



The Fred Hollows  
Foundation

**VIỆT NAM**

Đà Nẵng, ngày 24 tháng 02 năm 2020

Số: 17/FHF-CV2020

Kính gửi: **Sở Y tế tỉnh Bình Phước**

Add: 7th floor – Sacombank Building  
130 -132 Bach Dang Street,  
Da Nang City, Viet Nam  
Tel: (+84 511) 3832999  
Fax: (+84 511) 3832996  
Email: fhfvn@hollows.org.vn  
Website: www.hollows.org.vn

*(V/v: Đề nghị cung cấp thông tin về tình hình chăm sóc mắt tại địa phương)*

Quý Fred Hollows tại Việt Nam (FHFVN) kính gửi đến Quý cơ quan lời chào trân trọng.

FHFVN là một tổ chức phi chính phủ đang hoạt động trong lĩnh vực chăm sóc mắt và phòng chống mù lòa tại Việt Nam. Chúng tôi đã có trên 25 năm kinh nghiệm hỗ trợ cho các địa phương nâng cao năng lực để cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt cho người dân.

Hiện nay FHFVN đang thực hiện bước khảo sát tình hình chăm sóc mắt (tập trung vào tuyến quận/huyện) tại các tỉnh/thành của Việt Nam nhằm phục vụ cho mục đích xây dựng dự án mới để kêu gọi nguồn tài trợ.

Chúng tôi kính đề nghị Quý cơ quan hỗ trợ điều phối thu thập và tổng hợp các mẫu thông tin **Phụ lục 1, 1a và 2** đính kèm với công văn này. 3 mẫu phiếu nay hiện có sẵn dưới dạng file văn bản nên Quý cơ quan có thể liên hệ với người phụ trách dưới đây để nhận mẫu file mềm

Phụ lục 1: Thông tin chung tổng hợp của Sở y tế

Phụ lục 1a: thông tin khảo sát đơn vị cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh mắt tại tuyến tỉnh

Phụ lục 2: thông tin khảo sát bệnh viện tuyến quận/huyện (mỗi quận/huyện điền 1 phiếu riêng).

Quý cơ quan có thể gửi các phiếu thông tin đã điền bằng giấy hoặc qua email về địa chỉ dưới đây trước ngày **21 tháng 3 năm 2020**.

Vậy chúng tôi kính thông báo và đề nghị Quý cơ quan hỗ trợ, tạo điều kiện thuận lợi cho đợt khảo sát này. Nếu Quý cơ quan cần cung cấp thêm thông tin hoặc cần hỗ trợ trong quá trình điền mẫu khảo sát, xin vui lòng liên hệ với Quỹ Fred Hollows Foundation như thông tin dưới đây.

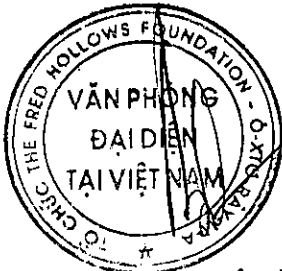
Cô: Đào Thị Minh Huệ, Điều Phối Viên dự án, Quỹ Fred Hollows tại Việt Nam

Tầng 7, tòa nhà SACOMBANK, 130-132 Bạch Đằng, thành phố Đà Nẵng

Thư điện tử: [hdao@hollows.org](mailto:hdao@hollows.org), điện thoại: 0944.162.678

Chúng tôi chân thành cảm ơn sự hợp tác của Quý cơ quan.

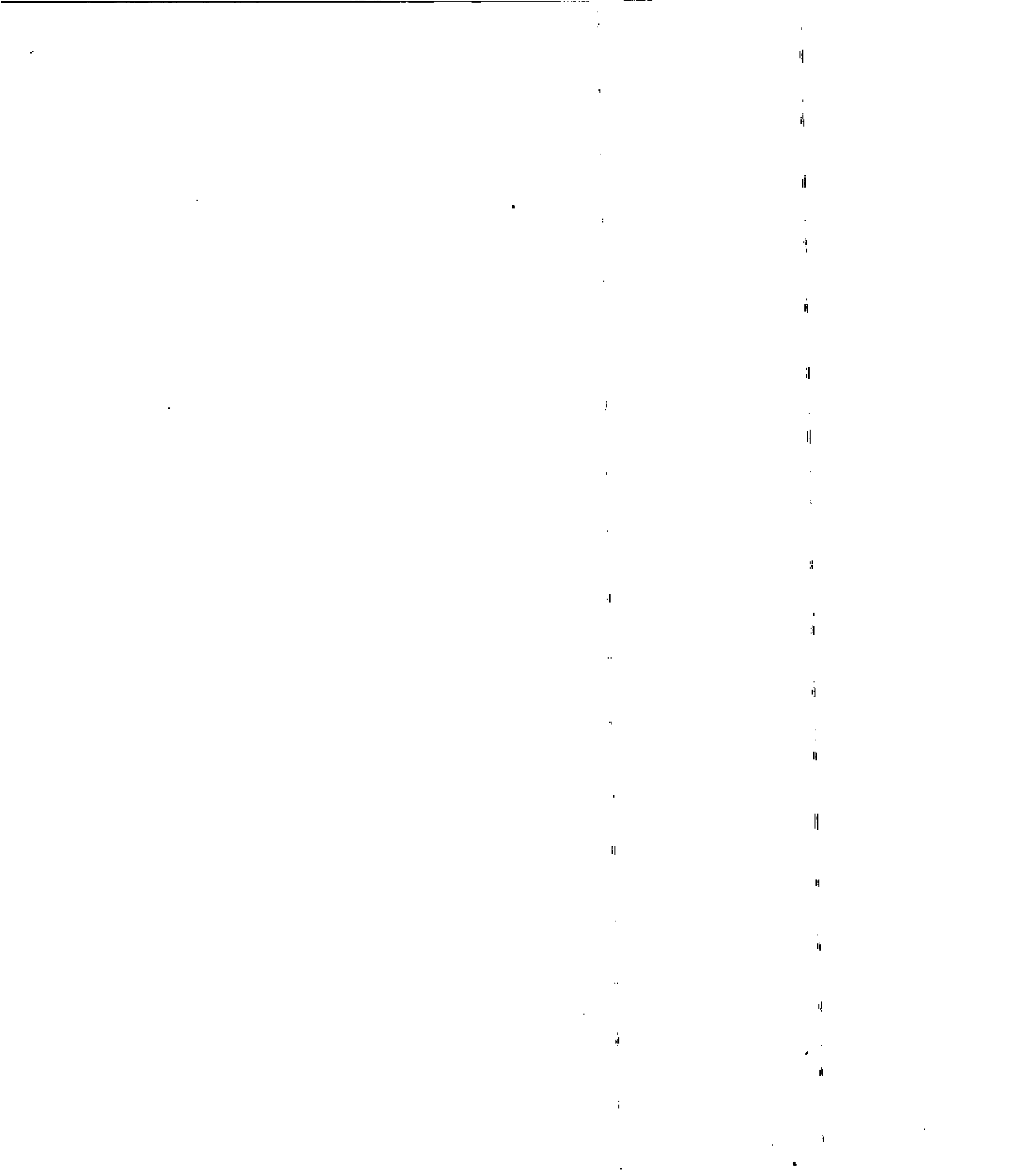
Trân trọng,



**Phạm Quốc Ánh**

Giám Đốc Quốc Gia

Quỹ Fred Hollows tại Việt Nam



**PHỤ LỤC 1**  
**KHẢO SÁT TÌNH HÌNH HOẠT ĐỘNG PHÒNG CHỐNG MÙ LÒA**  
**TẠI TUYẾN TỈNH**

**A. THÔNG TIN CHUNG (xin nguồn trích dẫn cụ thể)**

- Thông tin chung về tình hình kinh tế xã hội
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Dân số
- Thành phần nhóm dân tộc thiểu số (nếu có) và tỷ lệ trong tổng dân số
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Diện tích
- Hợp tác quốc tế: Các dự án y tế được hỗ trợ trước đây và hiện nay, nếu có, đề nghị điền thông tin vào bảng dưới đây.

