**HƯỚNG DẪN**

**CHUYỂN GỬI NGƯỜI NHIỄM HIV PHÁT HIỆN TẠI BỆNH VIỆN,**

**CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH ĐI ĐIỀU TRỊ ARV**

*(Kèm CV số 610/AIDS-GS ngày 18/7/2019 về việc tăng cường hoạt động Tư vấn xét nghiệm HIV và chuyển gửi người nhiễm HIV phát hiện tại bệnh viện, cơ sở khám chữa bệnh đi điều trị ARV)*

# 1. Mục đích:

Thực hiện mục tiêu 90% người nhiễm HIV điều trị ARV vào năm 2020 và hướng tới kết thúc AIDS vào năm 2030.

**2. Nguyên tắc:**

 a) Đảm bảo 100% người nhiễm HIV phát hiện ở bệnh viện hoặc trung tâm y tế (sau đây gọi tắt là cơ sở khám chữa bệnh) được tư vấn và chuyển gửi điều trị ARV;

 b) Đảm bảo bí mật thông tin người nhiễm HIV theo qui định hiện hành;

 c) Mỗi cơ sở khám chữa bệnh giao một khoa, phòng làm đầu mối làm tư vấn và hỗ trợ tiếp nhận hoặc chuyển gửi người nhiễm HIV tham gia điều trị ARV. Khoa phòng làm đầu mối giao cho 2 cán bộ của khoa để được cơ quan phòng, chống HIV/AIDS tập huấn, hướng dẫn các quy định, kỹ năng về tư vấn và chuyển gửi điều trị ARV.

- Cơ sở khám chữa bệnh hiện có khoa, phòng đang thực hiện điều trị ARV cho người nhiễm HIV sẽ làm đầu mối về tư vấn và chuyển gửi người nhiễm HIV;

- Cơ sở khám chữa bệnh không có khoa, phòng thực hiện việc điều trị ARV cho người nhiễm HIV:

+ Khoa truyền nhiễm sẽ làm đầu mối về chuyển gửi người nhiễm HIV;

+ Trường hợp không có khoa truyền nhiễm: Cơ sở khám chữa bệnh sẽ căn cứ vào chức năng các khoa, phòng và tình hình thực tế để quyết định chọn khoa phòng làm đầu mối về tư vấn và hỗ trợ chuyển gửi người nhiễm HIV.

d) Trường hợp cơ sở khám chữa bệnh có nhân viên cộng đồng tham gia hỗ trợ chuyển người nhiễm HIV đến cơ sở y tế khác để điều trị ARV thì phải được sự đồng ý của người nhiễm HIV.

e) Phân công khoa, phòng cụ thể chịu trách nhiệm báo cáo kết quả chuyển gửi người nhiễm HIV theo qui định tại hướng dẫn này.

**3. Quy trình thực hiện**

 Các khoa phòng của cơ sở khám chữa bệnh khi có trường hợp xét nghiệm khẳng định HIV dương tính, thực hiện việc hỗ trợ chuyển gửi những trường hợp này đi điều trị ARV như sau:

Bước 1. Sau khi các khoa, phòng nhận được kết quả xét nghiệm khẳng định HIV dương tính của bệnh nhân sẽ tiến hành tư vấn và trả kết quả cho bệnh nhân, giới thiệu hoặc chuyển gửi bệnh nhân cho khoa, phòng đầu mối về tư vấn, chuyển gửi người nhiễm HIV.

 Bước 2. Khoa, phòng đầu mối về tư vấn, chuyển gửi người nhiễm HIV:

 a) Tư vấn cho người nhiễm HIV về lợi ích điều trị sớm ARV

 b) Trường hợp người nhiễm HIV chưa tham gia bệnh nhân điều trị ARV, hướng dẫn cho người nhiễm HIV biết các cơ sở điều trị ARV trên địa bàn.

