

QUALITY OF INPATIENT MEDICAL RECORDS AT HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

Le Quang Trung*, Nguyen Thi Mai, Nguyen Thi Thanh Nhan

Hai Duong University of Medical Technology - 229 Nguyen Luong Bang, Le Thanh Nghi Ward, Hai Phong City, Vietnam

Received: 30/10/2025

Revised: 15/11/2025; Accepted: 08/01/2026

ABSTRACT

Objectives: Describe the current status of inpatient medical record recording quality according to the medical record sub-item recording standards prescribed by the Ministry of Health.

Subjects and methods: This cross-sectional study was conducted on 268 inpatient medical records at Hai Duong Medical Technical University Hospital from January 2023 to December 2023.

Results: When assessing individual items, the general information section of the medical records was recorded with high accuracy and completeness, such as full name, date of birth, and sex of patients (98-99.3%). Healthcare staff adhered to detailed documentation without abbreviations in the administrative section in 92.2% of cases. However, some items were documented with notably low rates, for example, specific and detailed address information was recorded completely in only 6% of cases. Most of the criteria in the section on the status of recording the content of performing paraclinical indications in medical records reached over 90%, the lowest comprehensive medical order criterion is 87.3%. The section of care card of 76.1%.

Conclusion: From the research results, it is necessary to prioritize monitoring and focus on these shortcomings in medical record recording to enhance the quality of records for future assessment.

Keywords: Medical records, hospital, inpatient.

*Corresponding author

Email: letrunghmtu@gmail.com Phone: (+84) 971899555 DOI: 10.52163/yhc.v67i1.4192



THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG GHI CHÉP HỒ SƠ BỆNH ÁN NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG NĂM 2023

Lê Quang Trung*, Nguyễn Thị Mai, Nguyễn Thị Thanh Nhân

Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương - 229 Nguyễn Lương Bằng, P. Lê Thanh Nghị, Tp. Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận: 30/10/2025

Ngày sửa: 15/11/2025; Ngày đăng: 08/01/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú theo tiêu chuẩn ghi chép tiểu mục hồ sơ bệnh án của Bộ Y tế quy định.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 268 hồ sơ bệnh án nội trú tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023.

Kết quả: Khi đánh giá từng mục, phần thông tin chung của hồ sơ bệnh án được ghi chép với tỷ lệ chính xác, đầy đủ như mục họ và tên, ngày tháng năm sinh, giới tính người bệnh đạt 98-99,3%, nhân viên y tế tuân thủ ghi chép chi tiết, không viết tắt ở phần hành chính đạt 92,2%. Tuy nhiên, có mục nhân viên y tế ghi chép có tỷ lệ đạt dưới 80% như địa mục chỉ cụ thể, đầy đủ, chi tiết chỉ đạt 6%. Hầu hết các tiêu chí trong phần thực trạng ghi chép nội dung thực hiện chỉ định cận lâm sàng bên trong hồ sơ bệnh án đều đạt trên 90%, tiêu chí y lệnh toàn diện đạt tỷ lệ thấp nhất (87,3%). Mục ghi chép hoàn chỉnh, chính xác phiếu chăm sóc, phiếu theo dõi người bệnh đạt tỉ lệ thấp (76,1%).

Kết luận: Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, cần ưu tiên giám sát tập trung vào những thiếu sót này trong ghi chép hồ sơ bệnh án để tăng cường hơn nữa chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án trong thời gian tới.

Từ khóa: Hồ sơ bệnh án, bệnh viện, nội trú.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hồ sơ bệnh án là tài liệu khoa học về chuyên môn kỹ thuật, chứng từ tài chính, tài liệu pháp lý. Ghi chép hồ sơ bệnh án phù hợp là một thành phần quan trọng của thực hành an toàn và hiệu quả, đây là cơ sở cung cấp bằng chứng về quá trình điều trị và chăm sóc chuyên môn, phản ánh việc áp dụng kiến thức, kỹ năng vào thực tiễn lâm sàng. Việc đảm bảo chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án sẽ góp phần giúp cho công tác khám, chữa bệnh, nghiên cứu khoa học và đào tạo đạt hiệu quả cao [7], [9]. Ghi chép hồ sơ bệnh án tốt phản ánh trách nhiệm của nhân viên y tế và là hồ sơ pháp lý của các sự kiện và nguồn chứng cứ y khoa quan trọng. Nếu hồ sơ bệnh án ghi chép không đầy đủ, thiếu bằng chứng khoa học về các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, thiếu tiến trình diễn biến bệnh, hoặc mâu thuẫn, sai lệch thông tin bệnh... sẽ dẫn tới những vấn đề thất thoát tiền bạc, vi phạm pháp lý cho cán bộ y tế, thậm chí làm tổn hại thêm cho người bệnh [2].

