

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA
PHẠM NGỌC THẠCH
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 290 /TB-PKĐK

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 01 tháng 8 năm 2024

THÔNG BÁO

V/v chủ động tăng cường công tác phòng, chống bệnh bạch hầu tại Phòng khám Đa khoa Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

Căn cứ Công văn số 6937/SYT-NVY ngày 18 tháng 7 năm 2024 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh; về việc chủ động tăng cường công tác phòng, chống bệnh bạch hầu.

Căn cứ Công văn số 633/YT ngày 25 tháng 7 năm 2024 của Phòng Y tế Quận 10; về việc chủ động tăng cường công tác phòng, chống bệnh bạch hầu.

Phòng khám đa khoa chỉ đạo các Đơn vị lâm sàng trực thuộc Phòng khám phối hợp triển khai các hoạt động như sau:

- Khi phát hiện ca nghi ngờ mắc bệnh bạch hầu: Tiến hành cách ly bệnh nhân, hội chẩn và báo cáo với phòng Kế hoạch Nghiệp vụ để thực hiện chuyển viện đến bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới được điều trị kịp thời cho bệnh nhân.

- Ghi nhận đầy đủ thông tin ca nghi ngờ lâm sàng bệnh bạch hầu theo mẫu (phụ lục đính kèm) và thông báo, gửi thông tin về Phòng Kế hoạch Nghiệp vụ ngay.

Phòng Kế hoạch Nghiệp vụ thực hiện báo cáo cho Trung tâm Y tế Quận 10 ngay trong ngày và thực hiện chuyển viện ca bệnh theo đúng qui định.

Mọi thắc mắc xin liên hệ BS Trịnh Trung Tiến – Phòng Kế hoạch Nghiệp vụ để được giải đáp thắc mắc.

Các Đơn vị lâm sàng triển khai thực hiện.

Trân trọng. *TS*

Nơi nhận:

- Ban Lãnh đạo PK;
- Các Phòng/Đơn vị;
- Lưu: VT, P.KHNV (T_01).

KT. TRƯỞNG PHÒNG KHÁM
PHÓ TRƯỞNG PHÒNG KHÁM



TS. BS. Võ Thành Liêm

Phụ lục 2: Phiếu điều tra trường hợp bạch hầu

PHIẾU ĐIỀU TRA TRƯỜNG HỢP BẠCH HẦU

(Mẫu số 23/2011-TCMR)

TỈNH: HUYỆN: XÃ:

1. SỐ XÁC ĐỊNH CA BỆNH

Năm mắc bệnh: Mã số của tỉnh: Số thứ tự trong số:

Ngày báo cáo: / / Ngày điều tra: / /

Nguồn thông báo: Y tế Phòng khám tư Cộng đồng Tìm kiếm Khác

THUỘC VỤ DỊCH ¹: Có Không

2. THÔNG TIN CÁ NHÂN

Họ và tên bệnh nhân: Giới: Nam Nữ

Ngày sinh: / / hoặc tuổi: Trẻ dưới 5 tuổi ghi tháng tuổi:

Họ và tên mẹ (hoặc bố):

Địa chỉ: Số nhà Đường: Tổ/ấp:

Địa chỉ nơi học tập/công tác: Điện thoại:

3. TIỀN SỬ

• Tiền sử tiêm chủng:

Có được tiêm vắc xin phòng Bạch hầu trước đó không? Có Không Không rõ

Số liều vắc xin phòng Bạch hầu đã nhận: Theo Hoi Phiếu Sổ

Ngày tiêm liều vắc xin cuối: / /

• Trong vòng 1 tuần trước khi phát bệnh:

Bệnh nhân có đi nơi khác không? Có Không Không rõ

Đi đâu:

Bệnh nhân có tiếp xúc với trường hợp mắc bạch hầu xác định nào không? Có Không Không rõ

Là ai?

Ở đâu?

Xung quanh có trường hợp mắc bạch hầu nào không? Có Không Không rõ

• Lấy nhiễm cho người khác: Có tiếp xúc với những ai từ khi mắc bệnh không? Có Không Không rõ

Nếu có: Là ai? Ở đâu:

• Điều trị:

Phương pháp: Kháng sinh & kháng độc tố Kháng sinh Kháng độc tố Không đ. trị/đ. trị khác Không rõ

Nơi điều trị: Bệnh viện Trạm y tế Tại nhà Tư nhân

• Kết quả: Khỏi Chết Không rõ Ngày chết (nếu chết): / /

4. TRIỆU CHỨNG VÀ BIẾN CHỨNG

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sốt: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> • Viêm họng: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> • Viêm Amidan: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> • Viêm thanh quản: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> • Giã mạc: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> • Hạch dưới hàm sưng to: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> | <p>Ngày bắt đầu sốt: / /</p> <ul style="list-style-type: none"> • Khó nuốt, đau họng: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> • Viêm cơ tim, suy tim: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> • Suy hô hấp: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> • Liệt cơ (chỉ, vận nhãn, cơ hoành): Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> • Viêm tai giữa: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> |
|--|---|

5. XÉT NGHIỆM

Có Không

Loại bệnh phẩm	Kỹ thuật xét nghiệm	Ngày lấy mẫu	Ngày gửi	Kết quả
..... / / / /
..... / / / /

6. CHẨN ĐOÁN CA BỆNH

A. XÁC ĐỊNH BẠCH HẦU:

A1. Ca bạch hầu phòng thí nghiệm

A2. Ca bạch hầu dịch tễ học

B. CÓ THỂ LÀ BẠCH HẦU

C. LOẠI TRỪ KHÔNG PHẢI BẠCH HẦU

Điều tra viên
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày tháng năm 20.....
THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN
(Ký tên, đóng dấu)