --- | --- |
| □ Có đánh giá  □ Không đánh giá | Lý do không đánh giá: |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Thông tư số 16/2018/TT-BYT ngày 20/07/2018 qui định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh Các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn của BYT * Các vi sinh vật đa kháng thuốc là tác nhân phổ biến gây NKBV, khó điều trị và gây tỉ lệ tử vong cao. * Phòng ngừa lây truyền các vi sinh vật đa kháng thuốc giúp giảm NKBV, giảm tỉ lệ tử vong ở NB mắc NKBV |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nội dung đánh giá** | **Kết quả** | **Tiêu chí đánh giá** |
| B10.1. Mọi NVYT được huấn luyện đào tạo qui định, qui trình cách ly, phòng ngừa lây truyền VSV đa kháng thuốc | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra NVYT cho thấy mọi NVYT đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có NVYT chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** NVYT trong khoa hoàn toàn chưa được đào tạo |
| B10.2. Mọi đối tượng học viên học tập tại khoa được huấn luyện đào tạo QĐ/QT cách ly, phòng ngừa lây truyền VSV đa kháng thuốc | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra học viên cho thấy mọi học viên học tại khoa đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có học viên chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** Học viên học tại khoa hoàn toàn chưa được đào tạo  - **Không thích hợp:** Khi trong năm khoa không có học viên học tập tại khoa |
| B10.3. Việc đào tạo, huấn luyện QĐ/QT cách ly, phòng ngừa lây truyền VSV đa kháng thuốc cho NVYT được thực hiện hàng năm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo trong 3 năm gần nhất và kiểm tra NVYT cho thấy NVYT được đào tạo hàng năm  - **Chưa đạt:** 3 năm gần nhất có năm không thực hiện  - **Chưa triển khai:** 3 năm gần nhất không có năm nào thực hiện |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B10.4. Thực hiện giám sát phát hiện VSV đa kháng thuốc | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có kế hoạch, công cụ, tiêu chuẩn chẩn đoán và phương pháp giám sát phát hiện VSV đa kháng thuốc  (2) có tập huấn cho thành viên tham gia giám sát  (3) có thực hiện giám sát VSV đa kháng thuốc theo đúng kế hoạch  (4) thông báo kịp thời những NB mang/mắc VSV đa kháng thuốc cho khoa lâm sàng và khoa/tổ KSNK  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện giám sát |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B10.5. Mọi NB mắc VSV đa kháng thuốc được cách ly theo đúng qui định, qui trình | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra thực tế, hỏi NVYT cho thấy đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) mọi NB mắc VSV đa kháng kháng sinh đều được cách ly  (2) NB được cách ly ở buồng riêng hoặc khu vực riêng có biển báo ngăn cách nêu rõ các biện pháp cách ly cần áp dụng  (3) NVYT và NB tuân thủ đúng qui định cách ly  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  **- Chưa triển khai:** Không thực hiện cách ly hoặc không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| B10.6. Hàng tháng giám sát NVYT tuân thủ QĐ/QT cách ly NB mắc VSV đa kháng thuốc | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát cho thấy hàng tháng có thực hiện giám sát  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B10.7. Hàng tháng, tổng kết và thông báo kết quả giám sát tuân thủ QĐ/QT cách ly NB đa kháng thuốc tới NVYT | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Có tổng kết và thông báo kết quả giám sát hàng tháng tới mọi NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B10.8. Hồ sơ đào tạo, giám sát phòng ngừa lây truyền các vi sinh vật đa kháng thuốc được lưu giữ có hệ thống tại khoa | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Hồ sơ đào tạo, giám sát được lưu giữ đầy đủ tại khoa  - **Chưa đạt:** Hồ sơ lưu giữ không đầy đủ  - **Chưa triển khai:** Hoàn toàn không lưu giữ hồ sơ |
| **B11. Phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| □ Có đánh giá  □ Không đánh giá | Lý do không đánh giá: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ, ban hành kèm theo Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/09/2012 của Bộ Y tế * Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa gây mê hồi sức, Hướng dẫn xử lý dụng cụ phẫu thuật nội soi và xử lý ống nội soi mềm, Hướng dẫn thực hành vệ sinh tay trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, ban hành kèm theo Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/08/2017 của Bộ Y tế * Hướng dẫn vệ sinh môi trường bề mặt khu phẫu thuật, ban hành kèm theo Quyết định số 4290/QĐ-BYT ngày 15/10/2015 của Bộ Y tế * Hướng dẫn giám sát NKVM ban hành kèm theo Quyết định số 1526/QĐ-BYT ngày 24/03/2023 của Bộ Y tế * Nhiễm khuẩn vết mổ là một trong 4 loại NKBV thường gặp nhất. Phòng ngừa NKVM giúp làm giảm NKBV ở NB phẫu thuật, qua đó làm giảm NKBV nói chung ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh | |
| B11.1. Mọi BS, ĐD và kỹ thuật viên tại các khoa thuộc hệ ngoại đều được đào tạo, huấn luyện qui định, qui trình phòng ngừa NKVM | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra NVYT cho thấy mọi BS, ĐD, KTV đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có BS, ĐD hoặc KTV chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** BS, ĐD và KTV hoàn toàn chưa được đào tạo |
