

SOP: Quy trình Khám chữa bệnh ngoại chấn, kê đơn và thực hiện Số:
quy chế Hồ sơ bệnh án/Phiếu khám bệnh ngoại chấn

CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO PHÒNG KHÁM ĐA KHOA 254 HÒA HẢO P.04 Q.10 ĐT: (028)39.270.284	QUY TRÌNH THAO TÁC CHUẨN	Mã số:												
QUY TRÌNH KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI CHẤN- KÊ ĐƠN VÀ THỰC HIỆN QUY CHẾ HỒ SƠ BỆNH ÁN/ PHIẾU KHÁM BỆNH NGOẠI CHẤN <table><tr><th>Trách nhiệm</th><th>Soạn thảo</th><th>Kiểm tra</th><th>Phê duyệt Giám đốc</th></tr><tr><td>Họ và tên</td><td>BS.Lê Thanh Tùng</td><td>BS. Huỳnh Trác Luân</td><td>BS.Phan Thanh Hải</td></tr><tr><td>Ngày</td><td>15/06/2025</td><td>20/06/2025</td><td>01/07/2025</td></tr></table>			Trách nhiệm	Soạn thảo	Kiểm tra	Phê duyệt Giám đốc	Họ và tên	BS.Lê Thanh Tùng	BS. Huỳnh Trác Luân	BS.Phan Thanh Hải	Ngày	15/06/2025	20/06/2025	01/07/2025
Trách nhiệm	Soạn thảo	Kiểm tra	Phê duyệt Giám đốc											
Họ và tên	BS.Lê Thanh Tùng	BS. Huỳnh Trác Luân	BS.Phan Thanh Hải											
Ngày	15/06/2025	20/06/2025	01/07/2025											

Ngày ban hành: 01/07/2025

I. MỤC ĐÍCH

Quy trình này hướng dẫn thực hiện Quy trình khám chữa bệnh Ngoại chấn, Kê đơn và thực hiện Quy chế hồ sơ bệnh án/Phiếu khám bệnh ngoại chấn cho bệnh nhân tại Phòng khám Đa khoa thuộc Công ty TNHH Hòa Hảo

II. PHẠM VI ÁP DỤNG

- Phạm vi điều chỉnh bao gồm các đối tượng sau tùy theo nội dung liên quan:
- + Phòng Cấp cứu
- + Phòng Kỹ thuật ban ngày
- + Các phòng khám chữa bệnh

III. TRÁCH NHIỆM

Tất cả nhân viên phải làm việc và tuân thủ theo đúng quy trình này.

IV. NỘI DUNG:

CHƯƠNG 1 QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Nguyên tắc:

1.1. Giải thích từ ngữ:

1. **Khám bệnh** là việc hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, thăm khám thực thể, khi cần thiết thì chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng để chẩn đoán và chỉ định phương pháp điều trị phù hợp đã được công nhận.

2. **Người bệnh** là người sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

3. **Người bệnh không có người nhận** là người bệnh đang ở trong tình trạng cấp cứu, bị bệnh tâm thần hoặc bị bỏ rơi, bao gồm cả trẻ sơ sinh bị bỏ rơi tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mà không có giấy tờ tùy thân, không xác định được địa chỉ cư trú.

4. **Bệnh mãn tính** là bệnh Tâm thần; Sang chấn hệ thần kinh, Động kinh, Parkinson; Ung thư; Suy tim; Bệnh động mạch vành, Tăng huyết áp; Thiên đầu thống, chứng Migraine; Đái tháo đường, Basedow; Hen phế quản và COPD; Thoái khớp, loãng xương; bệnh thận mạn.. được ban hành theo Danh mục bệnh mãn tính điều trị dài ngày bằng số điều trị bệnh mãn tính thay đơn thuốc của Bộ Y Tế.

5. **Chữa bệnh** là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật đã được công nhận và thuốc đã được phép lưu hành để cấp cứu, điều trị, chăm sóc, phục hồi chức năng cho BN.

1.2. Chẩn chỉnh thực hiện quy chế chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án

+ Việc chẩn đoán và kê đơn điều trị có vị trí rất quan trọng trong khám chữa bệnh.

+ Khi tiến hành chẩn đoán và kê đơn phải kết hợp chặt chẽ các triệu chứng cơ năng, thực thể, lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố gia đình xã hội và tiền sử bệnh.

