**BỘ CÂU HỎI KHẢO SÁT THỰC TRẠNG HỆ THỐNG NHI KHOA**

**CÁC TỈNH PHÍA BẮC - NĂM 2016**

Mã phiếu:………………………

**I Thông tin về cơ sở y tế và tỉnh/huyện trực thuộc:**

**1.Thông tin hành chính:**

1.1.Tên bệnh viện:………………………………………………………………………………………

1.2.Bệnh viện hạng:…………………………………………………………………………………….

1.3. Năm thành lập bệnh viện:………….

1.4.Địa chỉ bệnh viện:…………………………………………………………………………………..

Huyện……………………………….……………….. Tỉnh………………………………..................

1.5.Điện thoại……………………………..………… .Fax:…………………………………………..

1.6. Thông tin một số lãnh đạo của bệnh viện:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cbức vụ** | **Họ và tên** | **Học vị** | **Số điện thoại** | **Email** |
| Giám đốc |  |  |  |  |
| Trưởng phòng KHTH |  |  |  |  |
| Trưởng phòng CĐT |  |  |  |  |

1.7. Tổng số khoa/ phòng: trong đó Khoa lâm sàng: Khoa cận lâm sàng:

|  |
| --- |
| 1.8. Tổng số CBNV của BV:………………………………….  1.9 .Có khoa nhi : 1.Có □ → chuyển câu 1.11 2.Không □ →chuyển câu 1.10  1.10.Khoa nhi ghép với khoa :……………………………………………………………………  1.11..Tổng số CBNV của CSYT:………...CBVC……………….CBHĐ:…………………….....  1.12. Cơ sở y tế có phòng chỉ đạo tuyến Có □ Không □  **2. Một số thông tin về dân số và cơ cấu dân số của đơn vị bệnh viện trực thuộc:**  2.1.Thông tin bệnh viện (tích một lựa chọn vào ô vuông)  a.Bệnh viện tuyến tỉnh □ b.Bệnh viện chuyên khoa nhi □ c.Bệnh viện Sản nhi □  d.Bệnh viện tuyến huyện □ e. Bệnh viện chuyên ngành □ g. Bệnh viện ngoài công lập □  i.Khác □ Ghi rõ:……………… |

2.2..Đơn vị trực thuộc của bệnh viện:

2.2.1.Tỉnh/ Thành phố 1.Có □ → chuyển câu 2.3 2.Không □ → chuyển câu 2.2.2

2.2.2. Huyện 1.Có □ → chuyển câu 2.6 2.Không □ → chuyển câu 2.2.3

2.2.3.Tư nhân 1.Có □ → chuyển mục II 2.Không □ → chuyển mục II

2.3.Tên tỉnh trực thuộc:………………………………….

2.4. Dân số của tỉnh trực thuộc……………………. ……

2.5.Cơ cấu dân số trẻ em theo độ tuổi của tỉnh:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Độ tuổi** | Số lượng | Tỷ lệ% |
| **0-4 tuổi** |  |  |
| **5-9 tuổi** |  |  |
| **10-14 tuổi** |  |  |
| **15-19 tuổi** |  |  |
| **Tổng** |  |  |

2.6..Tên huyện trực thuộc:……………………………………

2.7.Dân số của huyện:………………………………………… .

**II.Thông tin chung về nhân lực:**

**1. Nhân lực chung của bệnh viện năm 2015:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stt** | **Chức danh** | **Số lượng** | **Ghi chú** |
|  | Giáo sư - PGS |  |  |
|  | TIến sỹ |  |  |
|  | Thạc sỹ |  |  |
|  | BS CK I |  |  |
|  | BS CK II |  |  |
|  | BS đa khoa |  |  |
|  | BS CK khác |  |  |
|  | Điều dưỡng đại học |  |  |
|  | Điều dưỡng cao đẳng |  |  |
|  | Điều dưỡng trung cấp |  |  |