| B11.2. Mọi đối tượng học viên học tập tại đều được đào tạo, huấn luyện phòng ngừa NKVM | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra học viên cho thấy mọi học viên học tại khoa đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có học viên chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** Học viên học tại khoa hoàn toàn chưa được đào tạo  - **Không thích hợp:** Khi trong năm không có học viên học tập tại khoa |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B11.3. Việc đào tạo, huấn luyện qui định, qui trình phòng ngừa NKVM cho NVYT được thực hiện hàng năm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo lưu giữ tại khoa trong 3 năm gần nhất và kiểm tra NVYT cho thấy NVYT được đào tạo hàng năm  - **Chưa đạt:** 3 năm gần nhất có năm không thực hiện  - **Chưa triển khai:** 3 năm gần nhất không có năm nào thực hiện |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B11.4. Người bệnh mổ phiên được chuẩn bị trước mổ đúng qui định | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi hỏi NB, người nhà NB và hỏi NVYT cho thấy đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) mọi NB đã được hướng dẫn và thực hiện tắm khử khuẩn trước mổ  (2) mọi NB có chỉ định loại bỏ lông được NVYT hướng dẫn và thực hiện loại bỏ lông đúng qui định  (3) mọi NB được làm sạch, khử khuẩn vùng dự kiến rạch da đúng qui định  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| B11.5. Khu phẫu thuật đảm bảo các điều kiện vô khuẩn theo qui định | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra khu phẫu thuật cho thấy đạt cả 8 tiêu chí gồm  (1) có phòng mổ cho các PT sạch và nhiễm riêng  (2) phòng mổ được vệ sinh khử khuẩn sau mỗi ca phẫu thuật, cuối mỗi ngày và cuối mỗi tuần  (3) dụng cụ, đồ vải phẫu thuật được tiệt khuẩn riêng cho mỗi phẫu thuật  (4) mọi gói dụng cụ, đồ vải phẫu thuật đều có đầy đủ các test kiểm soát chất lượng  (5) có đủ điều kiện, phương tiện cho VST ngoại khoa (phương pháp rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn hoặc khử khuẩn tay bằng dung dịch VST chứa cồn)  (6) có cồn VST ở mọi buồng PT cho VST thường qui  (7) mọi NVYT được thay quần áo và dép dành riêng cho khu phẫu thuật  (8) mọi NVYT ở trong các buồng PT tuân thủ đúng qui định mang phương tiện che chắn và PHCN  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 8 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 8 tiêu chí trên |
| B11.6. Sử dụng kháng sinh dự phòng ở người bệnh phẫu thuật đúng qui định | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra bệnh án và hỏi NVYT cho thấy đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) mọi PT sạch, sạch - nhiễm được tiêm KSDP trong vòng 1 giờ trước thời điểm rạch da (hoặc trong vòng 2 giờ với vancomycin hoặc fluoroquinolone)  (2) lựa chọn loại KSDP dựa trên bằng chứng hoặc theo khuyến cáo của BYT  (3) với NB đang dùng KS điều trị (ở PT nhiễm, bẩn) có điều chỉnh thời gian để đảm bảo tiêm KS trong vòng 1 giờ trước rạch da  (4) không dùng KSDP quá 24 giờ đối với PT sạch, sạch-nhiễm (48 giờ ở PT tim hở, các phẫu thuật có cấy ghép) ở NB không có bằng chứng nhiễm khuẩn  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| B11.7. Thực hiện các thực hành chăm sóc sau mổ đúng qui định | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ bệnh án và hỏi NVYT cho thấy đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) chỉ thay băng khi băng thấm máu/dịch, băng bị nhiễm bẩn hoặc khi mở băng kiểm tra vết mổ  (2) thay băng theo đúng qui trình vô khuẩn  (3) loại bỏ dẫn lưu vết mổ vào ngày 1 hoặc ngày 2 sau phẫu thuật trừ khi có lý do thích hợp phải kéo dài thời gian dẫn lưu vết mổ  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| B11.8. Thực hiện giám sát tuân thủ QĐ/QT phòng ngừa NKVM | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy đạt cả 5 tiêu chí gồm  (1) hàng tháng có thực hiện giám sát tuân thủ qui định chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật  (2) hàng tháng có thực hiện giám sát tuân thủ qui định sử dụng KSDP  (3) hàng tháng có thực hiện giám sát tuân thủ qui trình VST ngoại khoa  (4) hàng tháng có thực hiện giám sát tuân thủ vô khuẩn trong buồng phẫu thuật  (5) hàng tháng có thực hiện giám sát tuân thủ vệ sinh môi trường bề mặt buồng phẫu thuật  - **Chưa đạt:** Không thực hiện 1 trong 5 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện tiêu chí nào trong 5 tiêu chí trên |
| B11.9. Hàng tháng, NVYT được thông báo kết quả giám sát tuân thủ QĐ/QT phòng ngừa NKVM | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Có tổng kết và thông báo kết quả giám sát hàng tháng tới mọi NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm |
| B11.10. Thực hiện giám sát phát hiện NKVM | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có kế hoạch, công cụ, tiêu chuẩn chẩn đoán và phương pháp giám sát đáp ứng mục tiêu giám sát  (2) có tập huấn cho thành viên tham gia giám sát  (3) có giám sát NKVM ở mọi NB phẫu thuật thuộc đối tượng và trong giai đoạn giám sát  - **Chưa đạt:** Không đạt 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện giám sát |
| B11.11. Hàng tháng, tổng kết và thông báo kết quả giám sát NKVM tới mọi NVYT trong khoa và các khoa phòng liên quan | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Trong giai đoạn giám sát có tổng kết và thông báo kết quả giám sát hàng tháng tới mọi NVYT trong khoa và các khoa phòng liên quan  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng tháng (trong giai đoạn giám sát)  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong suốt giai đoạn giám sát |
| B11.12. Hồ sơ đào tạo, giám sát NKVM và giám sát tuân thủ thực hành phòng ngừa NKVM được lưu giữ có hệ thống tại khoa | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Hồ sơ đào tạo, giám sát NKVM và giám sát tuân thủ thực hành phòng ngừa NKVM được lưu giữ đầy đủ tại khoa  - **Chưa đạt:** Hồ sơ lưu giữ không đầy đủ  - **Chưa triển khai:** Hoàn toàn không lưu giữ hồ sơ |