+ Người bệnh đến khám được tiếp cận thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng và dịch vụ kỹ thuật theo đúng yêu cầu chuyên môn.

+ Thực hiện việc chuyển dữ liệu XML tự động sau khi kết thúc quy trình khám chữa bệnh.

1.3. Hồ sơ bệnh án/Phiếu khám bệnh ngoại chấn

- Là tài liệu khoa học về chuyên môn kỹ thuật, là chứng từ tài chính và cũng là tài liệu pháp y. Việc làm hồ sơ bệnh án/ Phiếu khám bệnh ngoại chấn phải được tiến hành khẩn trương, khách quan, thận trọng, chính xác và khoa học.

- Bao gồm 2 phần:
 - + Phần khám điều trị do bác sĩ đảm nhận
 - + Phần hành chính, sinh hiệu, phiếu chăm sóc do Điều dưỡng thực hiện.
- Hồ sơ điều dưỡng là tài liệu thể hiện thông tin giữa các điều dưỡng, nữ hộ sinh với bác sĩ điều trị. Hồ sơ điều dưỡng là tài liệu pháp lý để xem xét đánh giá trách nhiệm trong phạm vi chức năng và nhiệm vụ của điều dưỡng, nữ hộ sinh. Hồ sơ điều dưỡng gồm Phiếu chăm sóc.
 - Phải ghi đầy đủ các mục đã ghi trong bệnh án/ Phiếu khám bệnh, chữ viết rõ ràng, không tẩy xóa, họ và tên bệnh nhân phải viết chữ in hoa, có đánh dấu.
 - Trong quá trình điều trị phải ghi bổ sung các diễn biến, y lệnh thuốc, y lệnh cận lâm sàng, phân cấp chăm sóc, chế độ dinh dưỡng và các chỉ định mới vào hồ sơ bệnh án/Phiếu khám bệnh ngoại chấn.
 - Người bệnh chuyển khoa, bác sĩ điều trị phải có trách nhiệm hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án/ Phiếu khám bệnh ngoại chấn trước khi bàn giao, bác sĩ điều trị tại khoa mới chịu trách nhiệm hoàn thiện hồ sơ bệnh án của người bệnh.
 - Người bệnh chuyển viện: bác sĩ điều trị phải hoàn chỉnh và tổng kết hồ sơ bệnh án/Phiếu khám bệnh ngoại chấn theo quy định.

1.4. Đối tượng ưu tiên:

1.4.1. Đối tượng:

- Trường hợp cấp cứu
- Người khuyết tật nặng (là người không thể **tự thực hiện** một số việc phục vụ nhu cầu sinh hoạt cá nhân hàng ngày)
- Người cao tuổi **từ 80 tuổi trở lên**.
- Người **có công với cách mạng**.
 - . Người hoạt động cách mạng trước ngày 01/01/1945, Người hoạt động cách mạng từ ngày 01/01/1945 đến trước Tổng khởi nghĩa 19/08/1945.
 - . Gia đình Liệt sĩ.
 - . Anh hùng lực lượng vũ trang nhân dân, Anh hùng lao động.
 - . Thương binh, người hưởng chính sách như Thương binh, Bệnh binh.
 - . Người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học.
 - . Người hoạt động cách mạng, hoạt động kháng chiến bị địch bắt tù, đày.
 - . Người hoạt động kháng chiến, bảo vệ Tổ quốc và làm nghĩa vụ quốc tế.
- Phụ nữ **có thai**.
- Có kết quả cận lâm sàng (thực hiện trong cùng buổi làm việc).

1.4.2. Cách giải quyết các trường hợp đối tượng ưu tiên:

- Cứ 02 số thứ tự thì có 01 số ưu tiên xen kẽ mời vào phòng khám bệnh hoặc thực hiện các kỹ thuật cận lâm sàng.

Điều 2. Tiếp nhận đăng ký khám chữa bệnh

2.1. Giờ tiếp nhận bệnh nhân

- Giờ tiếp nhận đăng ký khám chữa bệnh
 - o Từ 4 giờ đến 17 giờ (Thứ Hai đến Thứ Bảy).
 - o Từ 4 giờ đến 12 giờ (Chủ Nhật, Lễ).

