

UBND TỈNH KHÁNH HÒA  
**SỞ Y TẾ**

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

Số: 3208 /SYT-NVY  
V/v đánh giá năng lực phẫu  
thuật Đục thủy tinh thể

Khánh Hòa, ngày 18 tháng 12 năm 2015

Kính gửi:

- Các Bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh;
- Trung tâm y tế các huyện, thị xã, thành phố;
- Bệnh viện Quân y 87;
- Bệnh viện 22 - 12;
- Bệnh viện đa khoa Tâm Trí Nha Trang;
- Bệnh viện Mắt Sài Gòn - Nha Trang;
- Bệnh viện Giao thông vận tải Nha Trang;

Sở Y tế đã nhận được công văn số 1560/KCB-QLCL ngày 15/12/2015 của Cục Quản lý khám, chữa bệnh về việc đánh giá năng lực phẫu thuật Đục thủy tinh thể. Về vấn đề này, Sở Y tế yêu cầu các đơn vị thực hiện một số nội dung sau đây:

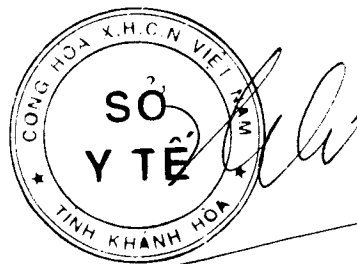
Tiến hành tự đánh giá năng lực phẫu thuật Đục thủy tinh thể của đơn vị theo biểu mẫu gửi kèm và gửi báo cáo về Phòng Nghiệp vụ Y - Sở Y tế bằng văn bản trước ngày 24/12/2015 để tổng hợp báo cáo Cục Quản lý khám, chữa bệnh - Bộ Y tế.

Sở Y tế yêu cầu các đơn vị thực hiện./. *Uduar*

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Lãnh đạo Sở;
- Lưu: VT, NVY (19b).

**GIÁM ĐỐC**



**Bùi Xuân Minh**

**BỘ Y TẾ**  
**CỤC QUẢN LÝ KHÁM CHỮA BỆNH**

**BỘ CÂU HỎI**  
**ĐÁNH GIÁ NĂNG LỰC PHẪU THUẬT ĐỤC THỦY TINH THỂ**

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. Cơ sở khám chữa bệnh**

1. Tên cơ sở : .....
2. Địa chỉ : .....
3. Điện thoại – Fax – Email : .....
4. Loại hình chuyên khoa mắt :
  - a. BV chuyên khoa mắt
  - b. Trung tâm chuyên khoa mắt
  - c. Khoa mắt TTPCBXH, YTDP
  - d. Khoa mắt trong BV Đa khoa
5. Phân hạng bệnh viện:
  - a. Hạng 1,
  - b. Hạng 2,
  - c. Hạng 3,
  - d. Chưa xếp hạng
6. Số CB chuyên khoa mắt (bao gồm cả biên chế và hợp đồng):
  - a. Bác sỹ .....
  - b. Điều dưỡng, Y sỹ .....
  - c. KTV khúc xạ .....
7. Người cung cấp thông tin
  - a. Họ tên .....
  - b. Trình độ .....
  - c. Điện thoại liên lạc .....

**B. ĐÁNH GIÁ NGUỒN LỰC VÀ ĐIỀU KIỆN ĐỂ PHẪU THUẬT ĐỤC THỦY TINH THỂ**

**I. Cơ sở hạ tầng**

1. Phòng khám mắt 1: riêng 2: chung CK khác Diện tích .....m<sup>2</sup>
2. Phòng chuẩn bị BN Phẫu thuật 1: Có 2: Không Diện tích .....m<sup>2</sup>
3. Số phòng phẫu thuật TTT .....phòng ; Tổng diện tích ..... m<sup>2</sup>
4. Phòng hậu phẫu, hồi tỉnh: 1: có 2: Không Diện tích ..... m<sup>2</sup>