Tên dự án	Thời gian dự án	Nguồn/chương trình tài trợ	Địa bàn dự án	Mục tiêu chung của dự án	kinh phí

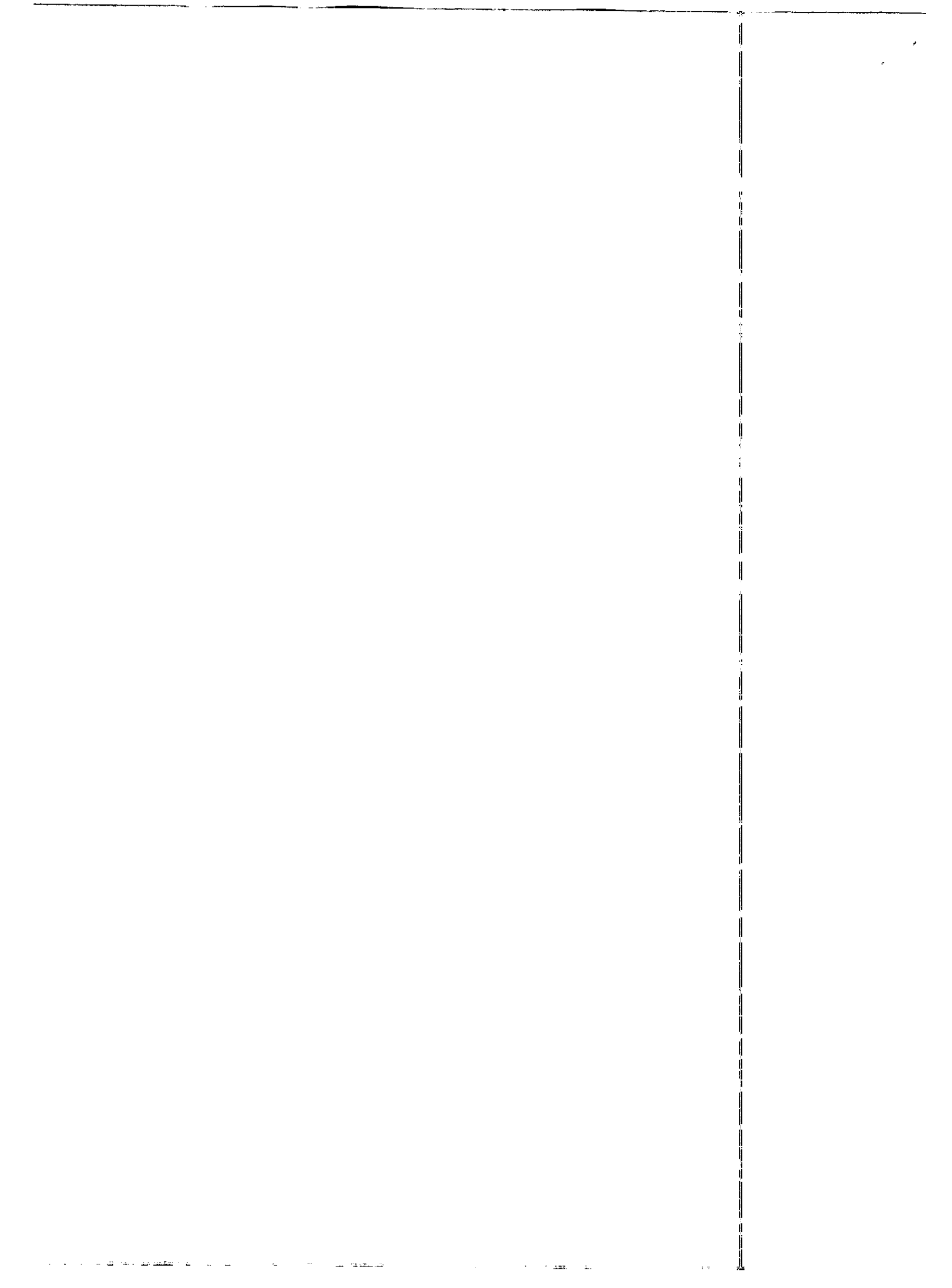
**B. THÔNG TIN CHUNG VỀ CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG MÙ LÒA**

1. Ban Phòng chống mù lòa: thành phần, hoạt động, kinh phí

2. Dịch vụ khám chữa bệnh Mắt tại địa phương

a. Tuyên tỉnh (Chi tiết tại phụ lục 1a)





- b. Tuyển quận/huyện (chi tiết của từng huyện tại phụ lục 2):
- Tổng số huyện/quận/thành phố thuộc tỉnh:
  - Số phiếu điều tra tuyển quận/huyện thu được lần này:

**C. HƯỚNG PHÁT TRIỂN CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG MÙ LÒA TRONG TƯƠNG LAI CỦA ĐỊA PHƯƠNG:**

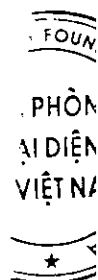
1. Thuận lợi và khó khăn của chương trình phòng chống mù lòa tại địa phương:

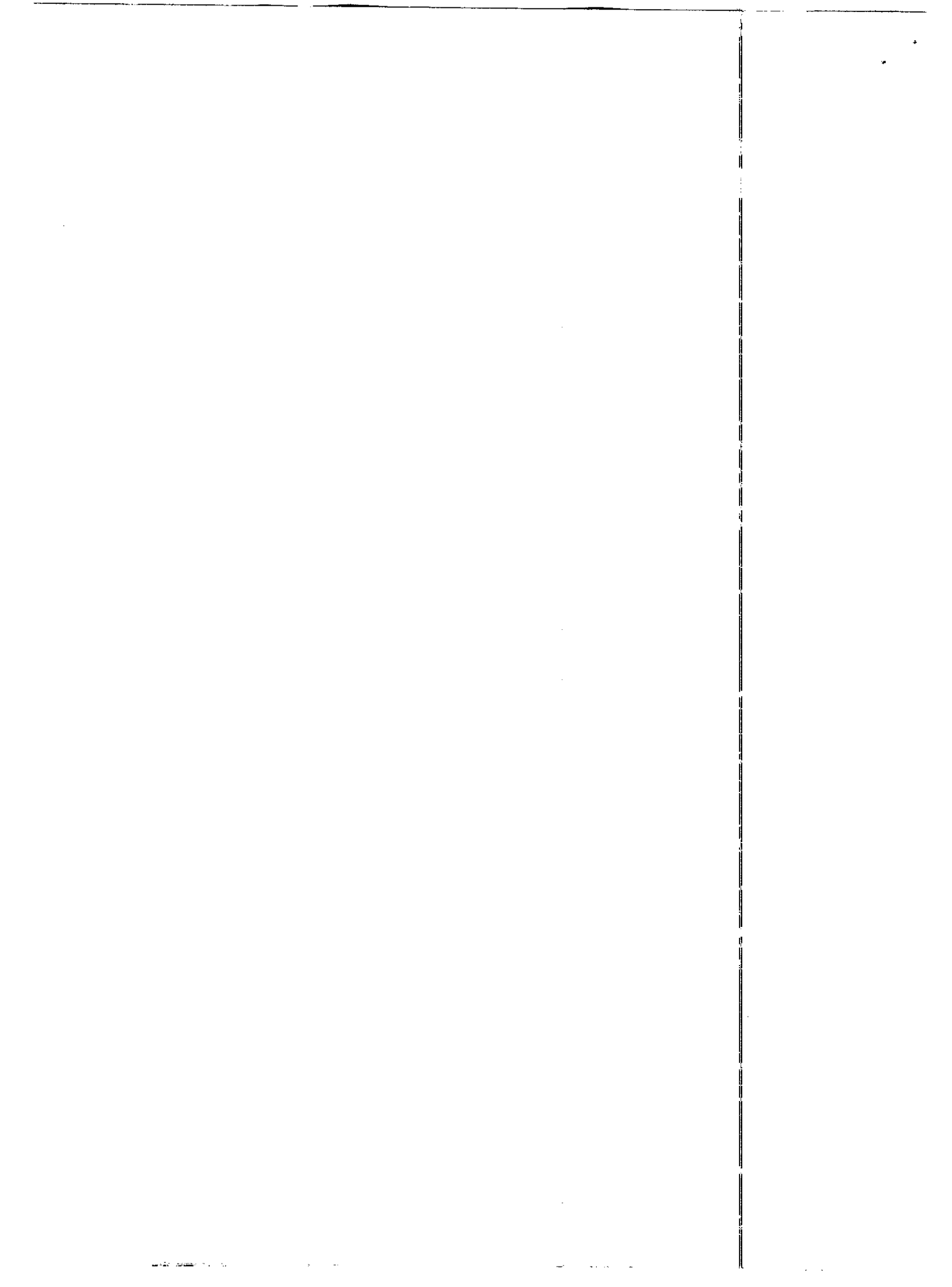
2. Hướng phát triển tương lai.

