

Số: 573/TB-BVDL

Quảng Nam, ngày 03 tháng 12 năm 2024

**THÔNG BÁO**  
Về việc in ấn giấy tờ, sổ sách năm 2025  
của Bệnh viện Da liễu Quảng Nam

Kính gửi: Các công ty in ấn.

Căn cứ Thông tư 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 của Bộ Y tế Quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ đề xuất của Khoa Điều trị tổng hợp và Phòng KHTH-ĐD-CĐT-TTGDSK trong việc in ấn giấy tờ, sổ sách năm 2025 của Bệnh viện Da liễu Quảng Nam.

Để đảm bảo đúng theo quy định của Nhà nước trong việc xét chọn nhà thầu. Nay Bệnh viện Da Liễu Quảng Nam kính mời quý đơn vị, cửa hàng có đủ điều kiện, năng lực và tư cách pháp nhân gửi báo giá in ấn giấy tờ, sổ sách năm 2025 cho Bệnh viện Da liễu Quảng Nam

- Thời gian nhận chào giá: Kể từ ngày ra thông báo đến hết ngày 12/12/2024.
- Hiệu lực của báo giá: 90 ngày, kể từ ngày ký báo giá; giá này bao gồm VAT và chi phí vận chuyển đến BVDL Quảng Nam.
- Yêu cầu hồ sơ báo giá:
  - + 01 bản chính báo giá bằng tiếng Việt;
  - + 01 bộ giấy tờ in mẫu theo yêu cầu.
- Nội dung in theo yêu cầu sau: (có mẫu kèm theo)

STT	Tên giấy tờ, sổ sách	Đơn vị	Số lượng	Ghi chú
1	Phiếu theo dõi và chăm sóc	Tờ	6000	
2	Tờ thuốc điều trị	Tờ	4000	
3	Tờ điều trị	Tờ	2000	
4	Đơn thuốc	Tờ	2000	
5	Giấy cam kết	Tờ	2000	

Hồ sơ chào giá có thể gửi trực tiếp hoặc qua đường Bưu điện đến Bệnh viện Da Liễu Quảng Nam theo địa chỉ: Phòng TC-HC&TC-KT, Bệnh viện Da liễu Quảng Nam, Đường N24, Phường An Mỹ, TP. Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam, điện thoại: 02353838343.





Lưu ý: Hồ sơ chào giá bỏ vào phong bì, niêm phong kín, bên ngoài ghi rõ nội dung "Tham gia chào giá in ấn giấy tờ, sổ sách năm 2025 cho Bệnh viện Da liễu Quảng Nam" để theo dõi. Người tham dự chào giá phải ghi rõ họ tên, địa chỉ, số điện thoại liên hệ và ký tên khi nộp hồ sơ. Đơn vị chịu trách nhiệm về tính pháp lý của hồ sơ chào giá và các đơn vị chào giá đảm bảo độc lập, không liên quan với nhau.

Rất mong nhận được sự hợp tác của các đơn vị cung cấp.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Đăng Website Bệnh viện;
- Lưu: VT, TC-HC&TC-KT.



**BS.CKI Nguyễn Văn Cẩm**









Họ và tên người bệnh: ..... Tuổi: .....  Nam  Nữ

Khoa: ..... Phòng: ..... Giường: .....

Chẩn đoán: .....

Tiền sử dị ứng:  Chưa ghi nhận  Có, ghi rõ: .....