2.2. Nơi tiếp nhận:

- Tầng trệt: Bàn hướng dẫn tại Sảnh
- Lầu 1: Bàn hướng dẫn, kiểm tra hồ sơ và phát sổ khu kham tổng quát

2.3. Phân công nhân sự:

- Nhân viên tiếp nhận là Thư ký Y khoa, Điều dưỡng

2.4. Nhiệm vụ nhân viên tiếp nhận:

- + Chào hỏi bệnh nhân.
- + Lấy thông tin về nhu cầu của bệnh nhân.
- + Nhập dữ liệu

Điều 3 : Các phòng khám :

- Lầu 1 : 14 phòng khám tổng quát
- Lầu 2 : 06 phòng khám (Da, Tim mạch, Thần kinh, Cơ xương khớp, TMH, Mắt)
- Lầu 3 : 09 phòng khám (Nhi, Nhiễm, Nội tiết, Ung bướu, Giác ngủ, Lão, Huyết áp cao, Cột sống)
- Lầu 4 : Gan, RHM

CHƯƠNG 2

HƯỚNG DẪN GHI HỒ SƠ BỆNH ÁN

Điều 4. Nhiệm vụ nhân viên y tế:

4.1. Điều dưỡng:

- Phần hành chính:
 - + Hoàn chỉnh thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án/ Phiếu khám bệnh ngoại chấn.
- Thông tin hành chính và dấu hiệu sinh tồn: Điều dưỡng có trách nhiệm hoàn thành:
 - + Thông tin hành chính của Phiếu khám ngoại chấn
 - + Thông tin trên phần điều trị: Bác sĩ điều trị có trách nhiệm hoàn thành.
 - + Dấu hiệu sinh tồn: Huyết áp, Mạch, Nhiệt độ, Nhịp thở, SpO2, Cân nặng, Chiều cao.

4.2. Bác sĩ điều trị:

- Sau khi trực tiếp thăm khám cho bệnh nhân, bác sĩ điều trị:
 - + Lập Phiếu khám bệnh Ngoại chấn (Trên hệ thống)
 - + Quyết định và chịu trách nhiệm về chẩn đoán, phương pháp điều trị bệnh trong phạm vi hoạt động chuyên môn.
 - + Tư vấn giải thích về tình trạng sức khỏe, phương pháp điều trị và dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với bệnh.
 - + Cung cấp thông tin tóm tắt về hồ sơ bệnh án/ Phiếu khám bệnh ngoại chấn nếu có yêu cầu bằng văn bản của bệnh nhân và được sự đồng ý của Giám đốc.
 - + Tôn trọng các quyền của người bệnh, có thái độ ân cần, hòa nhã với người bệnh.
 - + Đối xử bình đẳng với người bệnh, không để lợi ích cá nhân hay sự phân biệt đối xử ảnh hưởng đến quyết định chuyên môn của mình.

Điều 5. Hướng dẫn ghi hồ sơ bệnh án

5.1. Hướng dẫn ghi phần hành chính:

- Họ và tên: Ghi đầy đủ (viết chữ **in hoa có dấu**).
- Sinh ngày: Yêu cầu ghi đầy đủ năm sinh
- Giới: đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.
- Nghề nghiệp: Ghi rõ làm nghề gì như công nhân, cán bộ công nhân viên chức, nông dân, học sinh, sinh viên .
- Dân tộc: ghi rõ dân tộc gì, Ngoại kiều: Nếu là người nước nào thì ghi tên nước đó .
- Địa chỉ: Ghi đầy đủ số nhà, thôn, phố, xã, phường, tỉnh, thành phố
- Nơi làm việc: tên cơ quan, nhà máy, xí nghiệp, lực lượng vũ trang...
- Đối tượng Thu phí

5.2. Tiền căn:

- + Cá nhân:
 - . Tiền căn bệnh lý. Thuốc đang điều trị
 - . Thói quen.
- + Gia đình: các bệnh lý di truyền – lây nhiễm, nguy cơ.
- + Đối với nữ:

Tiền Para:

S	S	S	S
1	2	3	4

1. Sinh (S) là sinh đủ tháng
2. Sớm (S) là sinh thiếu tháng
3. Sảy, nạo, hút (S) là tổng số sảy, nạo, hút trước đây
4. Sóng (S) là số con hiện sống

5.3. Lý do khám:

- **Ghi điểm chính** triệu chứng nào khiến bệnh nhân đến khám.