3. Đề xuất với quỹ Fred Hollows Foundation:

Tuyển tỉnh:

Tuyển huyện:





Ngày thực hiện phiếu khảo sát: ...../...../2020

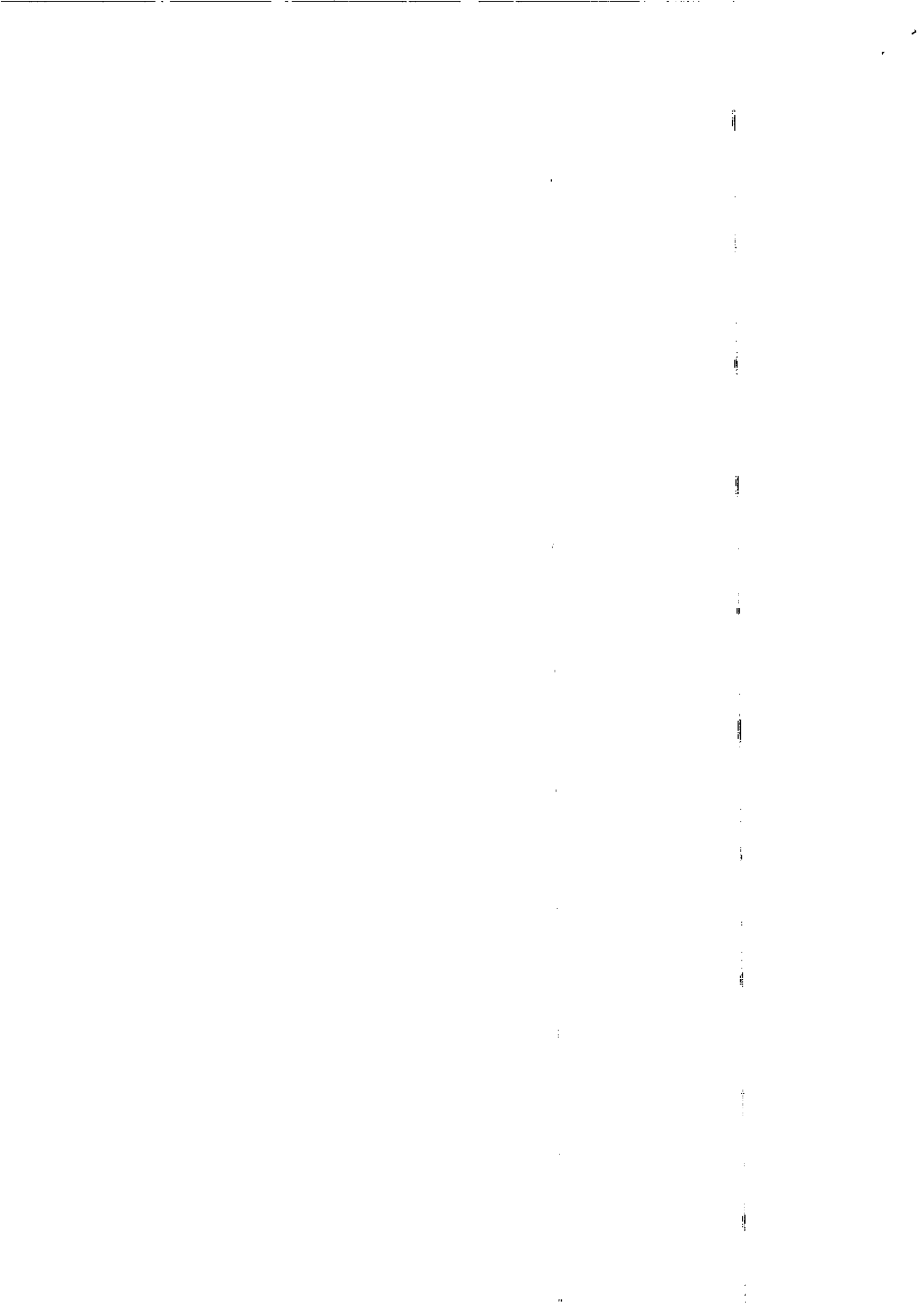
Trong quá trình phân tích thông tin, nếu có gì vướng mắc xin liên hệ trực tiếp với:

Họ tên:.....Chức vụ.....

Số điện thoại:..... Email: .....

**SỞ Y TẾ TỈNH...**  
(Ký tên và đóng dấu)







**PHỤ LỤC 1A**  
**KHẢO SÁT TÌNH HÌNH HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC MẮT**  
**TẠI TUYẾN TỈNH**

**Đơn vị cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh nhãn khoa hiện nay:** (chỉ nêu tên đơn vị chính trong tỉnh):

Tên đơn vị:.....

Địa chỉ:.....

Tổng số giường bệnh: Theo kế hoạch ..... Thực kê.....

Các đơn vị bệnh viện tuyến dưới thuộc phạm vi chỉ đạo tuyến của đơn vị (*Liệt kê cụ thể*)

.....

.....

.....

.....

