

QUY ĐỊNH

Đảm bảo chế độ thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm trên “Nền tảng quản lý sức khỏe cộng đồng” tại BVĐK Vạn Phước

- Thực hiện công văn số 2524/SYT-NVY ngày 20/08/2025 của Sở Y tế về việc: Đảm bảo chế độ thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm trên “Nền tảng quản lý sức khỏe cộng đồng”.
- Giám đốc BVĐK Vạn Phước chỉ đạo các khoa/phòng/bộ phận thực hiện các nội dung sau:

1. Khoa khám bệnh:

- Cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm theo mẫu **Phụ lục 2** (biểu mẫu báo cáo trường hợp ca mắc bệnh truyền nhiễm) của phòng KHTH-QLCL bao gồm các thông tin: mã định danh cá nhân, số điện thoại liên hệ và địa chỉ nơi ở hiện tại đối với bệnh nhân tới khám/điều trị tại bệnh viện.
- Tổng hợp, báo cáo danh sách ca bệnh truyền nhiễm theo Thông tư 54/2015/TT-BYT ngày 28/12/2015 của Bộ Y tế và bệnh Chikungunya trước 8 giờ sáng mỗi ngày (Đính kèm **Phụ lục 1**: Danh sách Các bệnh truyền nhiễm báo cáo trong 24 giờ) về phòng KHTH-QLCL.
- Lưu trữ báo cáo tại khoa Khám bệnh.

2. Phòng KHTH-QLCL:

- Báo cáo Giám đốc danh sách bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm và bệnh Chikungunya trong 24 giờ, trình Giám đốc phê duyệt trước 9 giờ sáng mỗi ngày.
- Tuân thủ nghiêm việc thông tin báo cáo đầy đủ theo quy định kể cả thứ bảy, chủ nhật và ngày lễ tết các trường thông tin của trường hợp bệnh truyền nhiễm khám/điều trị tại bệnh viện lên “Nền tảng quản lý sức khỏe cộng đồng <https://quanlyskcd.medinet.org.vn> trước 10 giờ mỗi ngày.
- Lưu báo cáo của phòng KHTH-QLCL.

Trên đây là Quy định đảm bảo chế độ thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm trên “Nền tảng quản lý sức khỏe cộng đồng” tại BVĐK Vạn Phước, đề nghị các khoa/phòng/bộ phận liên quan nghiêm túc thực hiện. Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc đề nghị báo cáo về phòng KHTH-QLCL để được hỗ trợ kịp thời./.

(Đính kèm: **Phụ lục I**: Danh sách bệnh truyền nhiễm báo cáo trong 24 giờ và **Phụ lục II** biểu mẫu báo cáo trường hợp ca mắc bệnh truyền nhiễm theo TT 54/2015/TT-BYT ngày 28/12/2015 của Bộ Y tế)

Nơi nhận:

- Giám đốc.
- Các khoa/phòng/bộ phận.
- Lưu: VT, KHTH-QLCL



GIÁM ĐỐC

LÊ NGUYỄN QUẾ MINH



PHỤ LỤC 1

(Đính kèm Quyết định số 470 /QyĐ-BVĐKVP ngày 22/08 / 2025)

DANH MỤC CÁC BỆNH TRUYỀN NHIỄM PHẢI BÁO CÁO

(Ban hành kèm theo Thông tư số 54/2015/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2015 của Bộ Y tế)

1. Các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm phải báo cáo từng trường hợp bệnh ngay sau khi có chẩn đoán đảm bảo không muộn quá 24 giờ

TT	Tên bệnh	Nhóm	Mã ICD10
1	Bại liệt	A	A80
2	Bạch hầu	B	A36
3	Bệnh do liên cầu lợn ở người	B	B95
4	Cúm A(H5N1)	A	J10/A(H5N1)
5	Cúm A(H7N9)	A	J10/A(H7N9)
6	Dịch hạch	A	A20
7	Ê-bô-la (Ebolla)	A	A98.4
8	Lát-sa (Lassa)	A	A96.2
9	Mác-bớt (Marburg)	A	A98.3
10	Rubella (Rubeon)	B	B06
11	Sốt Tây sông Nin	A	A 92.3
12	Sốt vàng	A	A95
13	Sốt xuất huyết Dengue	B	A91
14	Sởi	B	B05
15	Tả	A	A00
16	Tay - chân - miệng	B	A08.4
17	Than	B	A22
18	Viêm đường hô hấp Trung đông do corona vi rút (MERS-CoV)	A	
19	Viêm màng não do não mô cầu	B	A39.0
20	Bệnh truyền nhiễm nguy hiểm mới nổi và bệnh mới phát sinh chưa rõ tác nhân gây bệnh	A	
21	Bệnh Chikungunya		A92.0



THÔNG TIN TRƯỜNG HỢP BỆNH TRUYỀN NHIỄM (Phụ lục 2)

✓ THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Mã bệnh nhân	Mã định danh cá nhân *		
Họ và tên bệnh nhân *	Ngày, tháng, năm sinh *	Giới tính * <input type="radio"/> Nữ <input type="radio"/> Nam	
Dân tộc *	Nghề Nghiệp *	Tên người bảo hộ *	Số điện thoại liên hệ *

✓ NƠI LÀM VIỆC / HỌC TẬP

Tên nơi làm việc/ học tập	Địa chỉ nơi làm việc/học tập
Tỉnh nơi làm việc/ học tập	Phường/Xã nơi làm việc học tập

✓ NƠI Ở HIỆN TẠI

Địa chỉ nơi ở *		
Tỉnh/ TP *	Phường/ xã *	Khu phố/Ấp

✓ THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ

Số hsba	Cơ sở điều trị *	Tỉnh/ thành phố cơ sở điều trị *
Hình thức điều trị *		
Chẩn đoán chính *		
Phân độ bệnh theo ICD (nếu có)		

Thông tin điều trị *

Không hỗ trợ hô hấp Thở oxy Thở NCPAP Thở máy IVIG

Chẩn đoán biến chứng *	Chẩn đoán bệnh kèm theo	
Bệnh nền	Ngày khởi phát *	Ngày nhập viện/khám *
Ngày ra viện/ chuyển viện/tử vong	Phân loại chẩn đoán *	Lấy mẫu xét nghiệm chẩn đoán
<input type="radio"/> Có thể <input type="radio"/> Nghi ngờ (lâm sàng) <input type="radio"/> Xác định phòng xét nghiệm <input type="radio"/> Không <input type="radio"/> Có		
Tình trạng tiêm chủng *		
<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/> Không rõ		

✓ THÔNG TIN ĐIỀU TRA DỊCH TỄ

Tiền sử dịch tễ			
Người điều tra dịch tễ	SĐT người điều tra dịch tễ	Đơn vị điều tra	Email đơn vị điều tra

✓ THÔNG TIN NGƯỜI BÁO CÁO

Đơn vị báo cáo	Tỉnh đơn vị báo cáo	Ngày báo cáo *
Bệnh viện Đa khoa Vạn Phước	Thành phố Hồ Chí Minh	
Người báo cáo *	SĐT người báo cáo *	Email người báo cáo *