5.4. Khám lâm sàng:

- Thể hiện quá trình bệnh lý diễn tiến theo thời gian.
- Mô tả triệu chứng với đầy đủ tính chất liên quan. Mô tả các triệu chứng âm tính có giá trị, hoặc liên quan đến chẩn đoán phân biệt. Quá trình điều trị trước đó có liên quan. Triệu chứng cơ năng hiện tại ở thời điểm đang thăm khám.
- Sinh hiệu: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, cân nặng
- Tri giác
- Tổng trạng
- Triệu chứng thực thể: ghi rõ cơ quan có biểu hiện bệnh lý
- Xác định bệnh nhân có bao nhiêu **VẤN ĐỀ**, vấn đề nào là không ổn định khiến bệnh nhân cần phải nhập cấp cứu hoặc điều trị nội trú – ngoại khoa. Từ vấn đề trên đưa ra chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt.
- Lý do phải đặt vấn đề:
 - + Đối với BS điều trị: nắm rõ bệnh lý, cho CLS và điều trị phù hợp, theo dõi điều trị tốt hơn.
 - + Đối với BS khác khi tham gia khám và hội chẩn: nắm bắt tình trạng bệnh lý và đánh giá đáp ứng điều trị nhanh hơn.

- + Vấn đề cần đặt lại sau khi đã giải quyết xong.
- + Từ vấn đề của bệnh nhân BS điều trị có kết hoạch điều trị và đánh giá
- + Cận lâm sàng và điều trị phải phù hợp với vấn đề hiện có
- Cách ghi chẩn đoán:
- + Đối với chẩn đoán sơ bộ cần ghi mã ICD.
- + Đối với Chẩn đoán phân biệt:

(1) Không cho các chỉ định cận lâm sàng, chỉ định thuốc liên quan đến chẩn đoán phân biệt thì không ghi mã ICD.

(2) Có cho chỉ định cận lâm sàng, hoặc chỉ định thuốc liên quan đến chẩn đoán phân biệt thì phải ghi thêm mã ICD.

+ Nhằm tránh lạm dụng chỉ định cận lâm sàng, cho quá nhiều chẩn đoán, quá nhiều mã ICD (từ 7 chẩn đoán):

+ Bác sĩ cần chú ý chẩn đoán trước của đồng nghiệp, chỉ thay đổi khi có cơ sở chứng cứ y khoa hoặc sau trao đổi.

+ Chẩn đoán phải phù hợp với dữ liệu vấn đề đặt ra.

+ Thứ tự ghi chẩn đoán: vấn đề không ổn định trước sau đó đến các vấn đề ổn định hoặc bệnh lý đi kèm. Ví dụ bệnh nhân vào vì cơn đau thắt ngực trên nền bị COPD tăng huyết áp thì ghi là Cơn đau thắt ngực/ tăng huyết áp - COPD .

Điều 6. Y lệnh:

(1) Phần Diễn biến bệnh:

- Cứ mỗi lần thăm khám phải ghi rõ:
- + Ghi rõ **ngày, giờ** thăm khám (VD: 9 giờ 15ph ngày 02/01/2020)
- + Triệu chứng cơ năng
- + Triệu chứng thực thể
- + Chẩn đoán bệnh:

. Ghi tên chẩn đoán: bệnh chính và bệnh đi kèm

. Ghi mã ICD: bệnh chính và bệnh đi kèm. Đối với chẩn đoán phân biệt không cần ghi mã ICD.

(2) Phần Y lệnh chỉ định cận lâm sàng:

- Tuân thủ phác đồ điều trị.
- Tuyệt đối không lạm dụng chỉ định cận lâm sàng
- Trường hợp người bệnh có nhu cầu muốn thực hiện các chỉ định cận lâm sàng khác phác đồ điều trị để tầm soát, kiểm tra sức khỏe thì bác sĩ phải tư vấn, giải thích sự cần thiết, chi phí

(3) Phần Y lệnh chỉ định điều trị:

- Y lệnh không rơi vào chống chỉ định, phù hợp với chẩn đoán.
- Tên thuốc ghi rõ ràng đúng danh pháp quy định.