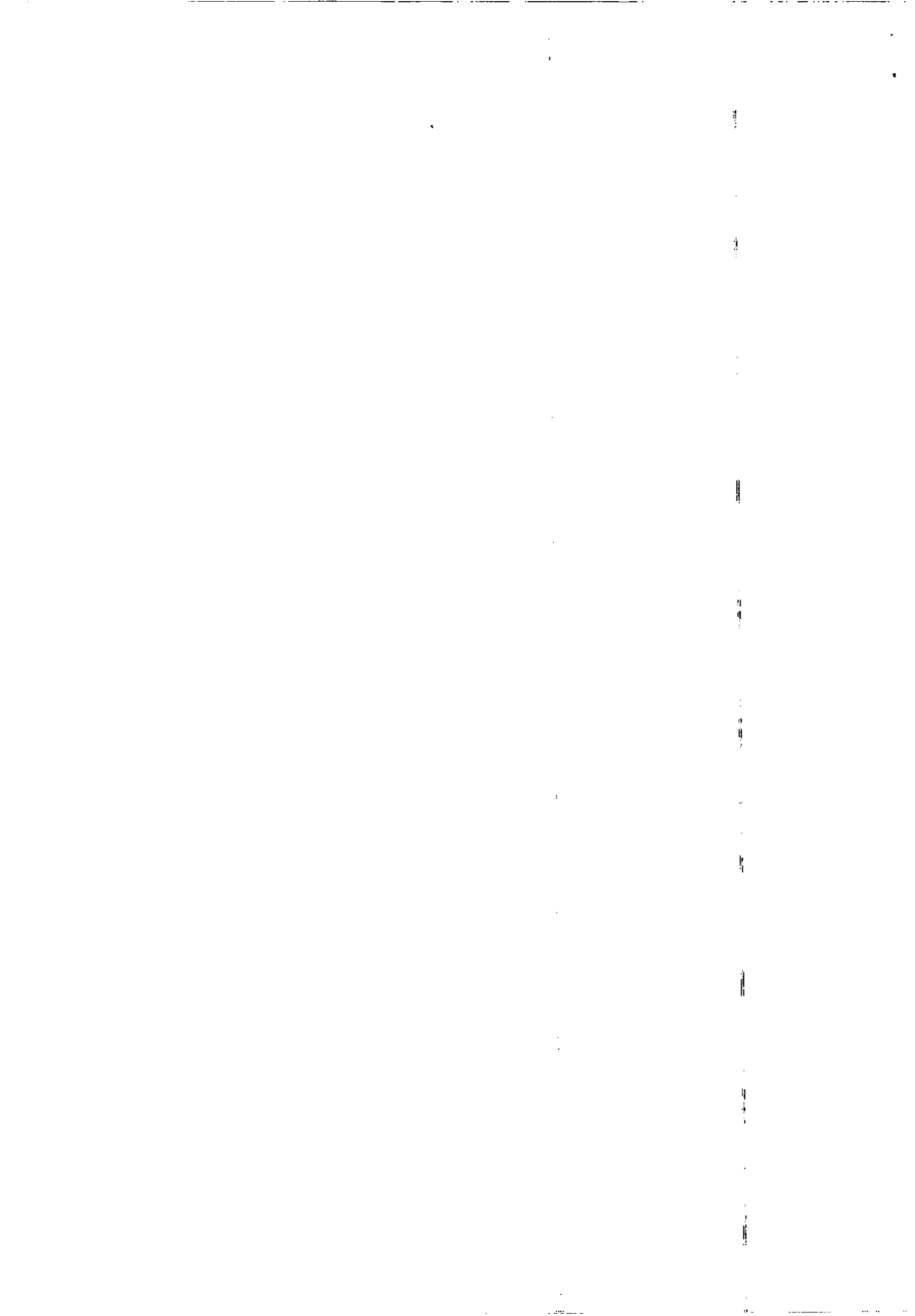
Thông tin một số lãnh đạo của đơn vị

Chức vụ	Họ và tên	Số điện thoại	Email

**I. Tình hình nhân lực nhãn khoa hiện nay** (*Nếu đang đi học thì ghi thời gian sẽ quay trở lại làm việc*)

- Số BS chuyên khoa 1 và 2:.....
- Số Phẫu thuật viên mổ đục thủy tinh thể:.....
- Số BS đa khoa hoặc chuyên khoa sơ bộ:.....
- Số điều dưỡng đa khoa:.....
- Số điều dưỡng chuyên khoa mắt:.....
- Khác (khúc xạ viên, KTV mài lắp kính:.....





## II. Tình hình hoạt động khám chữa bệnh mắt năm 2018 và 2019

	Năm 2018	Năm 2019
<b>1. Số liệu tổng quát</b>		
Số lượt khám bệnh		
Số điều trị ngoại trú		
Số điều trị nội trú		
<b>2. Dịch vụ phẫu thuật đục thủy tinh thể</b>		
Tổng số mắt mổ đục thủy tinh thể		
số mắt mổ đục thủy tinh thể theo kỹ thuật mổ phaco		
số ca mổ đục thủy tinh thể theo kỹ thuật mổ khác (đường hầm, ngoài bao...)		
Số mắt mổ đục thủy tinh thể trẻ em từ 0-14 tuổi		
Số ca mổ có thị lực sau mổ đạt mức 3/10 (hệ Landolt) trở lên (đo khi xuất viện) của các loại kỹ thuật mổ		
Số ca mổ được thanh toán BHYT		
Chi số CSR		
<b>3. Các thông tin khác</b>		
Số mổ quặm		
Số tiểu phẫu		
Số chuyển đi tuyến dưới để hỗ trợ chuyên môn mắt		
Số chuyển đi tuyến dưới để sàng lọc bệnh mắt và điều trị		
Thông tin khác (nêu rõ nếu có)		



**III. Năng lực chuyên môn: (đánh dấu x vào bảng dưới đây)**

Loại bệnh	Khám và chẩn đoán	Can thiệp bằng kê đơn thuốc/chuyển viện	Can thiệp bằng phẫu thuật
Đục thủy tinh thể			
Glaucoma			
Nhãn nhĩ			
Võng mạc và dịch kính			
Khúc xạ			
Võng mạc đái đường			
Mất hột			
Mộng			
Khác (nêu rõ)			

**IV: Thông tin thêm (nếu có)**

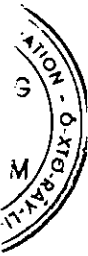
Ngày thực hiện phiếu khảo sát:

Trong quá trình phân tích thông tin, nếu có vướng mắc, đề nghị trực tiếp liên hệ với:

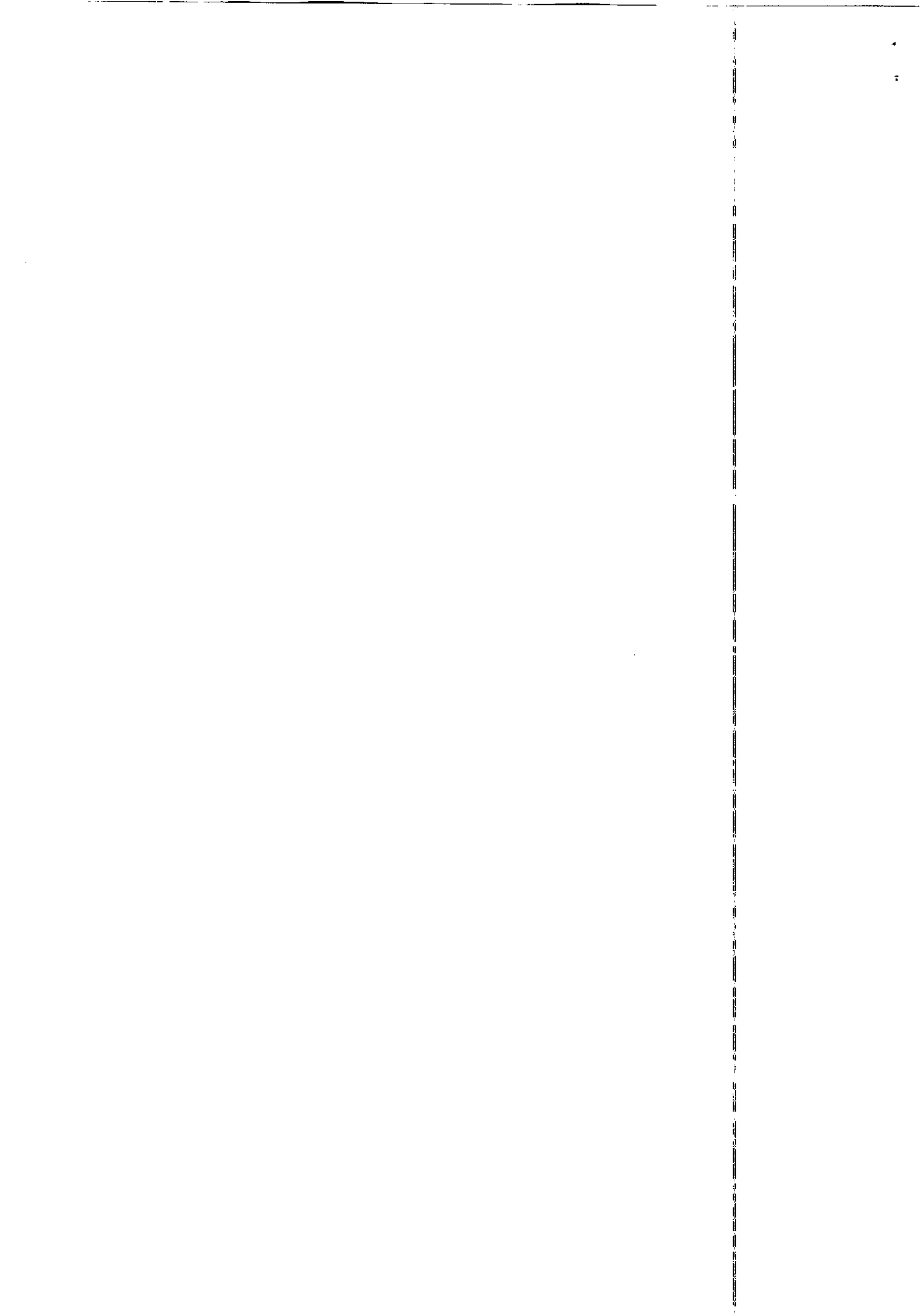
Họ tên:.....Chức vụ:.....