 Bước 3. Kết nối điều trị ARV

 a) Cơ sở khám chữa bệnh có khoa, phòng thực hiện điều trị ARV:

- Trường hợp người nhiễm HIV muốn đăng ký điều trị ARV tại cơ sở khám chữa bệnh. Tiến hành các thủ tục tiếp nhận và điều trị ARV cho người nhiễm HIV theo qui định;

- Trường hợp người nhiễm HIV đề xuất đăng ký điều trị ARV tại cơ sở khám chữa bệnh khác, tiến hành các quy trình theo điểm b của Bước 3, Hướng dẫn này.

 b) Cơ sở khám chữa bệnh không có khoa, phòng điều trị ARV, hoặc người nhiễm HIV có nguyện vọng điều trị ARV tại các cơ sở khác:

- Cán bộ của khoa, phòng đầu mối về chuyển gửi tiến hành lập phiếu chuyển gửi điều trị ARV theo Phụ lục 1.

- Hướng dẫn người nhiễm HIV đến đăng ký khám và điều trị ARV các thông tin chỉ dẫn trên mẫu phiếu.

 Bước 4. Báo cáo và theo dõi sau chuyển gửi điều trị ARV

 a) Cơ sở khám chữa bệnh: Hằng tháng (trước ngày mồng 5) gửi báo cáo kết quả danh sách những người nhiễm HIV được phát hiện tại cơ sở khám chữa bệnh cho cơ quan đầu mối phòng, chống HIV/AIDS theo Phụ lục 2

- Các bệnh viện tuyến Trung ương, tuyến tỉnh: Gửi báo cáo về cho cơ quan đầu mối về phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh;

- Các cơ sở khám chữa bệnh tuyến huyện: Gửi báo cáo về cho cơ quan đầu mối về phòng, chống HIV/AIDS tuyến huyện.

 b) Cơ sở khám chữa bệnh có điều trị ARV: Hằng tháng (trước ngày mồng 5) gửi báo cáo danh sách người nhiễm HIV đăng ký điều trị tại cơ sở khám chữa bênh cho cơ quan đầu mối phòng, chống HIV/AIDS để thống kê các người nhiễm HIV đã tham gia điều trị theo Phụ lục 3..

c) Cơ quan đầu mối phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, tuyến huyện:

 Đối chiếu danh sách người nhiễm HIV mới được tiếp nhận và điều trị ARV tại các cơ sở điều trị ARV với danh sách người nhiễm HIV từ báo cáo của các cơ sở khám chữa bệnh trên toàn tỉnh. Đối với những trường hợp người nhiễm HIV chưa tham gia điều trị ARV, trên cơ sở những thông tin sẵn có, tiến hành rà soát và liên hệ với người nhiễm HIV theo những hướng dẫn, qui định hiện hành để vận động, thuyết phục người nhiễm HIV tham gia điều trị ARV.

 **4. Tổ chức thực hiện**

 4.1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS

 - Tổ chức thực hiện hướng dẫn này cho tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và các bệnh viện trung ương;

 - Tổng hợp, theo dõi, đánh giá tình hình triển khai báo cáo, chuyển gửi người nhiễm HIV tham gia điều trị ARV trên phạm vi toàn quốc.

4.2. Các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế

- Giao 01 khoa, phòng làm đầu mối chuyển gửi người nhiễm HIV;

- Gửi thông tin những cán bộ được phân công của khoa, phòng đầu mối về chuyển gửi người nhiễm HIV cho cơ quan đầu mối phòng, chống HIV/AIDS tỉnh trên địa bàn để tổng hợp và liên lạc trong quá trình thực hiện;

- Tổ chức thực hiện và báo cáo kết quả hoạt động chuyển gửi người nhiễm HIV theo hướng dẫn này.

4.3. Sở Y tế các tỉnh thành phố trực thuộc trung ương

Chỉ đạo các đơn vị liên quan tổ chức thực hiện hướng dẫn này theo đúng quy định, cụ thể như sau:

a) Các bệnh viện, cơ sở khám chữa bệnh

- Giao 01 khoa, phòng làm đầu mối chuyển gửi người nhiễm HIV;

- Gửi thông tin những cán bộ được phân công của khoa, phòng đầu mối về chuyển gửi người nhiễm HIV cho cơ quan đầu mối phòng, chống HIV/AIDS tỉnh trên địa bàn để tổng hợp và liên lạc trong quá trình thực hiện;

- Tổ chức thực hiện và báo cáo kết quả hoạt động chuyển gửi người nhiễm HIV theo hướng dẫn này.

b) Cơ quan phòng, chống HIV/AIDS tỉnh

- Lập danh sách cán bộ đầu mối về chuyển gửi người nhiễm HIV của các bệnh viện, cơ sở KCB tuyến tỉnh và thông báo cho các cơ sở y tế có điều trị ARV để liên hệ trong quá trình chuyển gửi người nhiễm HIV;

- Giao 1 đến 2 cán bộ làm đầu mối tổng hợp, theo dõi kết nối điều trị ARV và thông báo cho các bệnh viện, cơ sở khám chữa bệnh biết để liên hệ.

