

MÃ PHIẾU	Mã tỉnh	Mã huyện	Mã CSYT

**BIỂU MẪU 1: THÔNG TIN VỀ CƠ SỞ VẬT CHẤT, TRANG THIẾT BỊ
VÀ PHƯƠNG TIỆN VẬN CHUYỂN CẤP CỨU CỦA BỆNH VIỆN/TRUNG TÂM Y TẾ
HUYỆN/BỆNH VIỆN TỈNH/BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC NĂM 2014**

THÔNG TIN CHUNG	
Tỉnh	.....
Huyện	.....
Tên BVĐK huyện/TTYT huyện/BVĐK khu vực/BVĐK tỉnh (Sau đây gọi tắt là BV)	.....
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 Bệnh viện huyện tới BVĐK tỉnh	.....km
2.	Thời gian đi bằng ô tô từ Bệnh viện huyện tới BVĐK tỉnh	.....phút
3.	Thời gian đi bằng ô tô từ Bệnh viện huyện tới Sở Y tế	.....phút
4.	Diện tích đất hiện tại của Bệnh viện huyện	.....m ²
5.	Diện tích xây dựng	.....m ²
6.	Tổng diện tích xây dựng của khu vực chuyên môn (khoa KCB, khu nội trú, cận lâm sàng)	.....m ²
7.	Tổng số khoa lâm sàng của Bệnh viện huyện	.....khoa
8.	Nguồn điện sử dụng thường xuyên của Bệnh viện huyện (Chỉ chọn MỘT phương án)	1. Điện lưới 2. Máy phát điện 3. Khác (ghi rõ).....
9.	Nguồn điện dự phòng của Bệnh viện huyện (Có thể chọn NHIỀU phương án)	1. Máy phát điện của địa phương 2. Máy phát điện của bệnh viện 3. Điện gió, năng lượng mặt trời 4. Khác (ghi rõ)..... 5. Không có
10.	Trong 3 tháng qua, Bệnh viện huyện có ngày nào mất điện liên tục từ 2 tiếng trở lên không?	1. Có, mất điện toàn bộ bệnh viện 2. Có, nhưng một số khoa/phòng vẫn duy trì điện dự phòng

		3. Không → Chuyển câu 12
11.	Nếu có, trong 3 tháng có tổng cộng bao nhiêu ngày Bệnh viện huyện gặp tình trạng đó?	..... ngày
12.	Nguồn nước sử dụng chính của Bệnh viện huyện (Chỉ chọn MỘT phương án)	1. Nước máy vào Bệnh viện 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/xẻ thùng nhỏ)? 9. Nước mưa 10. Khác (ghi rõ).....
13.	Trong 3 tháng qua, Bệnh viện huyện có ngày nào thiếu hoặc không có nước sử dụng không?	1. Có 2. Không → Chuyển câu 16
14.	Nếu có, trong 3 tháng có tổng cộng bao nhiêu ngày Bệnh viện huyện gặp tình trạng thiếu hoặc không có nước đó?	..... ngày
15.	Trong những ngày thiếu/mất nước đó, Bệnh viện có bể dự trữ nước không?	1. Có 2. Không
16.	Các khoa KCB/điều trị hiện có nhà vệ sinh dùng được cho bệnh nhân không?	3. Có 4. Không
17.	Bệnh viện huyện xử lý nước thải như thế nào? (Có thể chọn NHIỀU phương án)	1. Có hệ thống xử lý nước thải tập trung 2. Chỉ xử lý nước thải từ các Labo 3. Thải trực tiếp ra hệ thống cống rãnh công cộng 4. Khác, ghi rõ
18.	Bệnh viện huyện xử lý chất thải rắn y tế như thế nào? (Có thể chọn NHIỀU phương án)	1. Sử dụng lò đốt rác chuyên dụng 2. Đốt lộ thiên (trong khuôn viên BV) 3. Đốt lộ thiên (ngoài khuôn viên BV) 4. Chôn lấp (trong khuôn viên BV) 5. Chôn lấp (ngoài khuôn viên BV) 6. Hợp đồng với công ty môi trường/bệnh viện để xử lý 7. Khác, ghi rõ
19.	Bệnh viện huyện có hướng dẫn về quản lý rác thải bệnh viện không?	1. Có 2. Không
20.	Hệ thống mạng LAN quản lý thông tin bệnh viện như thế nào? (Chỉ chọn MỘT phương án)	1. Đã áp dụng toàn BV 2. Chỉ một số bộ phận 3. Chưa áp dụng
21.	Bệnh viện huyện có phần mềm hoặc mô-đun để quản lý	1. Có

	bệnh nhân không?	2. Không
22.	Bệnh viện huyện có kết nối internet không ?	1. Có 2. Không
23.	Bệnh viện huyện có xe cứu thương để phục vụ bệnh nhân không (xe của Bệnh viện)? Nếu có là loại nào? (Chỉ chọn MỘT phương án)	1. Có, xe được trang bị đủ thiết bị → Chuyển câu 25 2. Có, xe cấp cứu thường → Chuyển câu 25 3. Không có
24.	Bệnh viện huyện có hợp đồng với đơn vị hoặc cá nhân khác về phương tiện vận chuyển cấp cứu không? Nếu có hợp đồng thì là loại phương tiện nào? (Chỉ chọn MỘT phương án)	1. Có, xe thường xuyên đỗ tại sân Bệnh viện 2. Có, xe được điều động đến khi cần 3. Không
25.	Bệnh viện huyện có điện thoại cố định không?	1. Có 2. Không
26.	Bệnh viện huyện có đường dây nóng đang hoạt động không?	1. Có 2. Không
27.	Bệnh viện huyện có thiết bị liên lạc sóng ngắn, bộ đàm không?	1. Có 2. Không

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
----	--------------	---	------------------------------------	---

I. TRANG THIẾT BỊ THIẾT YẾU

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.	Ổng nghe	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	.....	.....
6.	Ổng 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.	Dây chuyền lạnh bảo quản vắc-xin (tủ lạnh, phích vắc xin)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	.....	.....

II. CẤP CỨU HỒI SỨC

9.	Monitor theo dõi bệnh nhân	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	.....	.....
10.	Máy tạo ô xy di động	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	.....	.....
11.	Máy thở	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	.....	.....
12.	Máy thở trẻ em	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	.....	.....

13.	Lồng ấp trẻ sơ sinh	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
14.	Máy gây mê	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
15.	Máy phá rung tim và tạo nhịp tim	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
16.	Máy điện tim	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
17.	Bộ dụng cụ mổ lấy thai	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
III. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH/THĂM DÒ CHỨC NĂNG					
1.	Máy XQ	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
2.	Siêu âm	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
3.	CT scan	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
4.	Điện tâm đồ	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
IV. XÉT NGHIỆM					
1.	Máy xét nghiệm huyết học	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
2.	Máy xét nghiệm sinh hóa máu	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....
3.	Có làm được HbA1C không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	.....	.....

Xin chân thành cảm ơn anh/chị !