Điện thoại .....Email:.....

**ĐẠI DIỆN ĐƠN VỊ**  
(Ký tên và đóng dấu)



*Ghi chú: nếu có khó khăn vướng mắc gì trong khi điền phiếu khảo sát này, xin liên hệ với Bà Đào Minh Huệ, Quỹ Fred Hollows Foundation tại Việt Nam, số điện thoại 0944162678 hoặc email: [hdao@hollows.org](mailto:hdao@hollows.org) để được giải thích thêm. Trân trọng cảm ơn.*



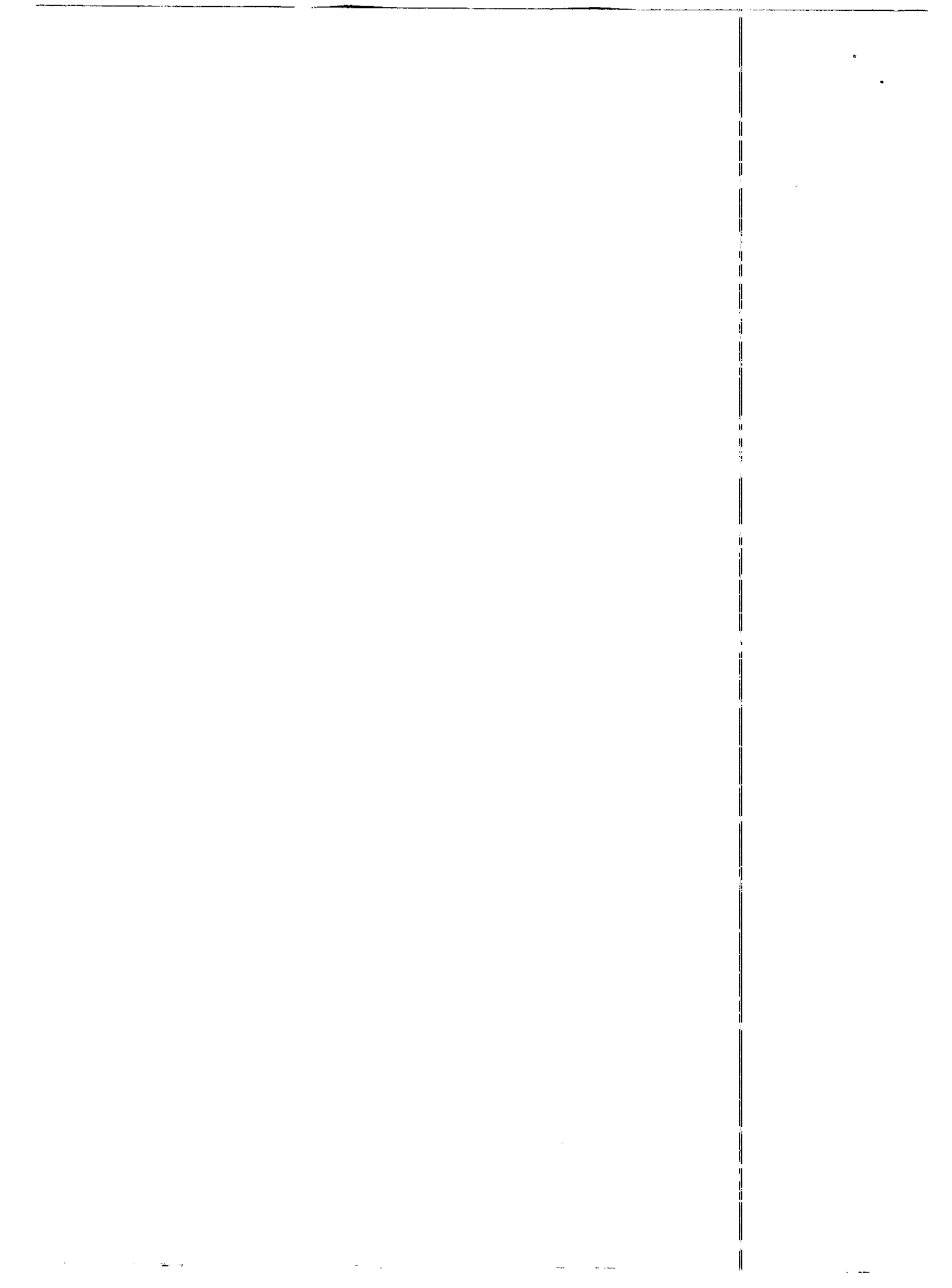
**PHỤ LỤC 2**  
**KHẢO SÁT TÌNH HÌNH HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC MẮT**  
**TẠI TUYẾN QUẬN/HUYỆN**

**A. BỆNH VIỆN/TRUNG TÂM Y TẾ (gọi chung là Bệnh viện)**

1. Tên bệnh viện:.....
2. Bệnh viện hạng:.....
3. Địa chỉ bệnh viện:.....Xã (Phường).....  
Huyện (Quận)..... Tỉnh (Thành phố).....
4. Thông tin một số lãnh đạo của bệnh viện:

Chức vụ	Họ và tên	Số điện thoại	Email
Giám đốc			
Trưởng phòng KHTH			
Phụ trách công tác chỉ đạo tuyến			

5. Tổng số giường bệnh: Theo kế hoạch ..... Thực kê .....
6. Các đơn vị bệnh viện tuyến dưới thuộc phạm vi chỉ đạo tuyến của bệnh viện (*Liệt kê cụ thể*)  
.....  
.....
7. Số xã/phường trong địa bàn quận/huyện:





**B. THÔNG TIN VỀ KHOA MẮT**Tổ chức khoa Mắt:  Khoa độc lập  Ghép với khoa .....**I. Nhân lực đang làm việc tại khoa (hoặc liên chuyên khoa) MẮT**

TT	Họ và tên	Năm sinh		Điện thoại liên lạc	Trình độ chuyên môn <sup>1</sup>
		Nam	Nữ		
1					
2					
3					
4					
5					

**II. Thông tin về cơ sở vật chất**

Số giường bệnh dành cho bệnh nhân mắt:

Theo kế hoạch.....Thực kê.....

Công suất sử dụng giường bệnh (%):.....