5. Quy mô giường bệnh nội trú CK Mắt chính thức..... Thực kê .....

## II. Trang thiết bị

### a. Chẩn đoán, chuẩn bị phẫu thuật:

1. Kính sinh hiển vi khám mắt: Số lượng..... Chủng loại :  
1:.....  
2:.....  
3:.....
2. Máy đo nhãn áp: Số lượng..... Chủng loại :
  - a. Maclakov, Schiötz
  - b. Goldman
  - c. Phụt hơi
  - d. Khác
3. Máy tính công suất thủy tinh thể
  - a. Đo độ cong giác mạc: 1: Javal 2: Khúc xạ tự động 3: Đo bán đồ giác mạc
  - b. Đo trục nhãn cầu : 1: Siêu âm A 2: Siêu âm A-B
  - c. Máy IOL Master hoặc tương đương: 1: Có 2: Không

### b. Phòng phẫu thuật

1. Kính hiển vi phẫu thuật : Số lượng ..... kính. Chủng loại:
  - a. Kính 1:.....
  - b. Kính 2:.....
  - c. Kính 3:.....
  - d. Kính 4:.....
2. Bàn phẫu thuật : Số lượng ..... bàn. Chủng loại:
  - a. Loại Bàn mổ chuyên dụng CK Mắt: ..... bàn
  - b. Loại Bàn mổ ngoại khoa chung: ..... bàn
  - c. Loại Bàn tiêu phẫu thủ thuật dùng để mổ đục TTT ..... bàn
3. Máy mổ Phaco: Số lượng ..... máy. Chủng loại :
  - a. Máy 1:.....
  - b. Máy 2:.....
  - c. Máy 3:.....
4. Máy cắt dịch kính: 1: có 2: Không số lượng ..... máy

### c. Thiết bị gây mê hồi sức tại phòng mổ

1. Máy gây mê: 1: có 2: Không số lượng .....
2. Máy Monitor theo dõi bệnh nhân 1: có 2: Không số lượng .....
3. Máy sốc điện 1: có 2: Không số lượng .....
4. Bộ đặt nội khí quản và bóng bóp 1: có 2: Không số lượng .....

### d. Phương pháp tiết khuẩn dụng cụ

1. Hấp tập trung 1: có 2: Không

2. Hấp nhanh tại phòng mổ                    1: có    2: Không  
 3. Luộc dụng cụ                                    1: có    2: Không

**e. Phương pháp làm sạch môi trường phòng mổ**

1.        Chiếu đèn cực tím                                    1: có    2: Không  
 2.        Phun khí dung    1: có    2: Không  
 3.        Chi lau bàn và sàn bằng hóa chất                    1: có    2: Không

**III. Nhân lực**

1. Tổng số bác sĩ chuyên khoa mắt của cơ sở .....bác sĩ. Trong đó:  
 a. Số bác sĩ có thể Mổ ngoài bao .....BS, đạt tỷ lệ.....% tổng BS Mắt.  
 b. Số bác sĩ có thể Mổ Phaco .....BS, đạt tỷ lệ.....% tổng BS Mắt.
2. Quá trình đào tạo và số năm kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật ĐTTT ngoài bao  
 a. Số BS có chứng chỉ phẫu thuật ĐTTT Ngoài bao .....BS  
 b. Số đào tạo kèm cặp hoặc tự học .....BS  
 c. Số năm kinh nghiệm phẫu thuật ngoài bao của:  
   i. Bác sĩ có thâm niên phẫu thuật ngoài bao cao nhất .....năm  
   ii. Bác sĩ có thâm niên phẫu thuật ngoài bao thấp nhất .....năm
3. Quá trình đào tạo của bác sĩ phẫu thuật Phaco  
 a. Số BS có chứng chỉ Phaco.....BS  
 b. Số đào tạo kèm cặp hoặc tự học.....BS  
 c. Số năm kinh nghiệm phẫu thuật Phaco của:  
   i. Bác sĩ có thâm niên phẫu thuật Phaco cao nhất .....năm  
   ii. Bác sĩ có thâm niên phẫu thuật Phaco thấp nhất .....năm
4. Chuyên ngành gây mê hồi sức  
 a. BS hoặc CN GMHS                    1: có    2: Không    số lượng .....
- b. Điều dưỡng, KTV GMHS                    1: có    2: Không    số lượng .....