Ngày:	...../...../20..	...../...../20..	...../...../20..	Chẩn đoán ĐD/Đánh giá mục tiêu
Giờ:				
Phân cấp chăm sóc				<b>Chẩn đoán 1</b>
Nhận định, theo dõi				.....
Chỉ số sinh tồn, sinh trắc	Mạch (lần/phút)			.....
	Nhiệt độ (°C)			<input type="checkbox"/> Mục tiêu 1
	Huyết áp (mmHg)			.....
	Nhịp thở (lần/phút)			<input type="checkbox"/> Mục tiêu 2
	SpO <sub>2</sub> (%)			.....
	Cân nặng			<b>Chẩn đoán 2</b>
	BMI			.....
Toàn thân	Da, niêm mạc			<input type="checkbox"/> Mục tiêu 1
				.....
				<input type="checkbox"/> Mục tiêu 2
				.....
	Tri giác			<b>Chẩn đoán 3</b>
			.....	
Hô hấp				<input type="checkbox"/> Mục tiêu 1
T tuần hoàn				.....
Dinh dưỡng				<input type="checkbox"/> Mục tiêu 2
				.....
Giấc ngủ nghỉ ngơi				<b>Chẩn đoán 4</b>
Vệ sinh cá nhân				.....
Tinh thần				<input type="checkbox"/> Mục tiêu 1
Vận động, PHCN				.....
GDSK				<input type="checkbox"/> Mục tiêu 2
Theo dõi khác	Đau			.....
	Loét do tỳ đè			
	Nguy cơ ngã			
	Cảnh báo sớm			
<b>Can thiệp điều dưỡng</b>				<b>Quy ước ký hiệu</b>
Thực hiện thuốc theo chỉ định				(+): Có
Thực hiện theo chỉ định CLS				(-): Không
Chăm sóc điều dưỡng				(/): Không ghi nhận
Tư vấn, giáo dục sức khỏe				.....
Bàn giao				
Tên điều dưỡng thực hiện				

Ngày:	...../...../20..	...../...../20..	...../...../20..	Chẩn đoán ĐD/Đánh giá mục tiêu
Giờ:				Chẩn đoán 1
Phân cấp chăm sóc				.....
Nhận định, theo dõi				.....
Chỉ số sinh tồn, sinh trắc	Mạch (lân/phút)			<input type="checkbox"/> Mục tiêu 1
	Nhiệt độ (0C)			.....
	Huyết áp (mmHg)			<input type="checkbox"/> Mục tiêu 2
	Nhịp thở (lân/phút)			.....
	SpO2 (%)			Chẩn đoán 2
	Cân nặng			.....
	BMI			<input type="checkbox"/> Mục tiêu 1
Toàn thân	Da, niêm mạc			.....
				...
				<input type="checkbox"/> Mục tiêu 2
				.....
	Tri giác			Chẩn đoán 3
			.....	
Hô hấp				<input type="checkbox"/> Mục tiêu 1
Tuần hoàn				.....
Dinh dưỡng				<input type="checkbox"/> Mục tiêu 2
Giấc ngủ nghỉ ngơi				.....
Vệ sinh cá nhân				Chẩn đoán 4
Tinh thần				.....
Vận động, PHCN				<input type="checkbox"/> Mục tiêu 1
GDSK				.....
Theo dõi khác	Đau			<input type="checkbox"/> Mục tiêu 2
	Loét do tỳ đè			.....
	Nguy cơ ngã			.....
	Cảnh báo sớm			Quy ước ký hiệu
Can thiệp điều dưỡng				(+): Có
Thực hiện thuốc theo chỉ định				(-): Không
Thực hiện theo chỉ định CLS				(/): Không ghi nhận
Chăm sóc điều dưỡng				.....
Tư vấn, giáo dục sức khỏe				.....
Bàn giao				
Tên điều dưỡng thực hiện				















Địa chỉ: Đường N24, phường An Mỹ, Tp Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam  
Fanpage: <https://www.facebook.com/benhviendalieuquangnam>

**ĐƠN THUỐC**

Họ và tên bệnh nhân:..... Tuổi:.....

Địa chỉ:.....

Chẩn đoán:.....

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

Tại Khám:

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ điều trị

ĐT khoa Điều trị:  
02353.83.83.44



## DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN

1. Khám, xét nghiệm, tư vấn và điều trị tất cả các loại bệnh ngoài da
2. Khám, xét nghiệm và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục
3. Chụp và phân tích da bằng máy
4. Điều trị bệnh da bằng chiếu đèn Led
5. Chăm sóc da mụn, da lão hóa, da nhạy cảm, phục hồi da,...
6. Chăm sóc da chuyên sâu bằng máy, năng cơ, xóa nhăn,...
7. Điều trị mụn trứng cá, trẻ hóa da, giãn mạch, đốm nâu, triệt lông...bằng máy IPL
8. Điều trị nám, tàn nhang, đốm sắc tố,.. bằng laser công nghệ cao
9. Điều trị trẻ hóa da bằng lăn kim, laser, IPL...
10. Điều trị bệnh da bằng kỹ thuật ly trích huyết tương giàu tiểu cầu (PRP)
11. Xóa xăm, điều trị các bớt sắc tố
12. Điều trị sẹo lồi bằng tiêm Triamcinolone acetonide trong thương tổn
13. Điều trị sẹo rỗ bằng laser Fractional, lăn kim,...
14. Các dịch vụ thẩm mỹ khác: Tiêm Botox, tiêm Filler, tiêm Mesotherapy
15. Điều trị u vàng, u tuyến mồ hôi, u mềm treo, nốt ruồi... bằng Laser CO2
16. Điều trị u mềm lấy bằng nạo thương tổn
17. Điều trị sần cục, hạt cơm, bớt sùi bằng Nitơ lỏng
18. Điều trị đáy sừng, u mềm treo, mụn cóc, sùi mào gà... bằng Plasma
19. Phẫu thuật cắt bỏ các u nhỏ dưới móng, móng chọc thịt, móng cuộn,...
20. Điều trị đau dây thần kinh sau zona bằng Laser He-Ne
21. Điều trị các bệnh da bằng tia UVB
22. Điều trị các bệnh da bằng ngâm tẩm thuốc tím



## GIẤY CUNG CẤP THÔNG TIN VÀ CAM KẾT CHUNG VỀ NHẬP VIỆN NỘI TRÚ

### I. Thông tin hành chính

Họ và tên người bệnh:.....

Tuổi:.....  Nam  Nữ.

Địa chỉ:.....

Điện thoại:.....

Họ và tên thân nhân khi cần báo tin:.....

là.....của người bệnh.

Điện thoại:.....

Các giấy tờ người bệnh/thân nhân nộp khi nhập viện:

- Bản sao căn cước/hộ chiếu:  Có  Không

- Thẻ BHYT:  Có  Không  Có, không mang theo

- Giấy chuyển viện:  Có  Không

- Khác:.....

### II. Cam kết của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Người bệnh được thông tin, giải thích về tình trạng sức khỏe; phương pháp, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh; được hướng dẫn cách tự theo dõi, chăm sóc, phòng ngừa tai biến.

2. Người bệnh được khám bệnh, chữa bệnh bằng phương pháp an toàn phù hợp với bệnh, tình trạng sức khỏe của mình và điều kiện thực tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Người bệnh được tôn trọng danh dự, bảo vệ sức khỏe và tôn trọng bí mật riêng tư trong khám bệnh,

4. Người bệnh được lựa chọn phương pháp khám bệnh, chữa bệnh. Chấp nhận hoặc từ chối tham gia nghiên cứu y sinh học về khám bệnh, chữa bệnh.

5. Người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh được đọc, xem, sao chụp, ghi chép hồ sơ bệnh án và cung cấp tóm tắt hồ sơ bệnh án khi có yêu cầu bằng văn bản.

6. Người bệnh được cung cấp và giải thích chi tiết về các khoản chi trả dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh khi có yêu cầu.

7. Người bệnh được từ chối khám bệnh, chữa bệnh và rời khỏi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi có văn bản cam kết.

**Sau khi cung cấp các thông tin nêu trên, tôi xác nhận rằng:**

1. Tôi đã giải thích cho người bệnh/thân nhân về nội dung và mục đích của mẫu giấy này.

2. Tôi đã dành đủ thời gian để người bệnh/thân nhân đặt các câu hỏi liên quan đến mẫu đơn và nội dung của mẫu đơn hoặc bất kỳ mối quan tâm nào khác và tôi đã trả lời các câu hỏi/mối quan tâm đó.

3. Tôi tin rằng người bệnh/thân nhân hiểu những điều tôi đã giải thích.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

**Người cung cấp thông tin**

(Ký, ghi rõ họ tên)

### **III. Cam kết của người bệnh**

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi đồng ý vào điều trị tại (tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)..... và cam kết:

1. Tôn trọng các y, bác sỹ và người khác làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Cung cấp trung thực và chịu trách nhiệm về thông tin liên quan đến nhân thân, tiền sử, bệnh sử, tình trạng sức khỏe của tôi, hợp tác đầy đủ với các y, bác sỹ và người khác làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Chấp hành chỉ định về chẩn đoán, phương pháp chữa bệnh của các y, bác sỹ.

4. Chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và các quy định khác.

5. Chấp hành và yêu cầu thân nhân, người đến thăm chấp hành nội quy của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

**Người bệnh/thân nhân**

(Ký, ghi rõ họ tên)