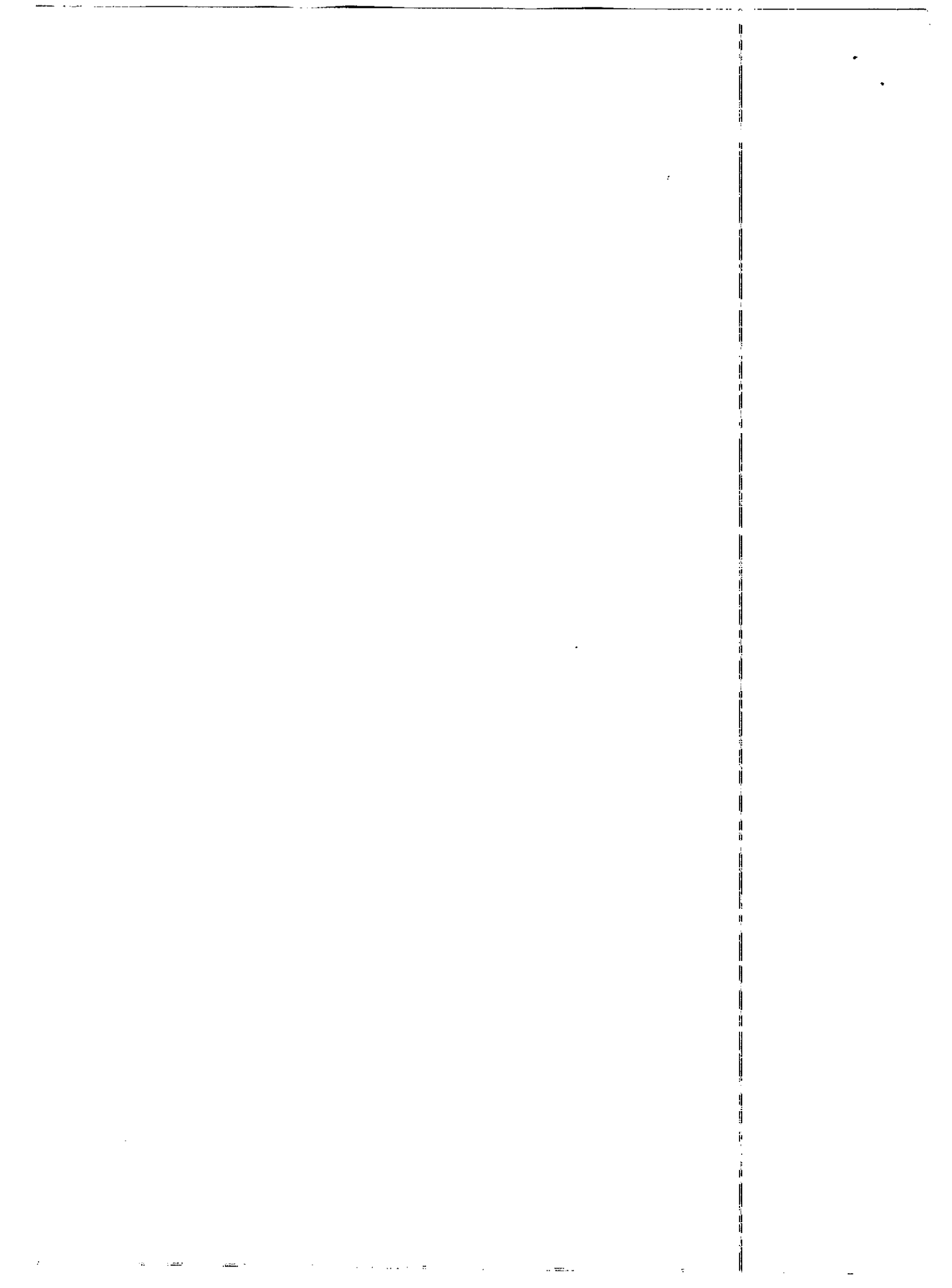
**Các bộ phận hỗ trợ khoa Mắt**

TT	Các bộ phận hỗ trợ	Mô tả tình trạng (có hay không, nêu thêm tình trạng hiện tại)
1	Phòng mổ riêng cho Mắt	
2	Phòng đo thị lực	
3	Phòng khám mắt	
4	Phòng tiểu phẫu và thủ thuật	
5	Phòng đo khúc xạ và mài lắp kính	

**Trang thiết bị, dụng cụ chuyên khoa Mắt**

STT	Trang thiết bị	Số lượng đang sử
-----	----------------	------------------

<sup>1</sup> Đề nghị ghi rõ là điều dưỡng CK mắt, điều dưỡng đa khoa, khúc xạ viên, BSDK, BS chuyên khoa sơ bộ, BSCK 1, BSCK2, thạc sỹ, tiến sỹ, .... Nếu đang đi học thì ghi thời gian quay trở lại làm việc.

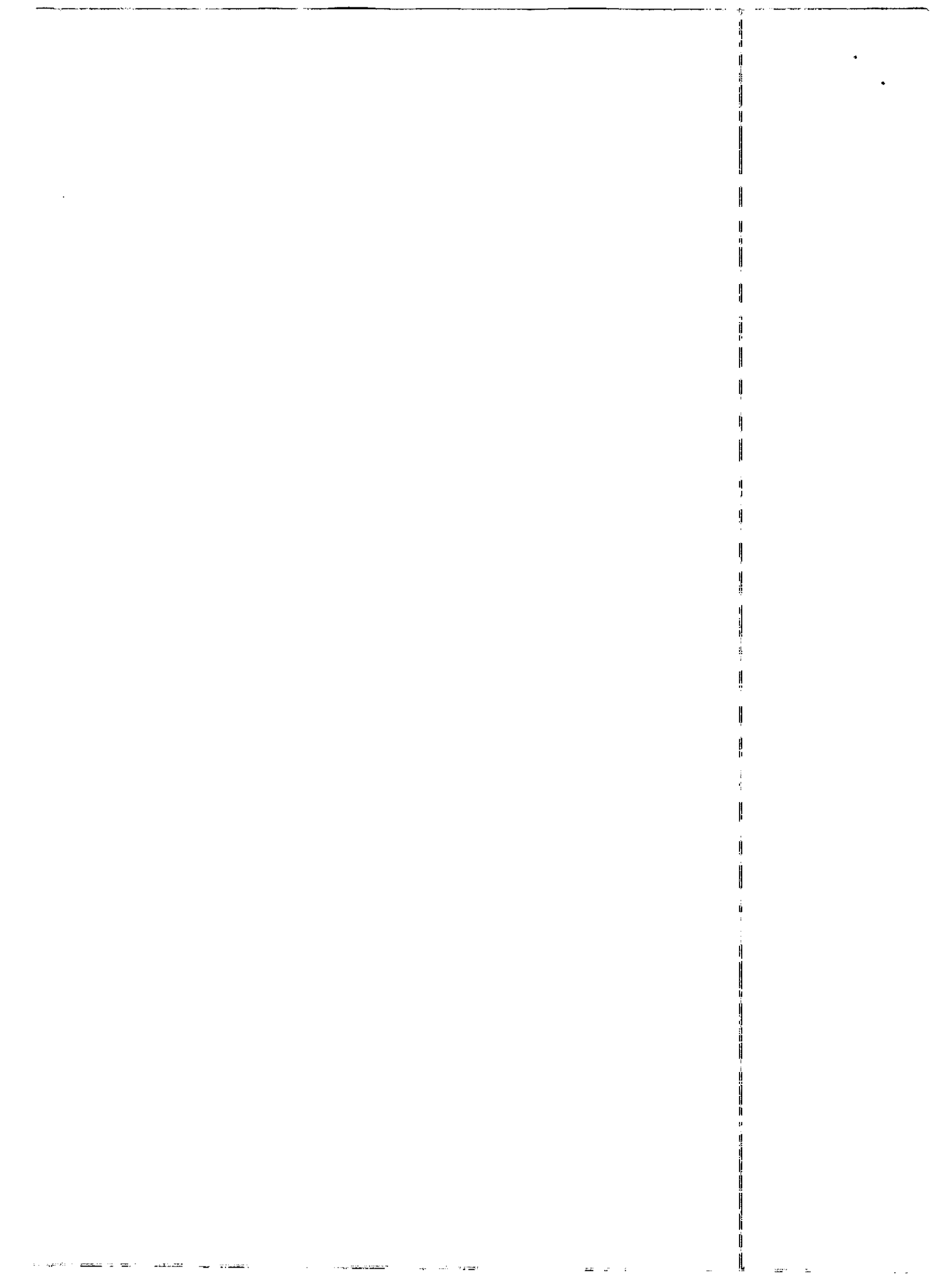


		dụng và tình trạng hiện nay
1	Đèn pin khám và bóng đèn dự phòng	
2	Bảng thị lực Snellen (chữ E, chữ cái và vòng hồ) nhìn xa và nhìn gần	
3	Hộp kính kèm gọng thử cho người lớn và trẻ em (kèm kính lỗ, bít che mắt)	
4	Kính lúp đeo trán và kính lúp đơn	
5	Bộ tiêu phẫu	
6	Bộ mài lắp kính	
7	Vành mi cho người lớn và trẻ em	
8	Đèn soi đáy mắt và bóng đèn dự phòng	
9	Máy soi bóng đồng tử và bóng đèn dự phòng	
10	Bộ đo nhãn áp Maclacop (kèm mực đo) hoặc Schiotz	
11	Bộ nong, thông, bơm rửa lệ đạo	
12	Bộ mổ quặm và hộp đựng dụng cụ	
13	Tủ sấy hấp dụng cụ cho tiêu phẫu	
14	Bộ mổ mộng và hộp đựng dụng cụ	
15	Bàn ghế xoay tiêu phẫu	
16	Khúc xạ kế tự động	
17	Bộ mô đục thể thủy tinh	
18	Kính trụ chéo Jackson	
19	Máy hiển vi phẫu thuật	
20	Quả cân đê hạ nhãn áp	
21	Sinh hiển vi khám bệnh	
22	Khác (ghi rõ)	