**Phần C: Đánh giá mức độ triển khai công tác KSNK tại các khoa xét nghiệm**

|  |  |
| --- | --- |
| Căn cứ đánh giá và ý nghĩa | * Nghị định số 103/2016/NĐ – CP ban hành ngày 1/07/2016 của Thủ tướng Chính phủ qui định về đảm bảo an toàn sinh học tại phòng xét nghiệm * Thông tư số 41/2016/TT – BYT ban hành ngày 14/11/2016 của Bộ Y tế ban hành danh mục vi sinh vật gây bệnh truyền nhiễm theo nhóm nguy cơ và cấp độ an toàn sinh học phù hợp kỹ thuật xét nghiệm * Thông tư số 37/2017/TT – BYT ban hành ngày 25/09/2017 của Bộ Y tế qui định về thực hành đảm bảo an toàn sinh học trong phòng xét nghiệm * Các hướng dẫn KSNK của Bộ Y tế * Thực hành an toàn khi thực hiện các xét nghiệm bệnh phẩm chứa vi sinh vật gây bệnh truyền nhiễm giúp đảm bảo an toàn cho nhân viên xét nghiệm, cho khoa xét nghiệm và cho bệnh viện |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nội dung đánh giá** | **Kết quả** | **Tiêu chí đánh giá** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C1. Mọi NVYT trong khoa bao gồm cả nhân viên công ty vệ sinh (trường hợp BV ký hợp đồng dịch vụ VSCN) đều được đào tạo qui định, qui trình KSNK tại khoa xét nghiệm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo lưu giữ tại khoa/kiểm tra NVYT cho thấy mọi NVYT đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có NVYT chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** NVYT trong khoa hoàn toàn không được đào tạo |
| C2. Mọi đối tượng học viên học tập tại khoa đều được đào tạo QĐ/QT KSNK tại khoa xét nghiệm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo/kiểm tra học viên cho thấy mọi học viên đã được đào tạo  - **Chưa đạt:** Có học viên chưa được đào tạo  - **Chưa triển khai:** Học viên học tập tại khoa hoàn toàn không được đào tạo  - **Không thích hợp:** Khi trong năm khoa không có học viên học tập tại khoa |
| C3. Việc đào tạo qui định, qui trình KSNK tại khoa xét nghiệm cho NVYT được thực hiện hàng năm | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra hồ sơ đào tạo 3 năm gần nhất và kiểm tra NVYT cho thấy NVYT được đào tạo hàng năm  - **Chưa đạt:** 3 năm gần nhất có năm không thực hiện  - **Chưa triển khai:** 3 năm gần nhất không có năm nào thực hiện |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C4. Có đủ phương tiện VST và thực hiện vệ sinh tay đúng qui định | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra khoa, khu lấy bệnh phẩm xét nghiệm và kiểm tra NVYT cho thấy đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có sẵn phương tiện rửa tay (bồn, nước rửa tay, dung dịch xà phòng, khăn lau tay và qui trình rửa tay) ở mọi buồng xét nghiệm  (2) có sẵn phương tiện rửa tay và/hoặc dung dịch VST chứa cồn ở khu vực lấy bệnh phẩm xét nghiệm  (3) kiểm tra, giám sát cho thấy NVYT tuân thủ đúng thời điểm và kỹ thuật VST  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| C5. Có đủ phương tiện PHCN, NVYT mang/tháo bỏ phương tiện PHCN đúng qui định | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra khoa, khu lấy bệnh phẩm xét nghiệm và kiểm tra NVYT cho thấy đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có sẵn phương tiện PHCN cần thiết (mũ, khẩu trang, găng tay…) ở mọi buồng xét nghiệm  (2) có phương tiện PHCN cần thiết ở khu vực lấy bệnh phẩm xét nghiệm  (3) giám sát hoặc hỏi NVYT cho thấy NVYT tuân thủ đúng chỉ định và kỹ thuật mang/tháo bỏ phương tiện PHCN  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| C6. Có đủ phương tiện và thực hiện vệ sinh môi trường bề mặt đúng qui định | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra khoa, khu lấy mẫu xét nghiệm và kiểm tra NVYT cho thấy đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có sẵn phương tiện vệ sinh bề mặt (hóa chất và khăn lau) bàn, máy, thiết bị xét nghiệm ở mọi buồng xét nghiệm và khu vực lấy xét nghiệm  (2) có sẵn phương tiện vệ sinh bề mặt (hóa chất và khăn lau) bàn, máy, thiết bị xét nghiệm ở khu vực lấy bệnh phẩm xét nghiệm  (3) có phương tiện vệ sinh môi trường