

UBND TỈNH AN GIANG  
**SỞ Y TẾ**

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

Số: /SYT- NVY

An Giang, ngày tháng 10 năm 2021

V/v báo cáo triển khai hoạt động  
khám chữa bệnh từ xa và nhu cầu đào  
tạo chuyên ngành Giải phẫu bệnh

Kính gửi:

- Bệnh viện công lập và tư nhân;
- Trung tâm Y tế huyện, thành phố.

Thực hiện Công văn số 1201/KCB-ĐT&CĐT ngày 01/10/2021 của Cục Quản lý Khám, chữa bệnh về việc báo cáo triển khai hoạt động khám, chữa bệnh từ xa và nhu cầu đào tạo chuyên ngành Giải phẫu bệnh.

Sở Y tế đề nghị các đơn vị báo cáo hoạt động khám chữa bệnh từ xa giai đoạn 2020 - 2021 tại đơn vị (*Theo mẫu Phụ lục 1*) và nhu cầu đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, hội chẩn từ xa chuyên ngành Giải phẫu bệnh – Tế bào học (*Theo mẫu Phụ lục 2*). Báo cáo xin gửi về Phòng Nghiệp vụ Y, Sở Y tế trước **ngày 19/10/2021** để tổng hợp báo cáo về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

Nếu có khó khăn, vướng mắc trong quá trình báo cáo, vui lòng liên hệ BS Ngô Hữu Trí, Phòng Nghiệp vụ Y, ĐT: 0918625055, mail: bstrilxag@gmail.com./.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Lưu: VT, NVY.

**KT.GIÁM ĐỐC  
PHÓ GIÁM ĐỐC**

**Nguyễn Văn Hưng**

Số: /BC

..., ngày ... tháng 10 năm 2021

**TÌNH HÌNH THỰC HIỆN ĐỀ ÁN KHÁM, CHỮA BỆNH TỪ XA  
(Năm 2020-2021)**

Bệnh viện/TTYT: .....

Người báo cáo: .....

Chức danh: .....

Điện thoại: .....

Email: .....

*Ghi chú: Tất cả số liệu báo cáo tính cộng dồn từ khi thực hiện Đề án Khám, chữa bệnh từ xa trong năm 2020 và 2021.*

<b>Nội dung</b>	<b>Số liệu báo cáo</b>
<b>I. Công tác chỉ đạo, điều hành</b>	
1. Thành lập Ban chỉ đạo	Có.....Không.....
2. Phân công bộ phận chuyên trách điều phối đề án	Có.....Không.....
3. Xây dựng kế hoạch	Có.....Không.....
4. Đủ điều kiện thực hiện	Có.....Không.....
<b>II. Công tác chuẩn bị</b>	
1. Đã thực hiện khám chữa bệnh từ xa	Có.....không.....
2. Đã kết nối khám chữa bệnh từ xa với tuyến trên	Có.....không.....
3. Đã hỗ trợ khám, chữa bệnh từ xa cho tuyến huyện	Có.....không.....
4. Số lượng phòng tư vấn/khám chữa bệnh từ xa trực tiếp với bệnh nhân	
5. Số lượng phòng hội chẩn/ khám chữa bệnh từ xa đạt chuẩn công nghệ thông tin	
6. Số lượng chuyên gia đăng ký hội chẩn/khám chữa bệnh từ xa (đối với các bệnh viện tuyến tỉnh, chuyên khoa)	
7. Truyền thông đến người dân	Có.....Không.....
<b>III. Tiếp nhận đào tạo, chuyển giao kỹ thuật từ xa từ tuyến trên</b>	

1. Số buổi đào tạo lý thuyết	
2. Số lượt cán bộ y tế được đào tạo lý thuyết	
3. Số buổi đào tạo thực hành	
4. Số lượt cán bộ y tế được đào tạo thực hành	
5. Số lượng kỹ thuật đã chuyển giao	
6. Số lượng kỹ thuật đã ứng dụng sau chuyển giao	
<b>IV. Nhận hỗ trợ hội chẩn từ xa từ tuyến trên</b>	
1. Chẩn đoán hình ảnh từ xa	
- Số buổi	
- Số lượng bệnh viện tham dự	
- Số lượt cán bộ y tế tham dự	
- Số lượt ca bệnh được hội chẩn	
2. Hội chẩn xét nghiệm từ xa	
- Số buổi	
- Số lượng bệnh viện tham dự	
- Số lượt cán bộ y tế tham dự	
- Số lượt ca bệnh được hội chẩn	
3. Hội chẩn phẫu thuật từ xa	
- Số buổi	
- Số lượng bệnh viện tham dự	
- Số lượt cán bộ y tế tham dự	
- Số lượt ca bệnh được hội chẩn	
4. Hội chẩn tư vấn điều trị từ xa	
- Số buổi	
- Số lượng bệnh viện tham dự	
- Số lượt cán bộ y tế tham dự	
- Số lượt ca bệnh được hội chẩn	
<b>V. Khám chữa bệnh, tư vấn từ xa trực tiếp cho bệnh nhân</b>	
1. Số bệnh viện thực hiện khám chữa bệnh từ xa cho bệnh nhân	
2. Số phòng khám, phòng tư vấn kết nối trực tiếp với bệnh nhân	
3. Số cán bộ y tế đăng ký khám, chữa bệnh từ xa	
4. Số lượt bệnh nhân đã được khám chữa bệnh, tư vấn từ xa	
<b>VI. Kinh phí</b>	
<b>1. Đầu tư xây dựng ban đầu</b>	