### III. Khả năng đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh và tình hình chuyển tuyến của bệnh nhân MẮT

Số lượt khám, điều trị

	Năm 2018	Năm 2019



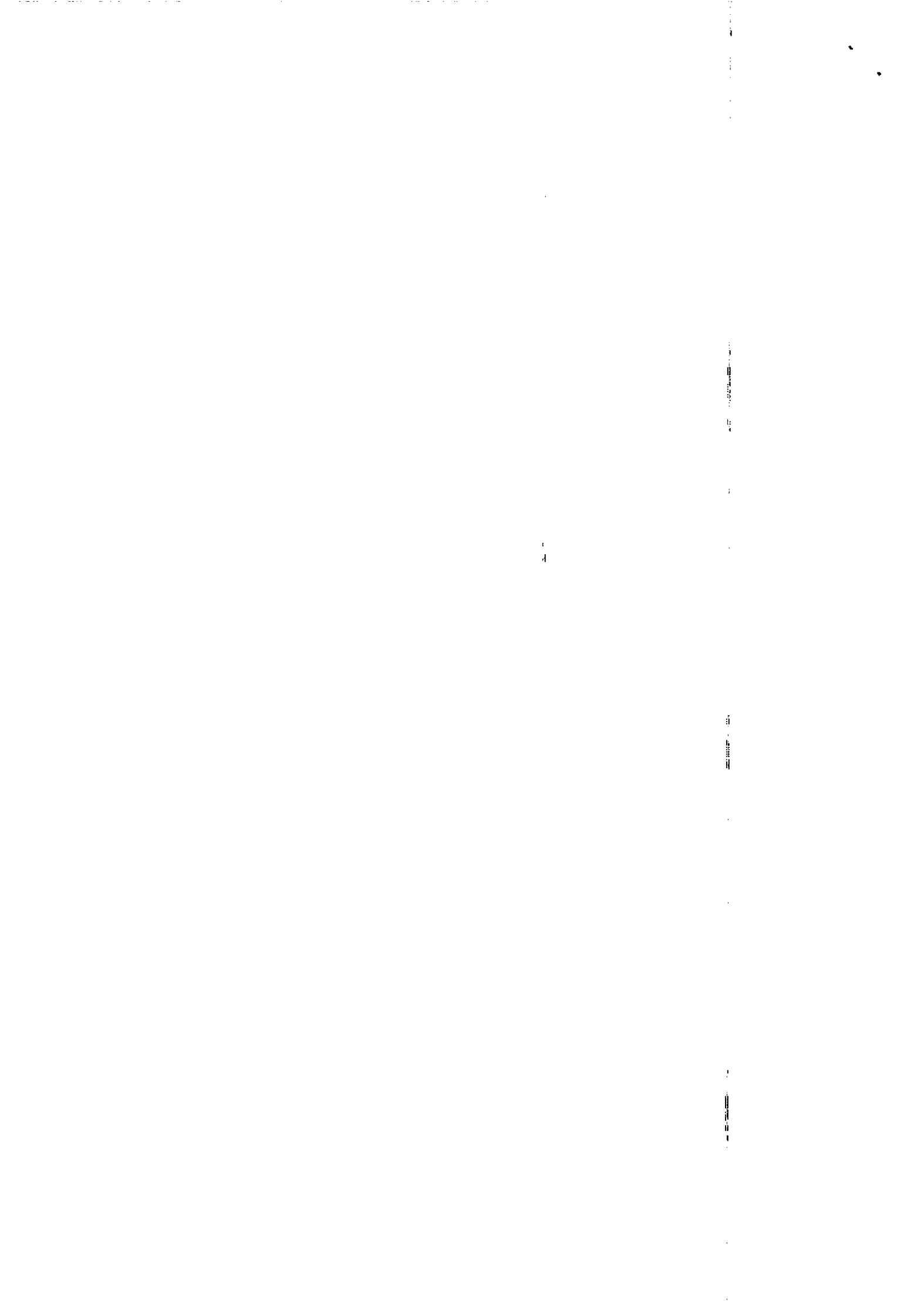
	Toàn BV	Khoa MẮT	Toàn BV	Khoa MẮT
Số lượt khám bệnh				
Số bệnh nhân điều trị ngoại trú				
Số bệnh nhân điều trị nội trú				

**Mô hình bệnh tật chuyên khoa MẮT (số ca khám và điều trị)**

TT	Nhóm bệnh	Năm 2018		Năm 2019		Hiện nay có được thanh toán bảo hiểm y tế (có/không)
		Số ca khám	Số ca điều trị	Số ca khám	Số ca điều trị	
1	Quặm					
2	Viêm kết mạc					
3	Dị vật kết giác mạc					
4	Viêm giác mạc					
5	Viêm tắc lệ đạo					
6	Mộng					
7	Khô mắt					
8	Chấn thương mắt, bỏng					
9	Đục thủy tinh thể					
10	Glaucoma					
11	Bệnh lý Vỡng mạc/ Thị thần kinh					
12	Lác					
13	Sụp mi					
14	Tật khúc xạ (chẩn đoán và ra đơn kính)					
15	Bệnh võng mạc tiểu đường					

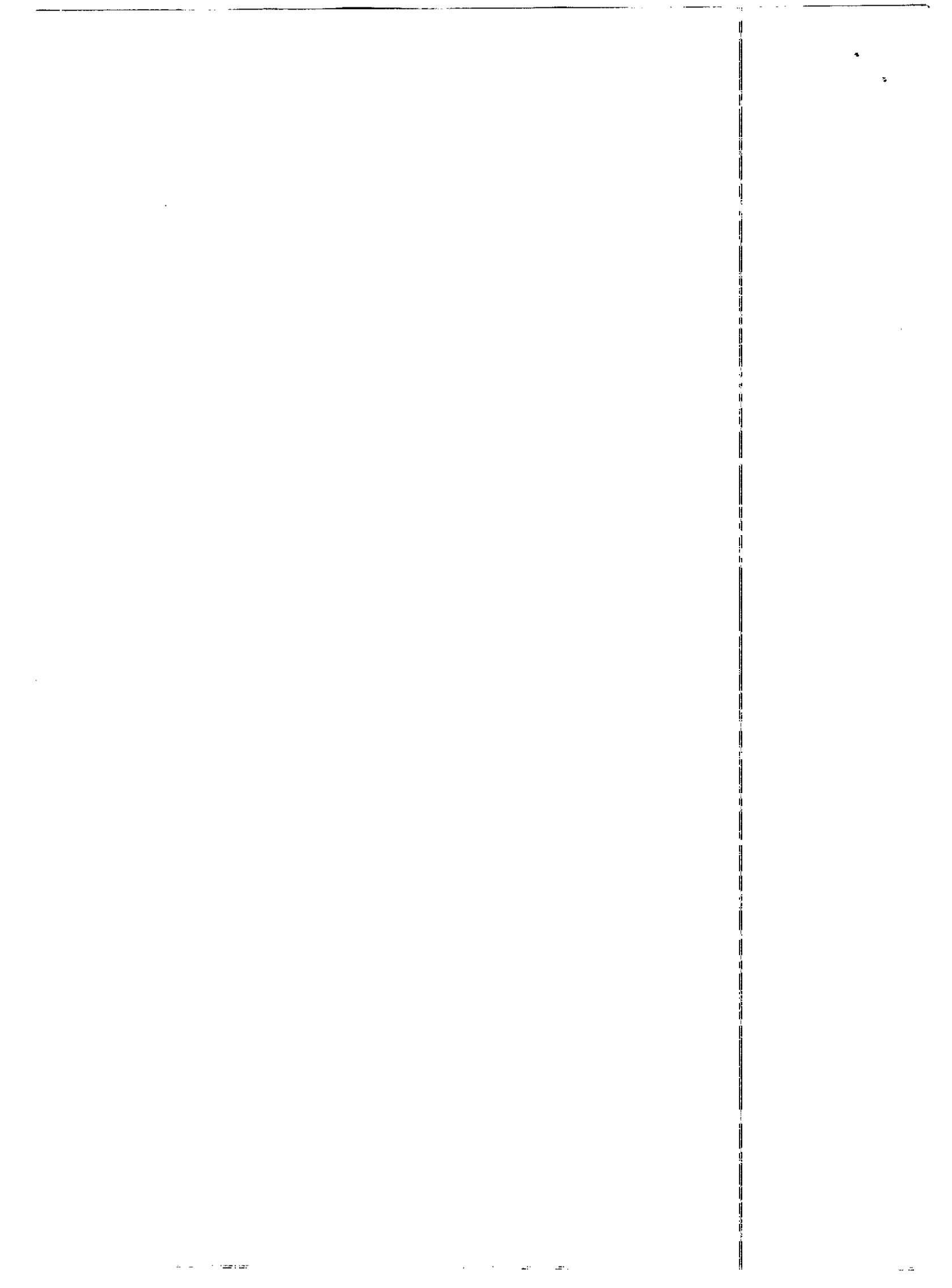
**Các kỹ thuật chuyên khoa MẮT thực hiện được hiện nay:**