bề mặt (sàn nhà, tường, cửa ra vào…) sử dụng riêng cho từng khu vực trong khoa  (4) kiểm tra, giám sát thực tế tại khoa cho thấy các bề mặt được làm sạch, khử khuẩn trước và sau mỗi khi làm việc và đều sạch  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| C7. Có đủ phương tiện và thực hiện phân loại, thu gom chất thải rắn y tế đúng qui định | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra khoa, khu lấy mẫu xét nghiệm và kiểm tra NVYT cho thấy đạt cả 3 tiêu chí gồm  (1) có sẵn phương tiện thu gom chất thải sinh hoạt, chất thải lây nhiễm không sắc nhọn, chất thải lây nhiễm sắc nhọn ở mọi buồng xét nghiệm  (2) có sẵn phương tiện thu gom chất thải sinh hoạt, chất thải lây nhiễm không sắc nhọn, chất thải lây nhiễm sắc nhọn ở khu vực lấy mẫu xét nghiệm  (3) kiểm tra, giám sát thực tế cho thấy chất thải được phân loại và cô lập đúng qui định  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 3 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 3 tiêu chí trên |
| C8. Có phương tiện và thực hiện xử lý khử khuẩn chất thải rắn y tế lây nhiễm trước khi chuyển về nơi tập trung chất thải của bệnh viện | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Kiểm tra khoa cho thấy đạt cả 4 tiêu chí gồm  (1) có nơi dành riêng cho xử lý khử khuẩn chất thải rắn y tế lây nhiễm  (2) có thiết bị hấp chất thải với công suất đủ để xử lý chất thải lây nhiễm phát sinh trong khoa  (3) có sổ theo dõi mọi mẻ hấp khử khuẩn chất thải lây nhiễm  (4) chất thải trong khoa được vận chuyển tới nơi tập trung chất thải của bệnh viện tối thiểu 1 lần/ngày  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 4 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 4 tiêu chí trên |
| C.9. Thực hiện giám sát tuân thủ qui định, qui trình KSNK ở nhân viên y tế và tổng kết, thông báo kết quả hàng tháng | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Khi kiểm tra hồ sơ giám sát lưu giữ tại khoa cho thấy đạt cả 2 tiêu chí gồm  (1) có thực hiện giám sát thường xuyên, tối thiểu hàng tuần  (2) hàng tháng có tổng kết kết quả giám sát và thông báo tới mọi NVYT trong khoa  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 2 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 2 tiêu chí trên |
| C10. Khoa/phòng xét nghiệm vi sinh thực hiện đánh giá thực hành bảo đảm an toàn sinh học hàng quí theo nội dung Thông tư số 37/2017/TT-BYT ngày 25/9/2017 của Bộ Y tế | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Kiểm tra khoa/phòng xét nghiệm vi sinh đạt cả 5 tiêu chí gồm  (1) có các quy trình chuyên môn liên quan đến an toàn sinh học được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (2) có bộ tiêu chí đánh giá thực hành bảo đảm an toàn sinh học được giám đốc bệnh viện phê duyệt  (3) có thực hiện đánh giá thực hành bảo đảm an toàn sinh học hàng quí  (4) có thông báo kết quả đánh giá thực hành bảo đảm an toàn sinh học cho mọi NVYT trong khoa/phòng hàng quí  (5) có triển khai các biện pháp khắc phục ngay những “lỗi” không đảm bảo an toàn sinh học phát hiện qua đánh giá  - **Chưa đạt:** Không đạt 1 trong 5 tiêu chí trên  - **Chưa triển khai:** Không đạt cả 5 tiêu chí trên  - **Không thích hợp:** Khi bệnh viện không có khoa/phòng xét nghiệm vi sinh |
| C.11. Khoa/phòng xét nghiệm vi sinh thực hiện tổng kết vi khuẩn gây bệnh và mức độ kháng thuốc tối thiểu hàng quí | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai  □ Không thích hợp | **- Đạt:** Đạt khi có tổng kết và thông báo tới toàn bệnh viện hàng quí  - **Chưa đạt:** Không thực hiện hàng quí  - **Chưa triển khai:** Không thực hiện trong cả năm  - **Không thích hợp:** Khi bệnh viện không có khoa/phòng xét nghiệm vi sinh |
| C.12. Hồ sơ đào tạo, giám sát KSNK được lưu giữ có hệ thống tại khoa | □ Đạt  □ Chưa đạt  □ Chưa triển khai | **- Đạt:** Hồ sơ đào tạo, giám sát quản lý chất thải rắn y tế được lưu giữ đầy đủ tại khoa  - **Chưa đạt:** Hồ sơ lưu giữ không đầy đủ  - **Chưa triển khai:** Hoàn toàn không lưu giữ hồ sơ |

