

MÃ PHIẾU	Mã tỉnh		Mã huyện		Mã xã	

**BIỂU MẪU 1: THÔNG TIN VỀ CƠ SỞ VẬT CHẤT, TRANG THIẾT BỊ  
CỦA TRẠM Y TẾ XÃ NĂM 2014**

THÔNG TIN CHUNG	
Tỉnh	.....
Huyện	.....
Trạm y tế xã (Sau đây gọi tắt là TYT)	.....
Tên người cung cấp số liệu	.....
Số điện thoại	.....
Email	.....
Vị trí GPS (Nhóm nghiên cứu tự điền)	.....
Ngày cung cấp số liệu	Ngày ..... Tháng ..... Năm .....

A. CƠ SỞ VẬT CHẤT		
1.	Khoảng cách từ TYT tới Bệnh viện huyện	.....km
2.	Thời gian đi bằng ô tô từ TYT tới Bệnh viện huyện	.....phút
3.	Thời gian đi bằng ô tô từ TYT tới Bệnh viện tỉnh	.....phút
4.	Thời gian đi bằng ô tô từ TYT tới Sở Y tế	.....phút
5.	Diện tích đất hiện tại của TYT	.....m <sup>2</sup>
6.	Diện tích xây dựng TYT	.....m <sup>2</sup>
7.	Tổng số phòng chức năng của TYT	.....phòng
8.	Số giường lưu của TYT	.....
9.	Nguồn điện sử dụng thường xuyên của TYT (Chỉ chọn MỘT phương án)	1. Điện lưới 2. Máy phát điện 3. Khác (ghi rõ).....
10.	Nguồn điện dự phòng của TYT (Có thể chọn NHIỀU phương án)	1. Máy phát điện của địa phương 2. Máy phát điện của TYT 3. Điện gió, năng lượng mặt trời 4. Khác (ghi rõ)..... 5. Không có
11.	Trong 3 tháng qua, TYT có ngày nào không có điện liên tục từ 2h trở lên không?	1. Có 2. Không ➔ Chuyển câu 13
12.	Nếu có, trong 3 tháng có tổng cộng bao nhiêu ngày TYT gặp tình trạng đó?	..... ngày
13.	Nguồn nước sử dụng chính của TYT	1. Nước máy vào TYT

	(Chỉ chọn <b>MỘT</b> phương án)	2. Nước máy công cộng 3. Giếng khoan 4. Giếng đào được bảo vệ 5. Giếng đào không được bảo vệ 6. Nước khe/nước mố được bảo vệ 7. Nước khe/nước mố không được bảo vệ 8. Nước mưa (chai/bình/xi téc/xe thùng nhỏ)? 9. Nước mưa 10. Khác (ghi rõ).....
14.	Trong 3 tháng qua, TYT có ngày nào thiếu hoặc không có nước sử dụng không?	1. Có 2. Không → <b>Chuyển Câu 16</b>
15.	Nếu có, trong 3 tháng có tổng cộng bao nhiêu ngày TYT gặp tình trạng đó?	..... ngày
16.	TYT có bể dự trữ nước không ?	1. Có 2. Không
17.	Hiện nay TYT đang sử dụng loại nhà vệ sinh nào? (Có thể chọn <b>NHIỀU</b> phương án)	1. Hố xi tự hoại 2. Hố xí bán tự hoại 3. Khác, ghi rõ..... 4. Không có nhà vệ sinh
18.	TYT xử lý nước thải như thế nào? (Có thể chọn <b>NHIỀU</b> phương án)	1. Có hệ thống xử lý nước thải tập trung 2. Hố thấm 3. Thải trực tiếp ra hệ thống cống rãnh công cộng 4. Khác, ghi rõ .....
19.	TYT xử lý chất thải rắn y tế như thế nào? (Có thể chọn <b>NHIỀU</b> phương án)	1. Sử dụng lò đốt rác chuyên dụng 2. Đốt lộ thiên (trong khuôn viên TYT) 3. Đốt lộ thiên (ngoài khuôn viên TYT) 4. Chôn lấp (trong khuôn viên TYT) 5. Chôn lấp (ngoài khuôn viên TYT) 6. Hợp đồng với công ty môi trường /bệnh viện để xử lý 7. Khác, ghi rõ.....
20.	TYT có được hướng dẫn về quản lý rác thải y tế không?	1. Có 2. Không
21.	TYT có máy tính để quản lý thông tin và báo cáo không? (Chỉ chọn <b>MỘT</b> phương án)	1. Có và được kết nối Internet 2. Có nhưng không kết nối Internet 3. Không có

22.	TYT có điện thoại cố định không?	1. Có 2. Không
23.	TYT có điện thoại di động không? (Chỉ chọn MỘT phương án)	1. Có, điện thoại của TYT 2. Có, điện thoại của cán bộ 3. Không
24.	TYT có thiết bị liên lạc sóng ngắn, bộ đàm sử dụng được không?	1. Có 2. Không
25.	Khi có trường hợp cấp cứu thì TYTX chuyển bệnh nhân lên tuyến trên bằng cách nào? (Có thể chọn NHIỀU phương án)	1. Bằng xe cấp cứu của BV huyện/115 2. Bằng xe máy của Trạm 3. Bệnh nhân tự túc 4. Khác, ghi rõ.....

## B. TRANG THIẾT BỊ Y TẾ

TT	Tên thiết bị	Có/ Không (Nếu không, chuyển sang tên thiết bị kế tiếp)		Số lượng hiện đang hoạt động	Số lượng hiện không hoạt động được/hỏng
1.	Cân người lớn	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
2.	Cân trẻ em (độ chính xác 250g)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
3.	Cân trẻ sơ sinh (độ chính xác 100g)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
4.	Nhiệt kế	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
5.	Ống nghe	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
6.	Ống nghe tim thai	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
7.	Máy đo huyết áp	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
8.	Bình ô xy	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
9.	Bóng bóp	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
10.	Bộ rửa dạ dày	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
11.	Bàn đê/khám sản khoa	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
12.	Máy hút đờm rãi	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
13.	Nồi hấp/lò sấy tiệt trùng	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
14.	Tủ lạnh	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
15.	Hộp đá giữ lạnh	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
16.	Kính hiển vi	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....

**Xin chân thành cảm ơn anh/chị !**