Danh mục kỹ thuật	Mô tả năng lực thực hiện
Khám bệnh mắt thông thường	
Chẩn đoán khúc xạ và ra đơn kính	



Danh mục kỹ thuật	Mô tả năng lực thực hiện
Sơ cấp cứu mắt (chẳng hạn như chấn thương mắt, bỏng mắt, dị vật kết giác mạc...)	
Tiểu phẫu	
Phẫu thuật đục thủy tinh thể (phương pháp..)	
Phẫu thuật mộng hoặc quặm	
Can thiệp bệnh liên quan võng mạc dịch kính	
Nhãn nhi	
Glaucoma	
Khác (nêu rõ)	

HUN  
 ÒN  
 IÊN  
 : NA  
 4





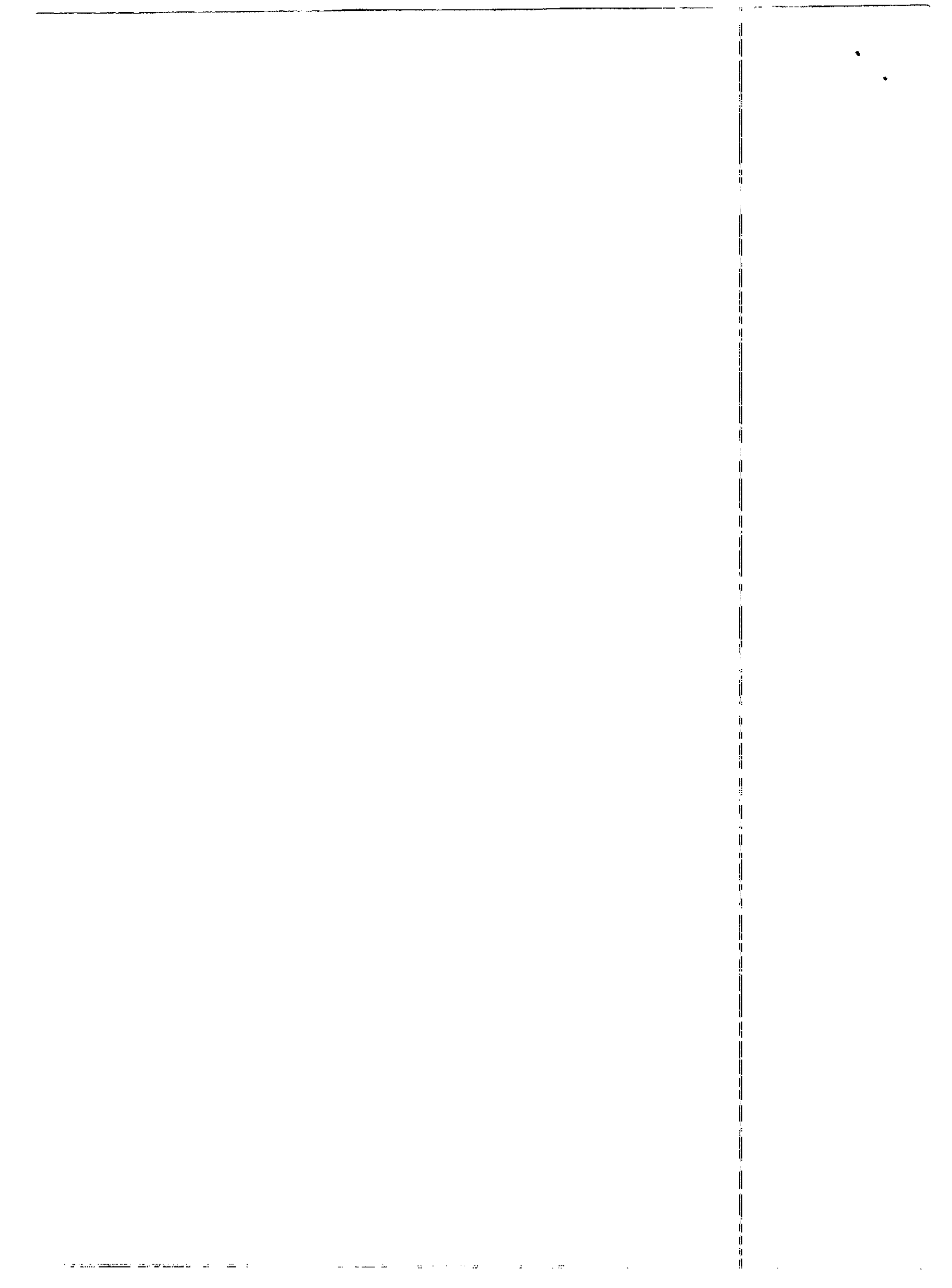
**C. THÔNG TIN KHÁC:**

- 1) Dân số (thông tin năm 2019)
- 2) Nhóm dân tộc thiểu số (nếu có) và tỷ lệ phần trăm trong tổng dân số:
  - a) ....
  - b) ...
  - c) ...
- 3) Khoảng cách từ BV huyện đến BV tỉnh: .....km
- 4) Khoảng cách trung bình từ trạm y tế xã đến BV huyện:.....km
- 5) Giáo dục: (thông tin của năm học 2019-2020)

	Tiểu học	Trung học cơ sở	Phổ thông trung học
Số trường trong quận/huyện			
Số học sinh (nam và nữ)			
Số giáo viên			
Số trường có nhân viên y tế trường học: Chính quy  Kiêm nhiệm			

- 6) Mạng lưới y tế cơ sở
  - a) Số trạm y tế xã .....Số nhân viên đang làm việc tại trạm y tế xã:.....
  - b) Số trạm y tế xã hiện có BS làm việc
  - c) Số nhân viên y tế thôn/bản đang làm việc
  - d) Số trạm y tế xã đã được tập huấn về chăm sóc mắt ban đầu (khi nào, giảng viên, thời gian bao nhiêu ngày...)

**D. THUẬN LỢI, KHÓ KHĂN VÀ ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP CHO DỊCH VỤ CHĂM SÓC MẮT HIỆN NAY TẠI ĐỊA PHƯƠNG:**



## E. ĐỀ XUẤT VỚI QUỸ FRED HOLLOWES FOUNDATION

Ngày thực hiện phiếu khảo sát:

Trong quá trình phân tích thông tin, nếu có vướng mắc, đề nghị trực tiếp liên hệ với:

Họ tên:..... Chức vụ:.....

Điện thoại ..... Email:.....

**GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN/TRUNG TÂM Y TẾ**  
(Ký tên và đóng dấu)

*Ghi chú: nếu có khó khăn vướng mắc gì trong khi điền phiếu khảo sát này, xin liên hệ với Bà Đào Minh Huệ, Quỹ Fred Hollowes Foundation tại Việt Nam, số điện thoại 0944162678 hoặc email: [hdao@hollows.org](mailto:hdao@hollows.org) để được giải thích thêm. Trân trọng cảm ơn.*