*Ngày tháng năm*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GIÁM ĐỐC**  **(Ký tên, đóng dấu)** | **THƯ KÝ ĐOÀN**  **(Ký tên)** | **TRƯỞNG ĐOÀN ĐÁNH GIÁ**  **(Ký tên)** |

**Phụ lục 1**

**HƯỚNG DẪN TỔ CHỨC ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG TRIỂN KHAI CÁC BIỆN PHÁP KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

***1) Thành lập đoàn đánh giá:***

Bệnh viện thành lập đoàn đánh giá với sự tham gia của lãnh đạo bệnh viện (trưởng đoàn), lãnh đạo và nhân viên khoa/bộ phận KSNK (thư ký đoàn), phòng Quản lý chất lượng, phòng Kế hoạch tổng hợp, phòng Điều dưỡng và đại diện lãnh đạo khoa lâm sàng, khoa xét nghiệm (nếu có).

***2) Xác định nội dung đưa vào đánh giá:***

a) Bệnh viện cần đánh giá đầy đủ các nội dung trên phiếu đánh giá thực trạng triển khai các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Phiếu chính thức), bao gồm các phần: Phần A (Đánh giá năng lực, mức độ hoạt động của hệ thống KSNK), Phần B (Đánh giá mức độ triển khai công tác KSNK tại các khoa lâm sàng, các nội dung từ B1 đến B6) và Phần C (Đánh giá mức độ triển khai công tác KSNK tại các khoa xét nghiệm).

b) Với những nội dung còn lại của Phần B (từ B7 đến B11), đoàn đánh giá căn cứ vào các thủ thuật, phẫu thuật và kỹ thuật nuôi cấy phân lập vi khuẩn có triển khai tại bệnh viện để xác định thêm những nội dung đưa vào đánh giá. Cụ thể như sau:

- Nếu bệnh viện hoàn toàn không triển khai thủ thuật đặt ống thông tiểu, đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm và các thủ thuật thông khí hỗ trợ (đặt nội khí quản, mở khí quản, thở máy) thì không đánh giá nội dung tương ứng theo trình tự là B7, B8 và B9. Tương tự, bệnh viện không triển khai phẫu thuật thì không đánh giá nội dung B11, bệnh viện không triển khai kỹ thuật nuôi cấy phân lập vi khuẩn và làm kháng sinh đồ thì không đánh giá nội dung B10. Ngược lại, bệnh viện có triển khai các kỹ thuật nào trong các kỹ thuật trên thì đưa những nội dung tương ứng vào đánh giá.

- Đoàn đánh giá cần tích dấu (x) vào ô “có đánh giá” hoặc “không đánh giá” và ghi rõ lý do không đánh giá vào dòng đầu tiên của mỗi nội dung này.

***3) Lựa chọn các khoa/phòng để đánh giá và một số lưu ý khi đánh giá:***

*a) Đánh giá năng lực, mức độ hoạt động của hệ thống KSNK (Phần A):* Tập trung đánh giá tại khoa/bộ phận KSNK, tại đơn vị tiệt khuẩn dụng cụ tập trung, đơn vị giặt là đồ vải tập trung, nơi tập trung chất thải rắn và nơi xử lý nước thải y tế. Để thuận lợi cho việc đánh giá những nội dung này, đoàn đánh giá cần tập trung đủ thành viên đoàn để đánh giá.

*b) Đánh giá mức độ triển khai công tác KSNK tại các khoa lâm sàng (Phần B):*

- Để đánh giá đúng, toàn diện mức độ triển khai công tác KSNK tại các khoa lâm sàng, đoàn đánh giá cần đánh giá độc lập ở tối thiểu 3 khoa lâm sàng trong đó bắt buộc đánh giá tại khoa HSTC và lựa chọn 1 khoa Ngoại, 1 khoa Nội bất kỳ để đánh giá. Nếu BV không có khoa HSTC thì đánh giá ở khoa Cấp cứu. Nếu BV không có khoa Ngoại (không triển khai phẫu thuật) thì lựa chọn bất kỳ một khoa khác để đánh giá thay thế.

- Tại mỗi khoa đánh giá lập 1 phiếu đánh giá riêng (Phần B), ghi tên khoa được đánh giá vào phiếu đánh giá. Khi đánh giá ở 1 khoa, nếu có nội dung không thể đánh giá được ở khoa đó thì lựa chọn thêm khoa khác có thể đánh giá được nội dung đó để đánh giá.

- Mỗi khoa được đánh giá lập 1 biên bản đánh giá riêng cho khoa đó (theo Phụ lục 2).

- Phiếu đánh giá và biên bản đánh giá ở 3 khoa là những hồ sơ không thể tách rời của quá trình đánh giá mức độ triển khai công tác KSNK của BV.

*c) Đánh giá mức độ triển khai công tác KSNK tại các khoa xét nghiệm (Phần C):*

Đánh giá ở khoa/phòng xét nghiệm Vi sinh. Nếu bệnh viện không có khoa/phòng xét nghiệm Vi sinh thì đánh giá ở 1 khoa xét nghiệm khác.

***4) Phương pháp đánh giá***

a) Bộ phiếu đánh giá gồm 3 phần (A, B và C). Mỗi phần có nhiều nội dung (ví dụ: A1 A2, A3…). Mỗi nội dung gồm nhiều tiểu mục (ví dụ: A1.1, A1.2, A1.3…). Mỗi tiểu mục có các tiêu chí đánh giá. Mỗi tiêu chí đánh giá áp dụng một hoặc nhiều phương pháp trong các phương pháp sau để đánh giá:

- Kiểm tra các bằng chứng từ hồ sơ lưu trữ, bệnh án điện tử, phần mềm quản lý, cổng thông tin của bệnh viện hoặc từ các bằng chứng do khoa KSNK và các khoa được kiểm tra, đánh giá cung cấp.

- Kiểm tra, giám sát thực tế tại các khoa lâm sàng, xét nghiệm, tại nơi xử lý nước thải y tế, khu lưu giữ tập trung chất thải rắn y tế, trung tâm tiệt khuẩn, giặt là.

- Phỏng vấn NVYT và NB/người nhà NB. Khi áp dụng phương pháp này cần phỏng vấn tối thiểu 3 người để đưa ra kết luận.

b) Khi đánh giá 1 tiểu mục, đánh giá lần lượt từng tiêu chí ghi trong cột “Tiêu chí đánh giá”. **Khoanh tròn vào những tiêu chí được đánh giá là đạt**.

c) Nhận định kết quả đánh giá một tiểu mục: Mỗi tiểu mục đánh giá ở 3 mức độ: **Đạt**, **chưa đạt** và **chưa triển khai**.