Thực tế, trên thế giới và Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về việc ghi chép hồ sơ bệnh án. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đều chỉ ra sự thiếu cẩn trọng trong ghi chép bệnh án

của nhân viên y tế. Tại Mỹ (2008) có tới 64,4% hồ sơ không mô tả được tình trạng bệnh, 57,8% thiếu phần chẩn đoán [8]. Tại Việt Nam, nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí (2011) cho thấy 57% hồ sơ bệnh án ghi thiếu các thông tin ở phần hành chính, 37% hồ sơ bệnh án không ghi chép đầy đủ các triệu chứng của người bệnh [1]. Ghi chép hồ sơ bệnh án là một việc làm thường quy; tuy nhiên, mỗi cơ sở y tế, mỗi nhân viên y tế chấp hành việc ghi chép hồ sơ bệnh án phụ thuộc vào trình độ chuyên môn, tính cẩn thận, ý thức của mỗi nhân viên y tế, cơ chế xử phạt... có sự khác nhau.

Để đảm bảo quyền lợi cho người bệnh và tránh thất thoát tài chính cho bệnh viện, nhất là trong thanh quyết toán cho người bệnh có thể bảo hiểm y tế, nên thực hiện đúng quy chế làm hồ sơ bệnh án rất quan trọng. Tại Hải Dương, đặc biệt Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương chưa có nghiên cứu nào về việc ghi chép hồ sơ bệnh án của bệnh nhân nội trú, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu thực trạng chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm

*Tác giả liên hệ

Email: letrunghmtu@gmail.com Điện thoại: (+84) 971899555 DOI: 10.52163/yhc.v67i1.4192

2023 với mục tiêu: mô tả thực trạng chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú theo tiêu chuẩn ghi chép tiểu mục hồ sơ bệnh án của Bộ Y tế quy định.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là hồ sơ bệnh án và báo cáo thống kê bệnh viện, báo cáo kết quả kiểm tra hồ sơ bệnh án.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: nghiên cứu mô tả được thực hiện trên bệnh án nội trú tại Khoa Nội tổng hợp từ lúc bệnh nhân vào viện đến khi bệnh nhân ra viện, từ ngày 01/01/2023 đến ngày 31/12/2023; báo cáo thống kê bệnh viện, báo cáo kết quả kiểm tra hồ sơ bệnh án hàng tháng từ ngày 01/01/2023 đến ngày 31/12/2023.

- Tiêu chuẩn loại trừ: hồ sơ bệnh án nội trú của bệnh nhân có bảo hiểm y tế chưa xuất viện hoặc bệnh nhân điều trị ngoại trú.

2.2. Thời gian nghiên cứu, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu số liệu từ hồ sơ bệnh án.

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

- Phương pháp chọn mẫu: số lượng hồ sơ bệnh án trong năm 2023 có 2313 bệnh án nội trú. Ước kính hệ số K là 9, rút ngẫu nhiên trên danh sách thứ tự hồ sơ bệnh án từ Phòng Kế hoạch tổng hợp, cỡ mẫu ước tính là 268 hồ sơ bệnh án. Lấy mẫu ngẫu nhiên hồ sơ bệnh án từ ngày 01/01/2023 đến ngày 31/12/2023.

- Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ ghi đạt phần hành chính (n = 268)

Hành chính	Ghi đạt		Ghi không đạt	
	n	%	n	%
Họ tên bệnh nhân	266	99,3	2	0,7
Ngày sinh	263	98,1	5	1,9
Giới tính	265	98,9	3	1,1
Nghề nghiệp	224	83,6	44	16,4
Dân tộc	265	98,9	3	1,1
Ngoại kiều	266	99,3	2	0,7
Địa chỉ	16	6,0	252	94

Hành chính	Ghi đạt		Ghi không đạt	
	n	%	n	%
Nơi làm việc	10	3,7	258	96,3
Đối tượng	255	95,1	13	4,9
Bảo hiểm y tế	257	95,9	11	4,1
Họ tên và địa chỉ người nhà	259	96,6	9	3,4
Không viết tắt ở phần hành chính	247	92,2	21	7,8

Bảng 1 cho thấy các mục trong phần hành chính ở phần thông tin chung của hồ sơ bệnh án được ghi chép với tỷ lệ đạt rất cao như mục họ và tên bệnh nhân đạt 99,3% (266 hồ sơ bệnh án), mục không viết tắt ở phần hành chính đạt 92,2% (247 hồ sơ bệnh án). Có 2 mục mà tỷ lệ đạt dưới 80% là địa chỉ đạt 6% (16 hồ sơ bệnh án) và nơi làm việc chỉ đạt 3,7% (10 hồ sơ bệnh án).