**2.Nhân lực làm trong lĩnh vực nhi khoa năm 2015:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Chức danh** | | **Sô lượng năm 2015** | **Sô lượng  được đào tạo  về nhi** | |
| **Đã đào tạo** | **Đang đào tạo** |
| **Bác sỹ** | Giáo sư – PGS |  |  |  |
| Tiến sỹ/CKII nhi khoa |  |  |  |
| Tiến sỹ chuyên ngành khác |  |  |  |
| Thạc sỹ/CKI về nhi |  |  |  |
| Thạc sỹ chuyên ngành khác |  |  |  |
| CK sơ bộ/định hướng nhi |  |  |  |
| Bs Đa khoa |  |  |  |
| Tổng số |  |  |  |
| **Điều dưỡng** | Trung cấp |  |  |  |
| Cao đẳng |  |  |  |
| Đại học |  |  |  |
| CK I/Thạc sỹ |  |  |  |
| Tổng số |  |  |  |
| **Nhân viên khác** | Dược sỹ |  |  |  |
| Kỹ thuật viện |  |  |  |
| Y sĩ |  |  |  |
| Hộ lý |  |  |  |
| Nhân viên khác |  |  |  |

*Lưu ý: Mỗi người chỉ được tính 1 lần và chọn mức có trình độ cao nhất*

**3. Thông tin chi tiết về nhân lực nhi khoa năm 2015:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Đối tượng** |  |  | **Số lượng** |
| **Bác sỹ** | **Giới** | Nam |  |
| Nữ |  |
| **Số năm kinh nghiệm** | < 5 năm |  |
| 6- 20 năm |  |
| > 20 năm |  |
| **Điều dưỡng** | **Giới** | Nam |  |
| Nữ |  |
| **Số năm kinh nghiệm** | < 5 năm |  |
| 6- 20 năm |  |
| > 20 năm |  |

**4. Nhu cầu đào tạo CBYT nhi khoa trong thời gian tới:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***STT*** | ***Chức danh*** | ***Số lượng đến năm 2020*** |
|  | Tiến sỹ |  |
|  | Thạc sỹ |  |
|  | Thạc sỹ/BS CK I về nhi |  |
|  | Tiến sỹ/CKII nhi khoa |  |
|  | Điều dưỡng Cao đẳng |  |
|  | Điều dưỡng Đại học |  |
|  | Điều dưỡng CK I/Thạc sỹ |  |
|  | Cán bộ khác |  |
|  | Các lớp chuyên khoa |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**III.Thông tin về cơ sở vật chất**

**1. Cơ sở vật chất, trang thiết bị:**

**1.1.Giường bệnh:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2013** | **2014** | **2015** |
| **Số giường bệnh chung** |  |  |  |
| 1.Theo kế hoạch |  |  |  |
| 2.Thực kê |  |  |  |
| Công suất sử dụng giường bệnh (%) |  |  |  |
| **Số giường bệnh nhi khoa** |  |  |  |
| 1.Theo kế hoạch |  |  |  |
| 2.Thực kê |  |  |  |
| Công suất sử dụng giường bệnh (%) |  |  |  |

**1.2. Cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ lĩnh vực nhi khoa:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stt** | **Trang thiết bị** | **Số lượng** | | **Sử dụng được** | | **Không sử dụng được** |
|  | Hệ thống oxy trung tâm |  | |  | |  |
|  | Máy thở thường |  | |  | |  |
|  | Máy thở HFO |  | |  | |  |
|  | Mornitor (máy theo dõi) |  | |  | |  |
|  | Máy hút đờm dãi |  | |  | |  |
|  | Máy hút liên tục (dẫn lưu kín) |  | |  | |  |
|  | Máy truyền dịch |  | |  | |  |
|  | Bơm tiêm điện |  | |  | |  |
|  | Máy sốc điện |  | |  | |  |
|  | Máy lọc máu liên tục (CVVH) |  | |  | |  |
|  | ECMO |  | |  | |  |
|  | Nội soi hô hấp |  | |  | |  |
|  | Nội soi tiêu hóa |  | |  | |  |
|  | Máy tiệt khuẩn hơi |  | |  | |  |
|  | Máy tiệt khuẩn nhiệt độ thấp  Loại: |  | |  | |  |
|  | Máy rửa khử khuẩn  Loại: |  | |  | |  |
|  | Máy huyết học tự động |  | |  | |  |
|  | Máy đông máu tự động |  | |  | |  |
|  | Máy sinh hóa tự động  Loại: |  | |  | |  |
|  | Xn điện giải đồ  Loại: |  | |  | |  |
|  | Máy phân tích nước tiểu  Loại: |  | |  | |  |
|  | Máy đo khí máu  Loại: |  | |  | |  |
|  | Máy cắt (block nến) |  | |  | |  |
|  | Máy cắt lạnh |  | |  | |  |
|  | Máy đúc bệnh phẩm |  | |  | |  |
|  | Máy nhuộm |  | |  | |  |
|  | Máy chuyển bệnh phẩm |  | |  | |  |
|  | X quang |  | |  | |  |
|  | CT |  | |  | |  |
|  | MRI |  | |  | |  |
|  | Siêu âm thường |  | |  | |  |
|  | SPECT |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
| **Phương tiên vận chuyển cấp cứu nhi khoa** | | | | | | |
|  | Xe chở bệnh nhân (chuyển tuyến) |  |  | |  | |
|  | Ôxy (phục vụ chuyển tuyến) |  |  | |  | |
|  | Bóng, mask (phục vụ chuyển tuyến) |  |  | |  | |
|  | Ống hút |  |  | |  | |
|  | Nội khí quản |  |  | |  | |
|  | Nhân lực theo xe |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |

**IV. Mô hình bệnh chuyển tuyến của bệnh nhi năm 2015:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nhóm bệnh** | **Số lượt chuyển tuyến trên/năm** |
| **Bệnh hô hấp** | ………………….. lượt BN  □ Không có số liệu |
| **Bệnh tiêu hóa** | ………………….. lượt BN  □ Không có số liệu |
| **Bệnh nhiễm khuẩn** | ………………….. lượt BN  □ Không có số liệu |
| **Bệnh thận tiết niệu** | ………………….. lượt BN  □ Không có số liệu |
| **Bệnh nội tiết** | ………………….. lượt BN  □ Không có số liệu |
| **Bệnh ngoại khoa** | ………………….. lượt BN  □ Không có số liệu |
| **Bệnh sơ sinh** | ………………….. lượt BN  □ Không có số liệu |
| **Bệnh tim mạch** | ………………….. lượt BN  □ Không có số liệu |
| **Bệnh thần kinh** | ………………….. lượt BN  □ Không có số liệu |
| **Bệnh ung bướu** | ………………….. lượt BN  □ Không có số liệu |

Số lượt khám bệnh nhân trung bình/ngày năm 2015:….……..………………………………………

Số lượt khám bệnh nhi trung bình/ngày năm 2015:………………………………………………….

Số ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân năm 2015:…………………………………………….

Bệnh nhân nhi điều trị nội trú toàn BV năm 2015: ………………………………………………..

Tử vong của bệnh nhân toàn viện 2015:………… ………………………………………………..

Tử vong của bệnh nhân nhi toàn viện 2015:……………………………………………………….

Tổng số bệnh nhân nhi chuyển tuyến 2015:……………………………………………………….

**VI. Đề xuất và kiến nghị:**

* 1. Thuận lợi và khó khăn của bệnh viện:

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………...

* 1. Ý kiến về nhân lực, trang thiết bị, cơ sở vật chất và chuyên môn của bệnh viện (nguyên nhân)

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

* 1. Một số giải pháp và đề xuất với lãnh đạo cấp trên (ý kiến của Ban Giám Đốc)

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

4. Nhu cầu đào tạo/ chuyển giao kỹ thuật trong 5 năm tới:

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

5.Nhận xét chung về tình hình nhân sự của nhân lực nhi khoa của bệnh viện so với nhu cầu hiện nay?

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

6.Khả năng đáp ứng nhu cầu nhi khoa của người dân trên địa bàn (cả về số lượng bệnh nhân và các loại hình dịch vụ…) như thế nào?

............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………….

7.Thói quen và khả năng tiếp cận của người dân với các dịch vụ chăm sóc nhi khoa các tại

tuyến ( trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện và tuyến xã) như thế nào?

.............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

8.Thuận lợi, khó khăn trong hoạt động chỉ đạo tuyến của cơ sơ y tế tại cộng đồng:

............................................................................................................................................................

....................................................................................................................................….........................................................................................................................….................................................................................................................................….................................................................................................................................….................................................................................................................................….................................................................................................................................….................................................................................................................................…............................

**Giám đốc bệnh viện** (Ký tên và đóng dấu)

Tên người trả lời phiếu:……………………………Số điện thoại…………………………………

Nơi công tác:……………………. ………………………………………………………………….

Địa chỉ email:………………………………………………………………………………………..