- Đạt: Khi có bằng chứng thực hiện đầy đủ tất cả những tiêu chí đánh giá. Nếu không có bằng chứng chứng minh thực hiện đầy đủ tất cả các tiêu chí đánh giá thì không được đánh giá là “Đạt” mà phải lựa chọn mức “chưa đạt”.

- Chưa đạt: Khi có triển khai nhưng không đạt toàn bộ những tiêu chí được nêu trong cột “Tiêu chí đánh giá”.

- Chưa triển khai: Khi chưa triển khai hoặc có triển khai nhưng không có tiêu chí nào được đánh giá là đạt.

d) Trong mỗi nội dung đánh giá có thể có một số tiêu chí được phân loại là “*Không thích hợp*” và sẽ không đánh giá. Những lý do để xác định phân loại là “Không thích hợp” được nêu rõ trong cột “Tiêu chí đánh giá” của tiểu mục đó.

e) Một số nội dung cần thu thập sẵn và là căn cứ để đánh giá:

- Hồ sơ đào tạo được lưu giữ tại khoa gồm (1) kế hoạch đào tạo (hoặc công văn của BV nhắc nhở các khoa tổ chức đào tạo KSNK cho NVYT), (2) tài liệu đào tạo (bài giảng hoặc qui định/qui trình của BYT, của BV), (3) kết quả đào tạo (danh sách NVYT được đánh giá kiến thức, bảng tổng kết kết quả đánh giá kiến thức (có thể 1 lần hoặc nhiều lần trong năm).

- Việc hướng dẫn KSNK cho NB, người nhà NB có thể thực hiện qua các hình thức: qua họp hội đồng người bệnh, NVYT hướng dẫn trực tiếp, người nhà NB hướng dẫn cho nhau. Nội dung hướng dẫn cần tập trung vào các câu hỏi (1) tại sao NB, người nhà NB phải thực hiện? (2) thực hiện bằng cách nào? (3) khi nào thì phải thực hiện? Hỏi tối thiểu 3 NB/người nhà NB để xác định họ có được NVYT hướng dẫn không.

- Hồ sơ giám sát tuân thủ thực hành KSNK gồm (1) Kế hoạch hoặc công văn của bệnh viện về triển khai giám sát KSNK, (2) phiếu giám sát tuân thủ thực hành KSNK do khoa tự thực hiện hoặc do khoa KSNK thực hiện tại khoa, (3) Bản thông báo kết quả giám sát hàng tháng về tuân thủ thực hành KSNK do khoa KSNK tổng kết có xác nhận của lãnh đạo BV.

- Hồ sơ giám sát NKBV gồm (1) Kế hoạch hoặc công văn của bệnh viện về triển khai giám sát NKBV, (2) danh sách NB được giám sát NKBV, (3) phiếu giám sát NKBV thực hiện tại khoa, (4) Bản thông báo kết quả giám sát hàng tháng về NKBV tại khoa do khoa KSNK tổng kết có xác nhận của lãnh đạo BV.

- Các biện pháp cải thiện VST (tiểu mục B1.12) gồm (1) trang bị thêm phương tiện VST, (2) tăng cường đào tạo VST cho NVYT, NB/người nhà NB, (3) tăng cường giám sát tuân thủ kỹ thuật, chỉ định VST, (4) tăng cường truyền thông VST, (5) áp dụng các biện pháp hành chính (cam kết VST, thưởng phạt liên quan tới tuân thủ thực hành VST…).

***5) Hướng dẫn điền phiếu đánh giá***

a) Mỗi bệnh viện cần hoàn thành 1 phiếu đánh giá chính thức: Điền đầy đủ kết quả đánh giá vào Phần A và Phần C của phiếu này; riêng kết quả đánh giá của Phần B, đoàn đánh giá cần cùng xem xét kết quả đánh giá ở 3 khoa theo từng tiêu chí theo nguyên tắc một tiêu chí đánh giá được đánh giá là “Đạt” khi tiêu chí đó đạt ở cả 3 khoa, “Chưa đạt” khi tiêu chí đó chưa đạt ở 1 hoặc 2 khoa và “Chưa triển khai” khi tiêu chí đó cả 3 khoa chưa triển khai.

b) Phiếu đánh giá sau khi hoàn thành cần được thư ký, trưởng đoàn đánh giá ký tên và được giám đốc bệnh viện ký, đóng dấu.

***6) Hướng dẫn điền thông tin trong biên bản đánh giá***

a) Mỗi BV căn cứ vào phiếu đánh giá chính thức để hoàn thiện biên bản đánh giá theo Phụ lục 3.

b) Phần thông tin chung về bệnh viện cần ghi đầy đủ thông tin về các kỹ thuật chính được triển khai tại bệnh viện (Mục 10): có/không triển khai và số lượng thực hiện trung bình/năm; các kết quả KSNK chính trong 12 tháng gần nhất (Mục 11).

c) Phần kết quả đánh giá chung (Mục 3.1) ghi rõ tổng số tiểu mục được đánh giá, tên (ký hiệu) các nội dung không đánh giá và lý do không đánh giá, tổn số tiểu mục được đánh giá “Đạt”, “Chưa đạt” và “Chưa thực hiện”.

d) Phần kết quả cụ thể của từng nội dung đánh giá (Mục 3.2): Mỗi nội dung đánh giá ghi rõ tổng số tiểu mục đánh giá, tổng số tiểu mục được đánh giá “Đạt”, “Chưa đạt” và “Chưa triển khai”.

e) Biên bản đánh giá sau khi hoàn thành cần được thư ký, trưởng đoàn đánh giá ký tên và được giám đốc bệnh viện ký, đóng dấu (phụ lục 3).