- Trường hợp có nhân viên thực hiện hỗ trợ trực tiếp người nhiễm HIV tham gia điều trị ARV cần thông báo cho các đơn vị biết và phối hợp thực hiện.

- Tổ chức thực hiện, tổng hợp, theo dõi kết quả chuyển gửi người nhiễm HIV trên toàn tỉnh.

c) Các cơ quan phòng, chống HIV/AIDS tuyến huyện

- Lập danh sách cán bộ đầu mối về chuyển gửi người nhiễm HIV của cơ sở khám chữa bệnh tuyến huyện và thông báo cho các cơ sở y tế có điều trị ARV để liên hệ trong quá trình chuyển gửi người nhiễm HIV;

- Giao 1 đến 2 cán bộ làm đầu mối tổng hợp, theo dõi kết nối điều trị ARV và thông báo cho cơ sở khám chữa bệnh biết để liên hệ.

- Trường hợp có nhân viên thực hiện hỗ trợ trực tiếp người nhiễm HIV tham gia điều trị ARV cần thông báo cho các đơn vị biết và phối hợp thực hiện.

- Tổ chức thực hiện, tổng hợp, theo dõi kết quả chuyển gửi người nhiễm HIV trên toàn huyện và theo hướng dẫn của cơ quan phòng, chống HIV/AIDS tỉnh.

**SƠ ĐỒ QUY TRÌNH CHUYỂN GỬI ĐIỀU TRỊ ARV**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Bước** | **Sơ đồ quy trình thực hiện** | **Nội dung quy trình** | **Trách nhiệm** |
| 1 | Giới thiệu và chuyển gửi bệnh nhân nhiễm HIV | Giới thiệu hoặc chuyển gửi bệnh nhân nhiễm HIV đến khoa, phòng đầu mối về chuyển gửi người nhiễm HIV | Khoa, phòng nhận được kết quả XN khẳng định HIV (+) |
| 2 | Tư vấn, hỗ trợ tham gia điều trị ARV | - Tư vấn về lợi ích điều trị sớm- Hướng dẫn cho người nhiễm biết các cơ sở điều trị ARV | Khoa, phòng đầu mối chuyển gửi người nhiễm HIV |
| 3 | Kết nối điều trị ARV | - Khuyến khích người nhiễm HIV tham gia điều trị tại chỗ (nếu bệnh viện hoặc cơ sở KCB) có khoa, phòng điều trị ARV- Lập phiếu chuyển gửi nếu bệnh viện (hoặc cơ sở KCB) không có khoa, phòng điều trị ARV (hoặc BN muốn điều trị tại nơi khác)- Hướng dẫn người nhiễm HIV đăng ký khám và điều trị theo các thông tin chỉ dẫn | Khoa/phòng đầu mối chuyển gửi người nhiễm HIV |
| 4 | Báo cáo, theo dõi sau chuyển gửi điều trị ARV  | - Báo cáo kết quả chuyển gửi- Theo dõi sau chuyển gửi | - Bệnh viện (hoặc cơ sở KCB)- CSYT điều trị ARV- Đơn vị đầu mối phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, huyện |

**PHỤ LỤC 1**

**PHIẾU CHUYỂN GỬI ĐIỀU TRỊ ARV**

 Kính gửi: (*tên CSYT sẽ nhận BN*) ………………………………………

***Thông tin người giới thiệu/thực hiện chuyển gửi:***

Họ và tên: ……………………….……………...........................................................

Điện thoại: ……………………………………………………………………………..

Đơn vị công tác: ……………………………………………………………………….

Địa chỉ: …………………………………………………………………………………

***Thông tin khách hàng:***

Họ và tên: …………………………………Tuổi………………Giới:…………………

Số CMND: ……………………………………………………………………………..