a. Ngân sách Trung ương	
b. Ngân sách tỉnh	
c. Nguồn bảo hiểm y tế	
d. Nguồn tự chủ bệnh viện	
e. Nguồn khác	
<b>2. Chi phí vận hành, duy trì</b>	
a. Ngân sách Trung ương	
b. Ngân sách tỉnh	
c. Nguồn bảo hiểm y tế	
d. Nguồn tự chủ bệnh viện	
e. Nguồn khác	

Góp ý và đề xuất đối với việc triển khai Đề án Khám, chữa bệnh từ xa tại địa phương:

1. Thuận lợi
2. Hạn chế
3. Phương hướng trong thời gian tới
4. Đề xuất

**Người báo cáo**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Lãnh đạo đơn vị**  
(Ký tên, đóng dấu)

UBND TỈNH AN GIANG

SỞ Y TẾ

**TỔNG HỢP NHU CẦU ĐÀO TẠO, CHUYỂN GIAO KỸ THUẬT, HỘI CHẨN TỪ  
XA CHUYÊN NGÀNH GIẢI PHẪU BỆNH – TẾ BÀO HỌC**

Bệnh viện/TTYT: .....

Người báo cáo: .....

Nội dung	Số liệu báo cáo
<b>I. Hiện trạng tổ chức và nhân lực Giải phẫu bệnh – Tế bào học</b>	
<b>1. Bệnh viện tuyến tỉnh (cả đa khoa và chuyên khoa)</b>	
- Có khoa/bộ phận giải phẫu bệnh – tế bào học	Có.....Không.....
- Số lượng BS chuyên khoa giải phẫu bệnh – tế bào học	
- Số lượng KTV được đào tạo giải phẫu bệnh – tế bào học	
<b>2. Trung tâm Y tế huyện, thành phố</b>	
- Có thực hiện các dịch vụ, kỹ thuật giải phẫu bệnh – tế bào học	Có.....Không.....
- Số lượng BS được đào tạo giải phẫu bệnh – tế bào học (cả ngắn và dài hạn)	
- Số lượng KTV được đào tạo giải phẫu bệnh – tế bào học (cả ngắn và dài hạn)	
<b>II. Nhu cầu hỗ trợ từ xa chuyên ngành giải phẫu bệnh-tế bào học</b>	
<b>1. Bệnh viện tuyến tỉnh (cả đa khoa và chuyên khoa)</b>	
- Nhu cầu đào tạo, chuyển giao kỹ thuật Giải phẫu bệnh – Tế bào học (ghi tên cụ thể các bệnh viện có nhu cầu)	1. .... 2. ....

	3. .... 4. .... 5. .... 6. ....
- Nhu cầu hội chẩn kết quả Giải phẫu bệnh – Tế bào học <i>(ghi tên cụ thể các bệnh viện có nhu cầu)</i>	1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. .... 6. ....
- Nhu cầu gửi mẫu lên bệnh viện tuyến trên hỗ trợ thực hiện kỹ thuật và đọc kết quả Giải phẫu bệnh – Tế bào học <i>(ghi tên cụ thể các bệnh viện có nhu cầu)</i>	1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. .... 6. ....
<b>2. Trung tâm Y tế huyện</b>	
- Nhu cầu đào tạo, chuyển giao kỹ thuật Giải phẫu bệnh – Tế bào học	Có.....Không.....
- Nhu cầu hội chẩn kết quả Giải phẫu bệnh – Tế bào học	
- Nhu cầu gửi mẫu lên bệnh viện tuyến trên hỗ trợ thực hiện kỹ thuật và đọc kết quả Giải phẫu bệnh – Tế bào học	

**Người báo cáo**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Lãnh đạo đơn vị**  
(Ký tên, đóng dấu)

