

Số: 1914/PAS-KSDB
V/v: Tăng cường giám sát,
phòng chống bệnh cúm.

TP.Hồ Chí Minh, ngày 04 tháng 9 năm 2019

Kính gửi: Giám đốc Sở Y tế 20 tỉnh/thành phố khu vực phía Nam


Trong những tháng gần đây, Viện Pasteur TP.Hồ Chí Minh nhận được báo cáo các trường hợp cúm mùa trong cơ sở y tế và các ổ dịch cúm A/H5N1, A/H5N6 trên gia cầm tại một số tỉnh, thành phố trong khu vực phía Nam. Cùng với đó, trên thế giới đã ghi nhận sự xuất hiện trở lại các ca bệnh cúm độc lực cao A/H5N6, A/H5N1 trên người.

Nhằm chủ động phòng chống dịch bệnh cúm, phát hiện sớm, xử lý kịp thời, không để lan rộng, kéo dài, lây nhiễm chéo trong cơ sở y tế, Viện Pasteur TP.Hồ Chí Minh trân trọng đề nghị đồng chí Giám đốc Sở Y tế 20 tỉnh, thành phố khu vực phía Nam quan tâm và chỉ đạo các đơn vị/phòng ban trực thuộc triển khai một số nội dung sau:

1. Tăng cường truyền thông đến người dân bằng cách tăng thời lượng, số lượng phát sóng, đa dạng kênh truyền thông. Cần nhấn mạnh các biện pháp phòng chống cúm như vệ sinh cá nhân, thường xuyên rửa tay bằng xà phòng, hạn chế tiếp xúc với người bệnh cúm hoặc gia cầm ốm, chết. Đặc biệt tuyệt đối không sử dụng gia cầm, sản phẩm gia cầm ốm, chết và không rõ nguồn gốc. Khi có các biểu hiện mắc cúm như sốt, ho, đau ngực, khó thở có liên quan đến gia cầm thì phải liên hệ với cơ sở y tế gần nhất để được tư vấn, xử lý kịp thời và điều trị thích hợp.
2. Thực hiện nghiêm túc và đầy đủ cơ chế phối hợp trong công tác phòng, chống bệnh lây truyền từ động vật sang người theo quy định của Thông tư liên tịch số 16/2013/TTLT-BYT-BNN&PTNT ngày 27/5/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn và việc báo cáo, khai báo bệnh, dịch bệnh truyền nhiễm theo Thông tư số 54/2015/TT-BYT ngày 28/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. Các cơ sở khám, chữa bệnh phát hiện, cách ly, lấy mẫu, điều tra dịch tễ các trường hợp viêm phổi nặng nghi do vi rút theo đúng định nghĩa và biểu mẫu điều tra đính kèm, lưu ý đối với các trường hợp có tiền sử tiếp xúc gia cầm ốm/chết. Phối hợp thông báo ngay cho đơn vị y tế dự phòng cùng cấp các trường hợp viêm phổi nặng nghi do vi rút và chùm ca bệnh viêm hô hấp nghi do vi rút để phối hợp điều tra, xử lý, vận chuyển mẫu bệnh phẩm. Bên cạnh đó, thường xuyên kiểm soát chống nhiễm khuẩn trong cơ sở khám chữa bệnh nhằm tránh lây nhiễm chéo, bùng phát ổ dịch tại cơ sở y tế.



4. Các Trung tâm Y tế dự phòng/Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thường xuyên phối hợp với Chi cục Chăn nuôi và Thú y tỉnh trong giám sát phát hiện, xử lý, theo dõi ổ dịch cúm trên gia cầm. Đồng thời điều tra ca bệnh, chùm ca bệnh viêm phổi nặng nghi do vi rút trong cộng đồng, xử lý ngay các ổ dịch, hạn chế lây lan trong cộng đồng. Lấy mẫu xét nghiệm để xác định ổ dịch mới phát hiện trong cộng đồng.
5. Chuẩn bị đầy đủ trang thiết bị, thuốc và hóa chất để điều trị và xử lý dịch.

Trân trọng cảm ơn./ 

Nơi nhận:

- Như trên;
- Cục YTDP (để báo cáo);
- TTYTDP/TTKSĐT 20 tỉnh/thành phố khu vực phía Nam (để thực hiện);
- Viện trưởng (để báo cáo);
- Lưu: VT, KSDB.

**KT.VIỆN TRƯỞNG
PHÓ VIỆN TRƯỞNG**



Nguyễn Vũ Thượng



Mã số bệnh nhân: VP/___/___/___
K.V. Năm Số thứ tự

PHIẾU ĐIỀU TRA BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI NẶNG NGHI DO VI RÚT

(Phiếu này cần được gửi cùng với bệnh phẩm về Viện Pasteur TP HCM)

Chú ý: Định nghĩa ca bệnh viêm phổi nặng do vi rút bao gồm các tiêu chuẩn bắt buộc sau đây:

1. Sốt đột ngột > 38°C (xác định bằng cách đo nhiệt độ hoặc qua khai thác bệnh sử), Và
2. Khó thở (dựa vào cảm giác của bệnh nhân hoặc các dấu hiệu thở nhanh nông, thở gắng sức) ở mức độ cần phải hỗ trợ hô hấp (thở ôxy qua xông, qua mask hoặc thở máy), Và
3. Có hình ảnh X-quang của viêm phổi, Và
4. Kết quả hội chẩn chuyên khoa KHÔNG hướng đến các loại căn nguyên khác ngoài vi rút, đặc biệt là viêm phổi vi khuẩn, lao...