Bảng 2. Thực trạng ghi chép nội dung thực hiện chỉ định cận lâm sàng bên trong hồ sơ bệnh án (n = 268)

Nội dung bên trong hồ sơ bệnh án	Ghi đạt		Ghi không đạt	
	n	%	n	%
Có làm đủ các xét nghiệm cận lâm sàng cơ bản	247	92,2	21	7,8
Có làm xét nghiệm cận lâm sàng để theo dõi quá trình điều trị nếu cần thiết	265	98,9	3	1,1
Chẩn đoán bệnh phù hợp với triệu chứng lâm sàng đã mô tả và kết quả xét nghiệm cận lâm sàng	251	93,7	17	6,3
Cho chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng nhận xét với chẩn đoán bệnh, với diễn biến bệnh	251	93,7	17	6,3
Bác sĩ điều trị khám bệnh, ghi nhận xét, ra y lệnh điều trị hàng ngày	263	98,1	5	1,9
Y lệnh toàn diện: chỉ định thuốc, phân cấp chăm sóc, theo dõi, chế độ dinh dưỡng, chỉ định thủ thuật, được ghi vào bệnh án. Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng được sử dụng và sao chép vào bệnh án	234	87,3	34	12,7
Chỉ định thuốc hàng ngày đầy đủ: tên thuốc rõ ràng, đúng danh pháp, hàm lượng, liều dùng, đường dùng, thời gian dùng và cách dùng	257	95,9	11	4,1

Nội dung bên trong hồ sơ bệnh án	Ghi đạt		Ghi không đạt	
	n	%	n	%
Thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần, thuốc kháng sinh có đánh số thứ tự, thuốc gây nghiện liều lượng viết bằng chữ	224	99,6	1	0,4
Biên bản hội chẩn thuốc có dấu (*)	267	99,6	1	0,4
Bác sĩ ký, ghi rõ họ tên sau khi thăm khám, ra y lệnh, hội chẩn, phiếu xét nghiệm cận lâm sàng...	257	95,9	11	4,1

Bảng 2 cho thấy, trong 10 tiêu chí bên trong hồ sơ bệnh án, hầu hết các tiêu chí đều đạt trên 90%: người bệnh vào viện được chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng đạt 92,2%; mục chỉ định thuốc hàng ngày đầy đủ: tên thuốc rõ ràng, đúng danh pháp, hàm lượng, liều dùng, đường dùng, thời gian dùng và cách dung đạt 95,9%...; mục y lệnh toàn diện đạt 87,3%.

Bảng 3. Thực trạng ghi chép nội dung phần theo dõi thông tin điều trị bên trong hồ sơ bệnh án

Nội dung bên trong hồ sơ bệnh án	Ghi đạt		Ghi không đạt	
	n	%	n	%
Hội chẩn khi dùng thuốc, chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng cần hội chẩn (n = 12)	11	91,7	1	8,3
Phiếu hội chẩn khi người bệnh phải phẫu thuật, cam kết phẫu thuật, phiếu đánh giá trước phẫu thuật, ghi chép đầy đủ, có đầy đủ chữ ký (n = 8)	4	50,0	4	50,0
Ghi chép đầy đủ, hoàn chỉnh, chính xác phiếu chăm sóc, phiếu theo dõi người bệnh (sao chép y lệnh đầy đủ) (n = 268)	204	76,1	64	23,9
Phiếu thử phản ứng khi tiêm thuốc kháng sinh theo y lệnh, ghi chép đầy đủ, chính xác (n = 4)	3	75,0	1	25,0
Phiếu theo dõi khi truyền dịch, truyền máu cho người bệnh, ghi chép đầy đủ, chính xác (n = 268)	264	98,5	4	1,5
Hồ sơ được dán đúng theo trình tự thời gian và thứ tự từng phần theo quy định (n = 268)	266	99,3	2	0,7
Hồ sơ giữ sạch sẽ, không rách nát (n = 268)	268	100	0	0

Bảng 3 cho thấy, trong 8 tiêu chí, tiêu chí hồ sơ giữ sạch sẽ, không rách nát đạt 100%, trình tự dán trong hồ sơ chính xác, ghi chép thông tin trong điều trị đạt 99,3%, mục hội chẩn khi dùng thuốc, chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng cần hội chẩn đạt 91,7%. Tuy nhiên, phần ghi chép hoàn chỉnh, chính xác phiếu chăm sóc, phiếu theo dõi người bệnh (sao chép y lệnh đầy đủ) chiếm tỉ lệ đạt thấp với 76,1% (204 hồ sơ bệnh án). Phẫu thuật cần hội chẩn, cam kết phẫu thuật, phiếu đánh giá trước phẫu thuật, ghi chép đầy đủ, có đầy đủ chữ ký đạt 50%.

