




Phụ lục I

(Ban hành kèm theo Thông tư số... /.....ngày....tháng....năm....)

PHIẾU CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN TỬ VONG

Thông tin chung về hành chính Họ và tên: Mã số người bệnh:.....															
Giới tính			<input type="checkbox"/> Nữ			<input type="checkbox"/> Nam			<input type="checkbox"/> Không rõ						
Ngày/ tháng/năm sinh								Ngày/tháng/năm tử vong							
Phần A: Thông tin về Y tế: Mục 1 và 2															
Mục 1.		Chuỗi sự kiện		Chẩn đoán nguyên nhân tử vong				Khoảng thời gian ước tính từ khi khởi phát sự kiện đến khi tử vong							
nguyên nhân tử vong trực tiếp*				a											
Chuỗi sự kiện (bệnh dòng dưới dẫn đến nguyên nhân của bệnh dòng trên) Dòng cuối cùng của chuỗi là nguyên nhân chính gây tử vong				b											
				c											
				d											
Mục 2. Bệnh/tình trạng quan trọng khác góp phần vào tử vong															

Lưu ý: Đây không phải là hình thức tử vong, ví dụ: suy tim, suy hô hấp mà là bệnh, chấn thương hoặc biến chứng gây ra tử vong.

Phần B: Các thông tin y tế khác											
1. Phẫu thuật có được thực hiện trong vòng 4 tuần qua?						<input type="checkbox"/> Có		<input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Không biết	
1.1 Nếu có xin vui lòng ghi rõ ngày phẫu thuật (ngày,tháng,năm)											
1.2 Nếu có, vui lòng ghi rõ lý do phải phẫu thuật (bệnh hoặc tình trạng)											
2. Đã khám nghiệm tử thi?						<input type="checkbox"/> Có		<input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Không biết	

Nếu có khám nghiệm tử thi, kết quả khám nghiệm tử thi có được sử dụng để ghi trong phiếu chẩn đoán NNTV?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
3. Hình thức tử vong				
<input type="checkbox"/> Bệnh	<input type="checkbox"/> Bị tấn công		<input type="checkbox"/> Không thể xác định	
<input type="checkbox"/> Tai nạn	<input type="checkbox"/> Liên quan đến pháp luật (Chấp hành bản án tử hình hoặc bị lực lượng chức năng bắn chết khi phạm tội hoặc do bị trúng đạn...)		<input type="checkbox"/> Chờ điều tra	
<input type="checkbox"/> Cố ý làm hại bản thân	<input type="checkbox"/> Chiến tranh		<input type="checkbox"/> Không biết	
Thông tin về nguyên nhân bên ngoài của chấn thương hoặc ngộ độc:		Ngày bị chấn thương		
Mô tả nguyên nhân bên ngoài dẫn đến chấn thương (Nếu ngộ độc, vui lòng ghi rõ chất gây ngộ độc)				
4. Nơi xảy ra tử vong do nguyên nhân bên ngoài				
<input type="checkbox"/> Tại nhà	<input type="checkbox"/> Khu dân cư	<input type="checkbox"/> Trường học, khu hành chính khác,	<input type="checkbox"/> Khu thể thao	
<input type="checkbox"/> Trên đường đi	<input type="checkbox"/> Khu thương mại và dịch vụ	<input type="checkbox"/> Khu công nghiệp	<input type="checkbox"/> Nông trại	
<input type="checkbox"/> Địa điểm khác (vui lòng ghi rõ):			<input type="checkbox"/> Không biết	
Tử vong thai nhi hoặc trẻ sơ sinh				
Đa thai		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Sinh non		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Nếu chết trong vòng 24h, ghi rõ số giờ sống sót sau sinh		Cân nặng khi sinh (gram)		
Số tuần mang thai của thai kỳ		Tuổi của mẹ (năm)		
Nếu là chết chu sinh, xin vui lòng cho biết tình trạng của người mẹ có ảnh hưởng đến thai nhi và trẻ sơ sinh				
Người chết có đang mang thai không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
<input type="checkbox"/> Tại thời điểm tử vong		<input type="checkbox"/> Trong vòng 42 ngày trước khi tử vong		

<input type="checkbox"/> Từ 43 ngày đến 1 năm trước khi chết	<input type="checkbox"/> Không biết		
Việc mang thai có góp phần gây ra tử vong không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết

Kết luận: Chẩn đoán nguyên nhân chính gây tử vong:.....

Mã ICD 10:.....

<p>Người lập phiếu (Ký, ghi rõ họ tên, chức vụ)</p>	<p>....., ngày.....tháng.....năm 20..... Thủ trưởng cơ quan/tổ chức báo tử (Ký, ghi rõ họ tên, chức vụ, đóng dấu)</p>
--	---

Lưu ý: Trường hợp bệnh nhân tử vong khi đang trên đường đi cấp cứu, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vẫn làm Phiếu chuẩn đoán nguyên nhân tử vong, trường hợp không rõ nguyên nhân tử vong thì ghi **không xác định**.