**C. ĐÁNH GIÁ NĂNG LỰC CHUYÊN MÔN**

**I. Phương pháp vô cảm:**

1. Tiêm tê tại chỗ : 1: có    2: Không. Tỷ lệ .....% tổng số ca mổ TTT. Loại thuốc tê :  
 1. Lidocain đơn thuần  
 2. Lidocain pha Hyasa  
 3. Lidocain pha Bubivacain  
 4. Lidocain pha Adrenaline
2. Nhỏ tê bề mặt:                    1: có    2: Không    Tỷ lệ .....% tổng số ca mổ TTT
3. Gây mê mổ đục TTT:    1: có    2: Không    Tỷ lệ .....% tổng số ca mổ TTT

**II. Sử dụng thuốc kháng sinh**

1. Nhỏ kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật: 1: có    2: Không    Loại .....
2. Bơm kháng sinh tiền phòng trong phẫu thuật: 1: có    2: Không    Loại .....

3. Nhỏ kháng sinh dự phòng sau phẫu thuật: 1: có 2: Không Loại .....
4. Kháng sinh uống sau phẫu thuật: 1: có 2: Không Loại .....

**III. Sử dụng thuốc kháng viêm**

1. Nhỏ kháng viêm Steroide sau mổ: 1: có 2: Không Loại .....
2. Tiêm Steroide sau phẫu thuật: 1: có 2: Không Loại .....
3. Nhỏ kháng viêm NSAIS sau phẫu thuật: 1: có 2: Không Loại .....

**IV. Loại phẫu thuật đang thực hiện tại cơ sở**

1. Lấy Thê thủy tinh bao trong: 1: có 2: Không
2. Lấy Thê thủy tinh ngoài bao đạt IOL 1: có 2: Không
3. Phương pháp PHACO đặt IOL 1: có 2: Không
4. Treo IOL cùng mạc 1: có 2: Không

**D. SỐ LIỆU THỐNG KÊ:**

**I. Số lượng phẫu thuật trong kỳ báo cáo (tính theo năm hoặc tháng)**

1. Số mổ lấy Thê thủy tinh ngoài bao đạt IOL .....ca
2. Số mổ lấy thủy tinh thể bang PHACO đặt IOL.....ca
3. Tổng số trường hợp không đặt được IOL .....ca

**II. Thời gian điều trị nội trú sau phẫu thuật ĐTTT**

1. Xuất viện : 1 Trong ngày; 2 sau 1 ngày; 3 sau 2 ngày; 4 sau  $\geq 3$  ngày
2. Tỷ lệ người bệnh được kiểm tra thị lực trước khi xuất viện: .....%
3. Tỷ lệ người bệnh tái khám sau phẫu thuật
- a. 1 ngày .....%
- b. 7 ngày .....%
- c. 1 tháng .....%

**III. Kết quả thị lực sau**

1. Tổng kết số liệu báo cáo kết quả sau phẫu thuật định kỳ 1: có 2: Không
2. Kết quả thị lực sau phẫu thuật (tính theo năm hoặc tháng)

Mức thị lực đạt	Khi ra viện		Sau 1 tuần		Sau 1 tháng	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Rất kém < ĐNT 3m						
Kém ĐNT 3m - 1/10						
TB 1/10 - 3/10						
Tốt >3/10						

....., ngày tháng năm .....

Người báo cáo