4. BÀN LUẬN

Ở phần hành chính, qua thực tế kiểm tra hồ sơ bệnh án cho thấy, tiểu mục địa chỉ ghi chép không đạt do ghi chép thiếu thông tin số nhà, đường phố hay thôn xóm, lý do không đạt mục nơi làm việc phần lớn do bị bỏ trống. Có thể đây là những thông tin hành chính nên chưa được các y, bác sĩ chú trọng. Nghiên cứu định tính cũng cho thấy thông tin hành chính thường bị bỏ sót hoặc viết tắt nhưng thông tin chuyên môn thì được ghi chép cẩn thận hơn.

Qua bảng 1 cho thấy, tiêu chí không viết tắt trong phần hành chính đạt tỷ lệ 92,2%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Thu và cộng sự (2021) đạt 82,5% vì phần này được kiểm soát chặt lúc giao nhận hồ sơ giữa khoa và Phòng Kế hoạch tổng hợp trước khi lưu trữ, từ thường hay viết tắt nhất là "BT" [6].

Mục địa chỉ đạt kết quả thấp (6%), thấp hơn hẳn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Thu và cộng sự đạt 73,5%. Nguyên nhân do bác sĩ chỉ ghi địa chỉ xã/phường, bỏ qua địa chỉ thôn nên đề tài cũng đánh giá không đầy đủ. Mục nơi làm việc cũng đạt kết quả thấp, chỉ 3,7%, có thể do ý nghĩ chủ quan của nhân viên y tế: có địa chỉ thì không cần nơi làm việc [6].

Các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà cùng cộng sự (2021) và Lê Thị Mận (2013) cũng cho thấy thông tin hành chính trong hồ sơ bệnh án chưa được chú trọng, nên thường bị thiếu hoặc bỏ sót, do thông tin bị chồng chéo và trùng lặp, đặc biệt là thông tin hành chính, nên nhân viên y tế có thói quen viết tắt, viết ẩu hoặc viết thiếu [3-4].

Qua bảng 2, thực trạng ghi chép nội dung thực hiện chỉ định cận lâm sàng bên trong hồ sơ bệnh án cho thấy các tiểu mục được hoàn thiện với tỷ lệ cao, hầu hết trên 90%, trong đó các tiểu mục chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng, làm đủ xét nghiệm cận lâm sàng đạt 92,2% và 98,9% số hồ sơ. Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự (2021) đạt 97,2% [3]. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Thu và cộng sự (2021) đạt 84,8% [6]. Chỉ định thuốc hàng ngày đầy đủ: tên thuốc rõ ràng, đúng danh pháp, hàm lượng, liều dùng, đường dùng, thời gian dùng và cách dùng đạt 95,9%. Kết quả này khá cao, tuy nhiên thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự năm 2020 tại Bệnh viện Phổi Sơn La đạt 100% [3]. Mục thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần, thuốc kháng sinh có đánh số thứ tự, thuốc gây nghiện liều lượng viết bằng chữ, biên bản hội chẩn thuốc có dấu (*) đạt tỉ lệ cao nhất trong bảng, chiếm 99,6%, cao hơn

ngghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Thu và cộng sự đạt 80,3% [6]. Điều này cho thấy các bác sĩ rất để ý đến thực trạng kháng kháng sinh và các thuốc gây nghiện hiện nay. Mục bác sĩ ký, ghi rõ họ tên sau khi thăm khám, ra y lệnh, hội chẩn, phiếu xét nghiệm cận lâm sàng... đạt 95,9% số hồ sơ, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Thu và cộng sự (79,8%) [6]. Kết quả này cho thấy công tác kiểm tra, rà soát hồ sơ bệnh án được thực hiện tương đối kỹ. Đạt tỷ lệ thấp nhất trong phần này là tiểu mục y lệnh toàn diện chỉ định thuốc, phân cấp chăm sóc, theo dõi, chế độ dinh dưỡng, chỉ định thủ thuật, được ghi vào bệnh án, kết quả xét nghiệm cận lâm sàng được sử dụng và sao chép vào bệnh án đạt 87,3%, cao hơn nghiên cứu của Đào Anh Sơn (2017) đạt 55,5%, nhưng vẫn thấp hơn của Nguyễn Thị Thu Hà (2021) đạt 99,5% [5-6].

