

THÔNG BÁO

V/v: tăng cường giám sát viêm phổi nặng do vi rút (SVP) tại BVĐK Vạn Phước

- Thực hiện công văn số 2167/TTKSBT-PCBTNCT ngày 12/05/2026 của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật- Phòng chống bệnh truyền nhiễm;
- Căn cứ Quyết định số 5372/QĐ-BYT ngày 24/12/2020 của Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn giám sát viêm phổi nặng do vi rút;
- Căn cứ Công văn số 4263/SYT-NVY ngày 02/4/2026 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh về việc tăng cường công tác phòng, chống dịch COVID-19 và giám sát chặt chẽ biến thể SARS-CoV-2 BA.3.2;
- Nhằm chủ động kịp thời, không để dịch bệnh lây lan trong bệnh viện, Giám đốc BVĐK Vạn Phước đề nghị các khoa lâm sàng triển khai thăm khám, giám sát các trường hợp nghi ngờ viêm phổi nặng do vi rút (SVP) đối với người bệnh đến khám và điều trị như sau:

1. Đối tượng giám sát

a. Các trường hợp viêm phổi nặng do vi rút (SVP): thỏa điều kiện như sau

- Sốt đột ngột $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (đo thân nhiệt bệnh nhân hoặc qua khai thác bệnh sử) VÀ.
- Khó thở (thở nhanh nông, thở gắng sức theo quan sát bác sĩ hoặc đo khí máu) và có chỉ định hô hấp hỗ trợ (thở oxy qua sonde, qua mask hoặc thở máy) VÀ.
- Hình ảnh X – quang có tổn thương hướng tới viêm phổi do vi rút VÀ.
- Bác sĩ trực tiếp điều trị nghĩ tới do căn nguyên vi rút.

b. Trường hợp bệnh nghi ngờ: Là trường hợp người bệnh đến khám, điều trị tại đơn vị có các triệu chứng sau:

- Sốt ($>38^{\circ}\text{C}$), ho, đau họng, viêm long đường hô hấp (có thể khó thở, đau ngực) VÀ
- Trong vòng 14 ngày trước khi khởi phát có một trong các yếu tố dịch tễ sau:
 - Tiếp xúc gần với gia cầm, chim ốm, chết hoặc chất thải của chúng trong quá trình nuôi, buôn bán, vận chuyển, giết mổ, chế biến, ăn tiết canh, thịt gia cầm bị bệnh chưa nấu chín,...
 - Có tiếp xúc gần với trường hợp bệnh nghi ngờ, trường hợp bệnh có thể hoặc trường hợp bệnh xác định cúm A (H5N1) trong quá trình làm việc, sinh hoạt, chăm sóc, giao tiếp.

2. Xử lý trường hợp nghi ngờ, người tiếp xúc:

- Đối với trường hợp nghi ngờ mắc bệnh cúm A (H5N1) phải được:

- Cách ly tại phòng khám bệnh truyền nhiễm.
 - Nếu trường hợp cần chuyển viện, nhân viên vận chuyển người bệnh phải được trang bị phòng hộ đầy đủ và phương tiện vận chuyển phải được xử lý đúng quy định theo hướng dẫn tại Quyết định số 1812/2005/QĐ-BYT ngày 23/5/2005 của Bộ Y tế về việc ban hành quy trình xử lý ổ dịch cúm A (H5N1).
- Đối với những người tiếp xúc với bệnh nhân hoặc người nghi ngờ mắc cúm A (H5N1):
- Lập danh sách.
 - Hướng dẫn theo dõi sức khỏe 14 ngày kể từ khi tiếp xúc lần cuối đối với người lớn và 21 ngày đối với trẻ em dưới 15 tuổi.
 - Hàng ngày phải đo nhiệt độ, thông báo ngay với trạm y tế nơi cư trú khi nhiệt độ trên 38°C hoặc có triệu chứng nghi ngờ mắc bệnh.
- 3. Thực hiện ghi nhận phiếu điều tra trường hợp bệnh viêm phổi nặng do vi rút (SVP):**
- Khoa khám bệnh thực hiện ghi nhận phiếu, báo cáo và nộp về phòng KHTH. Trưởng khoa khám bệnh có nhiệm vụ khai thác đầy đủ thông tin theo mẫu phiếu điều tra (Đính kèm phụ lục 1).
- 4. Phòng KHTH:**
- Giám sát, rà soát, tổng hợp phiếu điều tra từ khoa Khám bệnh theo quy định.
 - Báo cáo danh sách trường hợp SVP cho Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố theo mẫu Phụ lục 3 (Đính kèm).