Địa chỉ liên hệ: …………………………………………………………………………

Điện thoại:………………………………………………………………………………

Ngày xét nghiệm khẳng định: …………………………………………………………

***Thông tin cơ sở y tế tiếp nhận điều trị ARV:***

Họ và tên người liên lạc : ……………………………………………….....................

Điện thoại cố định : ……………………………………………………………………

Điện thoại di động : ……………………………………………………………………

Địa chỉ email (nếu có) : ………………………………………………………………..

Địa chỉ : ………………………………………………………………………………..

Ngày, giờ làm việc : ……………………………………………………………………

 … ……, ngày………tháng ………năm 20……..

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Người giới thiệu/thực hiện chuyển gửi***(ký và ghi rõ họ tên)* |
|  |  |

**Phụ lục 02: Mẫu báo cáo hoạt động chuyển gửi người nhiễm HIV phát hiện tại các bệnh viện tới dịch vụ CS-ĐT HIV/AIDS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tỉnh/TP:………………………………****Bệnh viện:…………………………….** | **BÁO CÁO HOẠT ĐỘNG CHUYỂN GỬI** **NGƯỜI NHIỄM HIV TỚI DỊCH VỤ CS - ĐT HIV/AIDS***(Tháng ……….., Từ ngày …./….. đến ngày……..../……..20……..)* |

**1. Kết quả hoạt động TVXNHIV**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chỉ số** | **Trong tháng** | **Cộng dồn (\*)** |
| Khoa nội | Khoa ngoại | Khoa nhiêm | Phòng khám  | Các khoa khác | Tổng số |
| * Số BN có KQXN sàng lọc (+)
 |  |  |  |  |  |  |  |
| * Số BN có KQXN khẳng định (+)
 |  |  |  |  |  |  |  |
| * Số BN nhận KQXN khẳng định (+) tại BV
 |  |  |  |  |  |  |  |
| * Số BN nhận KQXN khẳng định (+) tại BV được CGTC tới CS-ĐT HIV/AIDS
 |  |  |  |  |  |  |  |

*(\*): Cộng dồn từ ngày bắt đầu triển khai tới ngày cuối cùng của tháng báo cáo*

**2. Danh sách bệnh nhân có XN HIV sàng lọc/ XN HIV khẳng định dương tính trong tháng**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Họ tên** | **Năm sinh** | **Địa chỉ** | **Nhóm đối tương** | **Số ĐT***(nếu có)* | **Ngày sàng lọc** **HIV (+)** *(Ngày/tháng /năm)* | **Ngày khẳng định HIV(+)** *(Ngày/tháng /năm)* | **Chuyển gửi** **CS-ĐT***(thành công/ chưa thành công)* | **Tên cơ sở CS-ĐT HIV/AIDS đã tiếp nhận**  |
| **Nam** | **Nữ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. Đề xuất/kiến nghị của đơn vị: ……………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Người báo cáo***(Ký, ghi rõ họ , tên)* | *………, ngày ……. tháng …… năm 20 …..***Lãnh đạo đơn vị***(Ký, ghi rõ họ , tên)* |

**Phụ lục 03: Mẫu báo cáo hoạt động người nhiễm HIV tham gia điều trị trong tháng**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tỉnh/TP:………………………………****Bệnh viện:…………………………….** | **BÁO CÁO DANH SÁCH NGƯỜI NHIỄM HIV TỚI ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS TRONG THÁNG***(Tháng ……….., Từ ngày …./….. đến ngày……..../……..20……..)* |

**Kính gửi:…………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Họ tên** | **Năm sinh** | **Địa chỉ** | **Nhóm đối tương** | **Số ĐT***(nếu có)* | **Ngày sàng lọc** **HIV (+)** *(Ngày/tháng /năm)* | **Ngày khẳng định HIV(+)** *(Ngày/tháng /năm)* | **Chuyển gửi** **CS-ĐT***(thành công/ chưa thành công)* | **Tên cơ sở CS-ĐT HIV/AIDS đã tiếp nhận**  |
| **Nam** | **Nữ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. Đề xuất/kiến nghị của đơn vị: …………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Người báo cáo***(Ký, ghi rõ họ , tên)* |  | *………, ngày ……. tháng …… năm 20 …..***Lãnh đạo đơn vị***(Ký, ghi rõ họ , tên)* |