+ Ghi rõ:

- . Tên thuốc Biệt dược (không ghi tên công thức)
- . Hàm lượng
- . Liều lượng mỗi lần dùng
- . Số lần dùng trong ngày, **thời gian** chính xác dùng
- . Đường dùng, cách dùng

- Ghi đúng quy chế dược: ghi theo trình tự sau:

- + Dịch truyền
- + Thuốc tiêm

- + Thuốc uống viên
- + Thuốc gói
- + Khí dung.
- + Dùng ngoài

Điều 7. Phiếu chăm sóc Điều dưỡng

- Mục đích sử dụng:
 - + Dùng để ghi diễn biến của người bệnh và những can thiệp chăm sóc điều dưỡng, điều trị do điều dưỡng và nữ hộ sinh thực hiện.
 - + Là phiếu để thực hiện thông tin giữa điều dưỡng, nữ hộ sinh và bác sĩ điều trị.
 - + Là tài liệu pháp lý để xem xét đánh giá trách nhiệm trong phạm vi chức năng và nhiệm vụ của điều dưỡng, nữ hộ sinh.
- Nguyên tắc chung:
 - + Ghi kịp thời, ngay sau khi theo dõi, chăm sóc hoặc xử trí cho người bệnh.
 - + Thông tin ngắn gọn, chính xác, đầy đủ.
 - + Không ghi trùng lặp thông tin đã ghi trên phiếu theo dõi chức năng sống.
 - + Bảo đảm tính thống nhất giữa công tác điều trị và công tác chăm sóc điều dưỡng. Những sự khác biệt trong việc nhận định, theo dõi và đánh giá tình trạng người bệnh phải được kịp thời trao đổi và thống nhất giữa những người trực tiếp theo dõi, chăm sóc và điều trị người bệnh với nhau.
- Hướng dẫn ghi phiếu chăm sóc:
 - + Ngày tháng: phải ghi ngày, giờ, phút tại thời điểm mà điều dưỡng, nữ hộ sinh theo dõi hoặc chăm sóc người bệnh.
 - + Cột diễn biến: ghi ngắn gọn những diễn biến hoặc tình trạng bất thường của người bệnh mà người điều dưỡng, nữ hộ sinh theo dõi được, kể cả những than phiền, kiến nghị của người bệnh.
 - + Cột xử trí, chăm sóc, đánh giá:
 - + Về xử trí: chỉ ghi những xử trí khi có tình huống cần giải quyết trong phạm vi quyền hạn, trách nhiệm của điều dưỡng, nữ hộ sinh sơ cứu ban đầu cùng với việc báo bác sĩ hoặc các xử trí thông thường (thay băng, lau mát cho người bệnh khi người bệnh sốt cao...)
 - + Về chăm sóc: ghi những hành động chăm sóc (tắm, vệ sinh, thay đổi tư thế, chăm sóc vết loét, giáo dục sức khỏe, hướng dẫn người bệnh...).
 - + Về đánh giá kết quả: ghi những kết quả mang lại ngay sau xử trí chăm sóc nếu có như: sau khi hút đàm làm thông đường mũi miệng người bệnh thấy dễ thở hơn...
 - + Về thực hiện y lệnh: Ghi việc thực hiện y lệnh đặc biệt, bổ xung đột xuất theo hồ sơ bệnh án. Các y lệnh thường quy được ghi đánh dấu trong sổ thực hiện y lệnh nên chỉ cần ghi đã thực hiện theo y lệnh. Riêng y lệnh truyền dịch phải ghi rõ: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở trước, trong và kết thúc truyền, khối lượng dịch đã truyền và những bất thường xảy ra trong suốt quá trình truyền dịch.
 - + Cột ký tên: Điều dưỡng, nữ hộ sinh ký và ghi rõ họ tên.

Chương 3

KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH GHI ĐƠN THUỐC

Điều 08. Điều dưỡng các phòng khám bệnh có nhiệm vụ:

- Chào hỏi bệnh nhân.
- Chuẩn bị bệnh nhân để bác sĩ thăm khám:
 - . Kiểm tra chống nhầm lẫn
 - . Hướng dẫn bệnh nhân vào khám theo đúng số thứ tự
- Lấy sinh hiệu:
 - o Mạch, huyết áp
 - o Nhiệt độ (trẻ dưới 6 tuổi, bệnh nhân sốt)
 - o Cân nặng, chiều cao (trẻ dưới 6 tuổi, khi có y lệnh)
 - o Vòng eo, hông và chỉ số BMI (khi có y lệnh).
- Tiếp nhận kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng gửi về phòng khám:
 - + Nội dung đối chiếu giữa phiếu chỉ định với phiếu kết quả:
 - o Họ và tên bệnh nhân, tuổi.
 - o Nội dung yêu cầu trong phiếu chỉ định của bệnh.
 - + Trình kết quả của bệnh nhân cho bác sĩ trước khi bắt đầu thăm khám.