Trên đây là Thông báo V/v: tăng cường giám sát viêm phổi nặng do vi rút (SVP) tại BVĐK Vạn Phước. Đề nghị các khoa/phòng nghiêm túc thực hiện./.

Nơi nhận:

- BGD;
- Các khoa, phòng;
- Lưu: VT, KHTH;



LÊ NGUYỄN QUÊ MINH

PHỤ LỤC 1

(Đính kèm TB số: 109 /TB-BVĐKVP ngày 19 / 05 /2026)

Mã số bệnh nhân: SVP/_/_/_/_ Số bệnh án #:

PHIẾU ĐIỀU TRA TRƯỜNG HỢP BỆNH VIÊM PHỔI NẶNG DO VI RÚT (SVP)

Đơn vị thực hiện giám sát:

Người điền phiếu: ĐT liên hệ:

Tên bệnh viện:

Ngày điều tra (ngày/tháng/năm):/...../.....

Khoa điều trị:

Bác sỹ điều trị trực tiếp: ĐT liên hệ:

Người trả lời: Bệnh nhân Người nhà bệnh nhân

Nếu người nhà, ghi rõ: Tên

Điện thoại liên hệ:

Định nghĩa trường hợp bệnh giám sát

Một trường hợp SVP phải có đầy đủ 4 tiêu chuẩn sau đây:

- Sốt;
- Khó thở và cần hỗ trợ hô hấp;
- Hình ảnh X-quang có tổn thương hướng tới viêm phổi do vi rút;
- Bác sỹ điều trị nghĩ tới do căn nguyên vi rút.

THÔNG TIN CHUNG

1. Họ tên bệnh nhân	Họ	Tên đệm	Tên gọi
2. Giới	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	3. Ngày sinh (ngày/tháng/năm)	/ /	4. Tuổi	_____ năm _____ tháng (nếu <2 tuổi)	
5. Địa chỉ nơi ở và nơi khởi phát	5.2. Địa chỉ nơi khởi phát					
5.1. Địa chỉ nơi ở hiện tại	<input type="checkbox"/> Cùng địa chỉ nơi ở hiện tại. Nếu khác ghi rõ:					6. Nghề nghiệp
Số nhà..... Tên đường	Số nhà: Tên đường
Khu phố/thôn/ấp:	Khu phố/thôn/ấp:					7. Dân tộc
Phường/xã:	Phường/xã:
Quận/huyện:	Quận/huyện:					
Tỉnh, thành phố:	Tỉnh, thành phố:					

CÁC BIỂU HIỆN LÂM SÀNG TỪ LÚC KHỞI PHÁT ĐẾN THỜI ĐIỂM ĐIỀU TRA

8. Ngày nhập viện (ngày/tháng/năm)	/ /	9. Ngày khởi phát (ngày/tháng/năm)	/ /
10. Tiền sử sốt	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	12. Ngày lấy mẫu	



11. Nhiệt độ	<input type="checkbox"/> _____ °C	(ngày/tháng/năm)	/ /
13. Khó thở	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Không rõ	Nếu có khó thở: 13.1. Không cần hỗ trợ hô hấp 13.2. Hô hấp hỗ trợ <input type="checkbox"/> Thở mask <input type="checkbox"/> Thở oxy qua sonde <input type="checkbox"/> Thở máy (đặt nội khí quản) <input type="checkbox"/> Thở áp lực dương qua mũi <input type="checkbox"/> Khác (ghi rõ):	
14. Ho	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Không rõ	15. Chẩn đoán sơ bộ (kèm bệnh lý nền và mạn tính):	
16. Đau họng	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Không rõ	17. Tiêm vắc xin phòng cúm trong vòng 12 tháng gần đây	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không rõ
18. Kết quả cận lâm sàng 18.1. X-quang phổi (gần thời điểm chẩn đoán SVP): <input type="checkbox"/> Có thực hiện Ngày chụp_ / _ / _ Kết quả (mô tả rõ): Ngày chụp_ / _ / _ Kết quả (mô tả rõ): <input type="checkbox"/> Không thực hiện			
18.2. Công thức máu (kết quả xét nghiệm gần thời điểm chẩn đoán SVP) Bạch cầu: /mm ³ Hồng cầu: /mm ³ Tiểu cầu: /mm ³ Hematocrite%			
19. Tên cơ sở y tế đã điều trị bệnh nhân Cơ sở 1: Ngày nhập viện:..... Ngày chuyển viện..... Cơ sở 2: Ngày nhập viện:..... Ngày chuyển viện..... Cơ sở 3: Ngày nhập viện:..... Ngày chuyển viện.....			
CÁC YẾU TỐ DỊCH TỄ (trong thời gian hai tuần trước khi khởi phát bệnh)			
20. Bệnh nhân có đi nước ngoài không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Không rõ	Nếu có, ghi cụ thể nước đã đi: Thời gian nào:	