Bảng 3 cho thực trạng ghi chép nội dung phần theo dõi thông tin điều trị bên trong hồ sơ bệnh án, tiêu chí hồ sơ giữ sạch sẽ, không rách nát đạt 100%, hồ sơ được dán đúng theo trình tự thời gian và thứ tự từng phần theo quy định đạt 99,3%. Đây là kết quả tốt, cần được duy trì và tiếp tục hoàn thiện hơn trong thời gian tới. Các tiểu mục có hội chẩn khi dùng thuốc, chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng, cần hội chẩn đạt tỷ lệ 91,7%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Thu và cộng sự (61,8%) [6]. Mục có đầy đủ, ghi chép hoàn chỉnh, chính xác phiếu chăm sóc, phiếu theo dõi người bệnh đạt tỷ lệ 76,1%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Thu và cộng sự (83,0%) [6]. Nguyên nhân do người bệnh cấp cứu, bác sĩ ưu tiên việc thăm khám và điều trị người bệnh, sau đó mới hoàn thiện phiếu chăm sóc và phiếu theo dõi người bệnh. Mục có phiếu thử phản ứng khi tiêm thuốc kháng sinh theo y lệnh, ghi chép đầy đủ, chính xác đạt 75%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự (100%) [3].

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu tiến hành kiểm tra chất lượng ghi chép trên 268 hồ sơ bệnh án nội trú tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương cho thấy: phần thông tin chung của hồ sơ bệnh án được ghi chép với tỷ lệ đạt rất cao; ghi chép với tỷ lệ chính xác, đầy đủ như mục họ và tên, ngày tháng năm sinh, giới tính người bệnh đạt 98-99,3%, nhân viên y tế tuân thủ ghi chép chi tiết, không viết tắt ở phần hành chính đạt 92,2%. Tuy nhiên, có mục nhân viên y tế ghi chép có tỷ lệ đạt dưới 80% như địa mục chỉ cụ thể, đầy đủ, chi tiết chỉ đạt 6%. Thực trạng ghi chép nội dung thực hiện chỉ định cận lâm sàng bên trong hồ sơ bệnh án tất cả các tiêu chí hầu hết đạt trên 90%, tiêu chí y lệnh toàn diện thấp nhất đạt 87,3%. Thực trạng ghi

chép nội dung phần theo dõi thông tin điều trị bên trong hồ sơ bệnh án, tiêu chí hồ sơ giữ sạch sẽ, không rách nát đạt 100%. Y lệnh toàn diện đạt 87,3%. Mục ghi chép hoàn chỉnh, chính xác phiếu chăm sóc, phiếu theo dõi người bệnh chiếm tỉ lệ đạt thấp với 76,1%.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, cần ưu tiên giám sát tập trung vào những thiếu sót này trong ghi chép hồ sơ bệnh án để tăng cường hơn nữa chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển - Uông Bí. Báo cáo tổng kết kết quả kiểm tra hồ sơ bệnh án năm 2011, 2011.
- [2] Bộ Y tế. Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 về việc ban hành Quy chế bệnh viện.
- [3] Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự. Thực trạng ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú tại Bệnh viện Phổi tỉnh Sơn La năm 2020. Tạp chí Nghiên cứu Y học 2021, 144 (8): 207-213.
- [4] Lê Thị Mận. Thực trạng ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2013. Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, 2013.
- [5] Đào Anh Sơn. Thực trạng ghi chép hồ sơ bệnh án nội khoa tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2017. Khóa luận tốt nghiệp đại học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2017.
- [6] Nguyễn Thị Hoài Thu, Lê Đình Sáng, Phùng Thanh Hùng. Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2019. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2021. 144 (8): 186-194.
- [7] Bambang Dwi Hs. Legal aspect of patient's medical record. Proceedings of the International Conference on Law Reform (INCLAR 2019). Atlantis Press, 2020: 76-79.
- [8] Dunlay S.M, Alexander K.P, Melloni C et al. Medical records and quality of care in acute coronary syndromes: Results from crusade. Arch Intern Med, 2008, 168 (15): 1692-1698. 10.1001/archinte.168.15.1692.
- [9] Singh M, Patnaik S, Sridhar B. Medical audit of documentation of inpatient medical record in a multispecialty hospital in India. International Journal of Research Foundation of Hospital and Health Care Administration, 2017, 5: 77-83.