Điều 09. Bác sĩ điều trị các phòng khám bệnh có nhiệm vụ:

- Kiểm tra bệnh nhân nhằm tránh nhầm lẫn.
- Quyết định và chịu trách nhiệm về chẩn đoán, phương pháp điều trị bệnh trong phạm vi hoạt động chuyên môn.
- Tư vấn giải thích về tình trạng sức khỏe, phương pháp điều trị và dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với bệnh.
- Tôn trọng các quyền của người bệnh, có thái độ ân cần, hòa nhã với người bệnh.
- Đối xử bình đẳng với người bệnh, không để lợi ích cá nhân hay sự phân biệt đối xử ảnh hưởng đến quyết định chuyên môn của mình.
- Sau khi trực tiếp thăm khám cho bệnh nhân, bác sĩ quyết định:
 - + Kê đơn thuốc điều trị, ghi phiếu khám bệnh ngoại trú (điện tử)

Điều 10. Quy định về kê đơn thuốc điều trị:

- Bác sĩ phải chịu trách nhiệm về đơn thuốc do mình kê cho bệnh nhân và thực hiện các quy định sau:
 - . Chỉ được kê thuốc điều trị các bệnh được phân công khám, chữa bệnh
 - . Chỉ được kê đơn sau khi trực tiếp thăm khám bệnh nhân
 - . Tuân thủ theo đúng phác đồ điều trị do Bệnh viện ban hành theo tài liệu Sở Y Tế, Bộ Y tế phù hợp với chẩn đoán có ghi mã ICD.
- **Không kê đơn** các trường hợp sau :
 - o Không nhằm mục đích phòng bệnh, chữa bệnh
 - o Theo yêu cầu không hợp lý của người bệnh và Thực phẩm chức năng

Điều 11. Quy định về ghi đơn thuốc

1. Ghi đủ các mục in trong đơn; chữ viết rõ ràng, dễ đọc, chính xác;
2. Địa chỉ người bệnh phải ghi chính xác số nhà, đường phố hoặc thôn, xã;
3. Với trẻ dưới 72 tháng tuổi: ghi số tháng tuổi và ghi tên bố hoặc mẹ;

4. Viết tên thuốc theo tên chung quốc tế (INN, generic name) hoặc nếu ghi tên biệt dược phải ghi tên chung quốc tế trong ngoặc đơn (trừ trường hợp thuốc có nhiều hoạt chất);
5. Ghi tên thuốc, hàm lượng, số lượng, liều dùng, cách dùng của mỗi thuốc;
6. Số lượng thuốc gây nghiện phải viết bằng chữ, chữ đầu viết hoa;
7. Số lượng thuốc hướng tâm thần và tiền chất dùng làm thuốc viết thêm số 0 phía trước nếu số lượng chỉ có một chữ số;
8. Nếu có sửa chữa đơn phải ký, ghi rõ họ tên, ngày bên cạnh;
9. Gạch chéo phần đơn còn giấy trắng. Ký, ghi (hoặc đóng dấu) họ tên người kê đơn.
10. Không được đóng dấu khắc sẵn chữ ký lên đơn thuốc.

Điều 12. Thời gian kê đơn thuốc điều trị

1. Đối với bệnh cấp tính kê đơn với liều đủ dùng không vượt quá bảy (7) ngày
2. Đối với bệnh mạn tính cần chỉ định dùng thuốc đặc trị dài ngày thì kê đơn vào sổ điều trị bệnh mạn tính, số lượng thuốc đủ dùng tối đa trong một (01) tháng.

V. PHÂN PHỐI (Phân phối nội dung, hướng dẫn thực hiện SOP đến các nhân viên):

- Tại Phòng Cấp cứu, Kỹ thuật ban ngày
- Các phòng khám

VI NỘI DUNG SỬA ĐỔI: Biên soạn lần 02.