21. Bệnh nhân có đi ra khỏi nơi cư trú không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không rõ	Nếu có, ghi cụ thể địa phương: Thời gian đi:
22. Bệnh nhân có tiếp xúc gần với người mắc hoặc tử vong do bệnh đường hô hấp cấp tính không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không rõ	
23. Bệnh nhân có là trường hợp bệnh thuộc chùm trường hợp bệnh hô hấp cấp tính không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không rõ	Nếu có, mô tả rõ chùm trường hợp bệnh (ở đâu, bao nhiêu trường hợp bệnh, hoàn cảnh xảy ra)	
<p>24. Bệnh nhân có tiếp xúc (<i>nuôi nhốt, chăm sóc, dọn dẹp chuồng trại, giết mổ, ăn thịt/sản phẩm động vật, bán thịt/ sản phẩm động vật, tiêu hủy, ...</i>) với một trong các động vật sau đây không?</p> <p><input type="checkbox"/> Lợn (heo) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không rõ</p> <p><input type="checkbox"/> Gia cầm (gà, vịt, ngan, ngỗng, ...): <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không rõ</p> <p><input type="checkbox"/> Chim: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không rõ</p> <p><input type="checkbox"/> Động vật ăn cỏ (trâu, bò, dê, cừ) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không rõ</p> <p><input type="checkbox"/> Các loài khác (ghi rõ):..... <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không rõ</p> <p><i>Nếu có tiếp xúc với các động vật trên, mô tả rõ về thời gian, địa điểm, hoàn cảnh tiếp xúc</i></p>		
<p>25. Các thông tin khác liên quan đến hoàn cảnh phát bệnh và yếu tố nguy cơ của trường hợp bệnh</p> <p>25.1. Các thông tin khác liên quan đến hoàn cảnh phát bệnh:</p> <p>25.2. Tình trạng sức khỏe, bệnh lý kèm theo:</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh đường hô hấp mạn tính;</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh tim mạch mạn tính;</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh đái tháo đường;</p> <p><input type="checkbox"/> Suy giảm miễn dịch;</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh lý khác (ghi rõ).....;</p> <p><input type="checkbox"/> Mang thai (nếu là nữ).</p>		
<p>KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM CĂN NGUYÊN VI RÚT:</p> <p><input type="checkbox"/> A(H1N1)09pdm <input type="checkbox"/> A(H3N2) <input type="checkbox"/> A(H5N1) <input type="checkbox"/> A(H7N9)</p> <p><input type="checkbox"/> Cúm B <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> MERS-CoV</p> <p><input type="checkbox"/> Khác (ghi rõ)_____ <input type="checkbox"/> Vi rút cúm khác chưa định được tít.</p> <p><input type="checkbox"/> Âm tính với tất cả các vi rút đường hô hấp được xét nghiệm.</p>		
<p>TÌNH TRẠNG CUỐI CÙNG</p> <p>1. Hồi phục ra viện, ghi rõ ngày xuất viện: ___ / ___ / _____</p> <p>2. Tử vong, ghi rõ ngày tử vong: ___ / ___ / _____</p> <p>3. Không theo dõi được.</p>		



Lãnh đạo đơn vị

Điều tra viên

PHỤ LỤC 3



(Đính kèm TB số 109 /TB-BVĐKVP ngày 19 / 05 /2026)

Giám sát viêm phổi nặng do vi rút

Tên đơn vị

BÁO CÁO DANH SÁCH TRƯỜNG HỢP SVP

TT	Mã số SVP	Họ và tên	Tuổi		Nghề nghiệp	Dân tộc	Địa chỉ (thôn, xã, huyện, tỉnh)	Chẩn đoán chính	Ngày khởi phát	Ngày nhập viện	Tên cơ sở điều trị	Ngày lấy mẫu	Đơn vị xét nghiệm	Loại xét nghiệm	Kết quả xét nghiệm	Ngày trả kết quả xét nghiệm	Ngày ra viện/chuyển viện/tử vong	Tình trạng khi ra viện
			Nam	Nữ														
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

Lãnh đạo đơn vị

Người báo cáo