***7) Tổng hợp hồ sơ đánh giá để gửi báo cáo cơ quan quản lý cấp trên***

Hồ sơ đánh giá đầy đủ bao gồm (1) Quyết định thành lập đoàn đánh giá của bệnh viện, (2) Các kết quả đánh giá điền đầy đủ thông tin trên phiếu đánh giá chính thức và trên phiếu đánh giá tại 3 khoa lâm sàng kèm theo biên bản đánh giá theo Phụ lục 2 và Phụ lục 3.

***8) Hướng dẫn nhập số liệu online***

Sau khi hoàn thiện kết quả đánh giá trên phiếu chính thức, phiếu đánh giá tại 3 khoa lâm sàng kèm theo biên bản, bệnh viện PHẢI tiến hành nhập số liệu online theo đường dẫn: <https://ee-eu.kobotoolbox.org/x/VL9pWn7k> và hoàn tất việc nhập số liệu online mới được cho là hoàn tất đánh giá, cụ thể như sau:

a) Mỗi bệnh viện căn cứ vào phiếu đánh giá (chính thức) nhập dữ liệu phần Hành chính và phần A.

b) Phần B: nhập dữ liệu từ phiếu của từng khoa riêng lẻ. Sau mỗi khoa, nhấn vào dấu “+” cuối phần B để thêm khoa.

c) Nhập dữ liệu phần C từ phiếu đánh giá (chính thức)

d) Cuối cùng nhập thông tin người nhập dữ liệu

***9) Khi cần hỗ trợ về nội dung đánh giá hoặc cách nhập số liệu online***, tham gia nhóm zalo Hỗ trợ kỹ thuật - Đánh giá công tác KSNK bệnh viện theo đường dẫn sau: <https://zalo.me/g/ozjgbo445>

**Phụ lục 2**

**BIÊN BẢN ĐÁNH GIÁ TRIỂN KHAI CÔNG TÁC KSNK TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG**

**(Áp dụng cho đánh giá thực hiện KSNK tại một khoa lâm sàng)**

**I. Thông tin chung về khoa được đánh giá**

|  |  |
| --- | --- |
| Tên bệnh viện |  |
| Tên khoa lâm sàng |  |
| Họ và tên Trưởng khoa | Số điện thoại: |
| Số GB | GB kế hoạch: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GB thực kê: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Số NB hiện có: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tổng số NVYT hiện có: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Các kỹ thuật chính được triển khai tại khoa | 1. Phẫu thuật: □ Có □ Không Số PT trung bình/năm:\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Thông khí hỗ trợ: □ Có □ Không Số thủ thuật trung bình/năm:\_\_\_\_\_\_\_  3. Đặt ống thông TMTT: □ Có □ Không Số thủ thuật trung bình/năm:\_\_\_\_\_\_\_  4. Đặt ống thông tiểu: □ Có □ Không Số thủ thuật trung bình/năm:\_\_\_\_\_\_\_  5. Khử khuẩn MĐC: □ Có □ Không  6. Tiệt khuẩn DC: □ Có □ Không  7. Cách ly NB: □ Có □ Không |
| Tên khoa đánh giá bổ sung (nếu có) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Họ và tên trưởng khoa: Số điện thoại: |
| Nội dung đánh giá bổ sung |  |

**II. Thông tin đoàn đánh giá**

1. Số và trích yếu của Quyết định đoàn đánh giá:

2. Họ và tên trưởng đoàn đánh giá:

3. Họ và tên thư ký đoàn đánh giá:

4. Thành viên đoàn đánh giá:

**III. Tóm tắt kết quả đánh giá**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nội dung đánh giá (tổng số tiểu mục)** | **Tổng số tiểu mục đánh giá** | **Tổng số tiểu mục được đánh giá “Đạt”** | **Tổng số tiểu mục được đánh giá “Chưa đạt”** | **Tổng số tiểu mục được đánh giá “Chưa triển khai”** |
| **B) Đánh giá mức độ triển khai công tác KSNK tại các khoa lâm sàng (136 tiểu mục)** |  |  |  |  |
| B1) Vệ sinh tay (13 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B2) Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân (7 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B3) Khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế (12 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B4) Vệ sinh môi trường bề mặt (12 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B5) Quản lý chất thải rắn y tế (14 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B6) Phòng ngừa lây truyền các bệnh truyền nhiễm gây dịch (10 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B7) Phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt ống thông tiểu (16 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B8) Phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết liên quan tới đặt ống thông TMTT (17 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B9) Phòng ngừa viêm phổi bệnh viện ở NB có thông khí hỗ trợ (15 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B10) Phòng ngừa lây truyền các vi sinh vật đa kháng thuốc (8 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B11) Phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ (12 tiểu mục) |  |  |  |  |

**Những tồn tại chính cần cải thiện:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ngày tháng năm*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GIÁM ĐỐC**  **(Ký tên, đóng dấu)** | **THƯ KÝ ĐOÀN**  **(Ký tên)** | **TRƯỞNG ĐOÀN ĐÁNH GIÁ**  **(Ký tên)** |