Hướng dẫn điền phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong

Thông tin chung về hành chính:

- Họ và tên: Họ, chữ đệm, tên của người tử vong ghi bằng chữ in hoa, có dấu. Trường hợp trẻ sơ sinh tử vong chưa có tên thì ghi tên của cha/mẹ hoặc người nuôi dưỡng trẻ.

- Giới tính: tích (✓) vào ô tương ứng

- Ngày/tháng/năm sinh (năm dương lịch): ghi bằng số vào các ô tương ứng. Ví dụ: 15/01/1950

- Ngày/tháng/năm tử vong (năm dương lịch): ghi bằng số vào các ô tương ứng. Ví dụ: 02/11/2020

Phần A: Thông tin về y tế gồm 2 mục: Mục 1 để mô tả những bệnh có liên quan trong chuỗi các sự kiện trực tiếp dẫn đến tử vong với các cột bên phải về nguyên nhân tử vong, khoảng thời gian ước tính từ khi khởi phát sự kiện đến khi tử vong; Mục 2 là bệnh hoặc tình trạng quan trọng khác góp phần vào tử vong.

**Cách ghi cột chẩn đoán nguyên nhân gây tử vong:*

Nguyên nhân chính gây tử vong là một bệnh, một tình trạng hay một hoàn cảnh tai nạn mà nếu không có nó thì bệnh nhân đã không tử vong. Khi một bệnh dẫn đến nhiều biến chứng liên tiếp để gây tử vong, thì nguyên nhân chính gây tử vong là bệnh ban đầu.

Thuật ngữ “chuỗi sự kiện” đề cập đến hai hoặc nhiều bệnh được ghi vào các dòng b, c hoặc d ở Mục 1.; Mỗi bệnh ghi ở dòng phía dưới là nguyên nhân có thể của bệnh ghi ở dòng phía trên (mối quan hệ nhân quả giữa 2 bệnh).

- Nếu chỉ có một nguyên nhân tử vong, chỉ cần điền nguyên nhân vào dòng thứ nhất (a), lấy nguyên nhân này là nguyên nhân chính.

Ví dụ: tử vong do tự tử hoặc do đánh nhau

- Nếu có nhiều nguyên nhân tử vong:

Nguyên nhân trực tiếp điền vào (a), nguyên nhân gây ra (a) được ghi vào dòng (b), và tương tự như vậy cho dòng tiếp sau. Như vậy nguyên nhân khởi đầu chuỗi sự kiện dẫn đến tử vong sẽ được điền vào dòng dưới cùng.

**Cách ghi cột khoảng thời gian ước tính từ khi khởi phát đến khi tử vong:*

Khoảng thời gian là thời gian từ khi khởi phát của mỗi tình trạng/bệnh được ghi trên giấy chứng nhận và ngày tử vong.

Ví dụ về việc ghi thông tin Phần A của phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong:

Phần A: Thông tin y tế: Mục 1 và Mục 2				
Mục 1 - Nguyên nhân/bệnh trực tiếp dẫn đến tử vong ghi vào dòng (a) - Tình trạng bệnh tật/nguyên nhân dẫn đến tình trạng bên trên (nguyên nhân trung gian) - Nguyên nhân chính gây tử vong được ghi ở dòng cuối cùng của chuỗi sự kiện		Nguyên nhân	Khoảng thời gian từ khi khởi phát bệnh đến khi tử vong	
	↻	a	Xuất huyết não	4 tiếng
	↻	b	Ung thư di căn não	4 tháng
	↻	c	Ung thư vú.	5 năm
	↻	d	
Mục 2 Các tình trạng, điều kiện sức khoẻ khác góp phần dẫn đến tử vong (khoảng thời gian xuất hiện tình trạng bệnh ghi trong dấu ngoặc đơn)		Tăng huyết áp (3 năm), Tiểu đường (10 năm)		

* Chẩn đoán nguyên nhân chính gây tử vong: Ung thư vú

Phần A - Mục 2 ghi thông tin về bất kỳ bệnh điển hình nào khác góp phần vào hậu quả tử vong nhưng không liên quan trực tiếp đến bệnh hoặc tình trạng bệnh gây ra tử vong.

Phần B- Các thông tin y tế khác của giấy chứng nhận tử vong để thu thập các thông tin liên quan đến phẫu thuật (nếu tử vong liên quan đến phẫu thuật), thông tin về hình thức tử vong, nơi xảy ra tử vong do nguyên nhân bên ngoài, tử vong đối với thai nhi và trẻ sơ sinh và thông tin liên quan đến tử vong mẹ. Tích chọn vào ô tương ứng

Phần Kết luận: Ghi rõ chẩn đoán nguyên nhân chính gây tử vong và mã ICD 10 tương ứng, Trường hợp người bệnh tử vong trên đường chuyển tuyến/ được chuyển từ nơi khác đến thì đơn vị được chuyển đến không xác định được nguyên nhân tử vong sẽ ghi là **không xác định**

Cuối cùng ghi rõ người lập biểu.

Thủ trưởng cơ quan khám chữa bệnh ký, đóng dấu./.