**Phụ lục 3**

**BIÊN BẢN ĐÁNH GIÁ TRIỂN KHAI CÔNG TÁC KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN**

**(Áp dụng cho đánh giá KSNK toàn bệnh viện)**

**I. Thông tin đoàn đánh giá**

1. Số và trích yếu của Quyết định đoàn đánh giá:

2. Họ và tên trưởng đoàn đánh giá:

3. Họ và tên thư ký đoàn đánh giá:

4. Thành viên đoàn đánh giá:

1. Lãnh đạo khoa KSNK: Họ tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SĐT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Lãnh đạo phòng QLCL: Họ tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SĐT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Lãnh đạo phòng KHTH: Họ tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SĐT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Lãnh đạo phòng Điều dưỡng: Họ tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SĐT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Lãnh đạo các khoa lâm sàng, cận lâm sàng được đánh giá:

1. Khoa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SĐT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Khoa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SĐT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Khoa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SĐT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Khoa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SĐT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Khoa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SĐT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Khoa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SĐT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. Tóm tắt kết quả đánh giá**

***2.1. Kết quả đánh giá chung***

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Tổng số các tiểu mục được đánh giá | …………………/193 tiểu mục |
| 2. Tỉ lệ % các tiểu mục được đánh giá | ………………… % |
| 3. Tên (ký hiệu) các nội dung không đánh giá | Lý do không đánh giá |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 4. Tổng số tiểu mục được đánh giá mức “Đạt” | ……………….. tiểu mục |
| 5. Tổng số tiểu mục được đánh giá mức “Chưa đạt” | ……………….. tiểu mục |
| 6. Tổng số tiểu mục được đánh giá mức “Chưa triển khai” | …………………tiểu mục |

***2.2. Kết quả cụ thể của từng nội dung đánh giá***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nội dung đánh giá (tổng số tiểu mục)** | **Tổng số tiểu mục đánh giá** | **Tổng số tiểu mục đánh giá “Đạt”** | **Tổng số tiểu mục đánh giá “Chưa đạt”** | **Tổng số tiểu mục đánh giá “Chưa triển khai”** |
| **A) Đánh giá năng lực, mức độ hoạt động của hệ thống KSNK (45 tiểu mục)** |  |  |  |  |
| A1) thiết lập và hoàn thiện cơ sở hạ tầng thiết yếu của hệ thống KSNK (14 tiểu mục) |  |  |  |  |
| A2) ban hành, cập nhật các qui định, qui trình KSNK (17 tiểu mục) |  |  |  |  |
| A3) lập kế hoạch và tổ chức thực hiện công tác KSNK (10 tiểu mục) |  |  |  |  |
| A4) thực hiện cải tiến liên tục chất lượng KSNK (4 tiểu mục) |  |  |  |  |
| **B) Đánh giá mức độ triển khai công tác KSNK tại các khoa lâm sàng (136 tiểu mục)** |  |  |  |  |
| B1) Vệ sinh tay (13 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B2) Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân (7 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B3) Khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế (12 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B4) Vệ sinh môi trường bề mặt (12 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B5) Quản lý chất thải rắn y tế (14 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B6) Phòng ngừa lây truyền các bệnh truyền nhiễm gây dịch (10 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B7) Phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt ống thông tiểu (16 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B8) Phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết liên quan tới đặt ống thông TMTT (17 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B9) Phòng ngừa viêm phổi bệnh viện ở NB có thông khí hỗ trợ (15 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B10) Phòng ngừa lây truyền các vi sinh vật đa kháng thuốc (8 tiểu mục) |  |  |  |  |
| B11) Phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ (12 tiểu mục) |  |  |  |  |
| **C) Đánh giá mức độ triển khai công tác KSNK và ATSH tại các khoa xét nghiệm (12 tiểu mục)** |  |  |  |  |

**Những tồn tại chính cần cải thiện:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ngày tháng năm*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GIÁM ĐỐC**  **(Ký tên, đóng dấu)** | **THƯ KÝ ĐOÀN**  **(Ký tên)** | **TRƯỞNG ĐOÀN ĐÁNH GIÁ**  **(Ký tên)** |

**DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT**

|  |  |
| --- | --- |
| BB  BS | Buồng bệnh  Bác sỹ |
| BYT | Bộ Y tế |
| BV | Bệnh viện |
| CCĐT  CAUTI  CLABSI  ĐD | Chứng chỉ đào tạo  Catheter-Associated Urinary Tract Infection (nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan tới đặt ống thông tiểu)  Central Line-Associated Bloodstream Infections (nhiễm khuẩn huyết liên quan tới đặt đường truyền trung tâm)  Điều dưỡng |
| GB | Giường bệnh |
| HSTC | Hồi sức tích cực |
| KBCB  KHTH | Khám bệnh, chữa bệnh  Kế hoạch tổng hợp |
| KKTK  KS | Khử khuẩn, tiệt khuẩn  Kháng sinh |
| KSDP | Kháng sinh dự phòng |
| KSNK | Kiểm soát nhiễm khuẩn |
| MĐC | Mức độ cao |
| NCKH | Nghiên cứu khoa học |
| NB | Người bệnh |
| NKBV | Nhiễm khuẩn bệnh viện |
| NKVM | Nhiễm khuẩn vết mổ |
| NVYT | Nhân viên y tế |
| PHCN  PT | Phòng hộ cá nhân  Phẫu thuật |
| QĐ/QT  QLCL | Qui định, qui trình  Quản lý chất lượng |
| TMTT  TTXN  VPBV  VSCN | Tĩnh mạch trung tâm  Thủ thuật xâm nhập  Viêm phổi bệnh viện  Vệ sinh công nghiệp |
| VST | Vệ sinh tay |
| VSV | Vi sinh vật |
| WHO | World Health Organization (Tổ chức Y tế thế giới) |