Trên đây là định nghĩa ca bệnh dùng cho việc theo dõi, giám sát dịch tễ -vi rút học hội chứng viêm phổi nặng do vi rút, **không phải** tiêu chuẩn loại trừ hay tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh/loại vi rút cụ thể nào.

A -Thông tin cơ bản về ca bệnh

Tên Khoa & Bệnh viện bệnh nhân đang điều trị:

1. Họ tên bệnh nhân: a. Họ: b. Tên đệm c. Tên:

2. Giới: 1. Nam 2. Nữ

3. Tuổi ___ Tính bằng Năm Tháng (nếu dưới 24 tháng tuổi)

4. a. Địa chỉ nơi ở thường xuyên nhất: Số:..... Đường phố/Thị trấn/ấp.....

Phường/Xã: Quận/huyện:

Tỉnh/Thành phố: Số điện thoại liên hệ:

b. Địa chỉ tại nơi bệnh khởi phát: 1. Như trên 2. Khác, ghi rõ:.....

5. Nghề nghiệp: (công việc chủ yếu trong thời gian gần đây)

6. Ngày khởi phát: ___/___/201___

7. Các biểu hiện lâm sàng kể từ khi bệnh khởi phát cho đến thời điểm điều tra:

a. Sốt đột ngột >38°C

1. Có 2. Không

Nếu có, nhiệt độ cao nhất đo được: ___ . ___ °C

b. Ho:

1. Có 2. Không 3. Không biết

c. Đau họng:

1. Có 2. Không 3. Không biết

d. Trong vùng 7 ngày trước khi khởi phát, bệnh nhân có tiếp xúc gần với bệnh nhân nào

khác với các triệu chứng sốt + ho/đau họng không? 1. Có 2. Không 3. Không biết

8. Chẩn đoán ban đầu (kèm bệnh lý nền & mạn tính):.....

9. Phân loại bệnh nhân:

1. Ngoại trú 2. Nội trú (nằm viện) 3. Chuyển viện

Nếu chuyển viện, nơi sẽ chuyển đến

10. Ngày điều tra: ___/___/201___

11. Ngày nhập viện: ___/___/201___

Mã số bệnh nhân: VP/____/____/____
K.V. Năm Số thứ tự

12. a. Khó thở: 1. Có 2. Không
b. Hô hấp hỗ trợ: 1. Không cần 2. Thở oxy qua mask/sonde mũi 3. Thở máy 4. Khác
13. a. Tổn thương phổi trên X-quang: 1. Có 2. Không 3. Không làm
Nếu đã được chụp X-quang, ngày ____/____/201__
b. Mô tả:
14. a. Bạch cầu: /mm³ (theo kết quả xét nghiệm đầu tiên sau khi nhập viện)
b. Hồng cầu: /mm³ c. Tiểu cầu:/mm³ d. Hematocrite:%
15. a. Nếu bệnh nhân đã được điều trị tại các cơ sở y tế khác trước khi nhập viện lần này thì đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp:
 Tự mua thuốc dùng tại nhà Trạm y tế xã/phường TTYT huyện Bệnh viện tỉnh
 Bệnh viện trung ương Phòng khám tư nhân Bệnh viện tư nhân
b. Tên cơ sở y tế đã điều trị bệnh nhân: ` 1)
2) 3)
16. Thuốc phòng cúm:
a. Bệnh nhân có được tiêm vắc xin phòng cúm trong 6 tháng vừa qua không:
1. Có 2. Không 3. Không biết
b. Từ trước khi khởi phát 7 ngày cho đến nay, bệnh nhân có dùng loại thuốc nào sau đây:
Oseltamivir (Tamiflu) 1. Có 2. Không 3. Không biết
Zanimivir (Relanza) 1. Có 2. Không 3. Không biết
Amantadine (Symmadine, Symmetrel) 1. Có 2. Không 3. Không biết
Rimantadine (Flumadine) 1. Có 2. Không 3. Không biết
c. Nếu có dùng bất cứ loại nào nói trên, mô tả liều lượng, ngày bắt đầu và số ngày dùng
.....

B – Phơi nhiễm mang tính chất nghề nghiệp:

17. Trong thời gian 2 tuần trước khi bệnh khởi phát, bệnh nhân có làm các loại nghề nghiệp nào sau đây không (*công việc mang tính chất thường xuyên với thời gian làm việc ít nhất 2 giờ/ngày*):
- a. Chăn nuôi, giết mổ, dọn dẹp chuồng trại gia cầm hoặc các động vật khác:
1. Có 2. Không 3. Không biết
- b. Làm việc tại các phòng thí nghiệm có xét nghiệm cúm A/H5: 1. Có 2. Không 3. Không biết
- c. Làm việc tại các cơ sở y tế 1. Có 2. Không 3. Không biết
- Nếu trả lời có đối với các câu 17a, 17b or 17c, ghi rõ (nơi làm, công việc cụ thể):
.....

Mã số bệnh nhân: VP/ $\frac{\quad}{K.V.}$ / $\frac{\quad}{Năm}$ / $\frac{\quad}{Số\ thứ\ tự}$

C- Phơi nhiễm với các loại động vật:

Trong thời gian 2 tuần trước khi bệnh khởi phát, bệnh nhân có các loại phơi nhiễm (tiếp xúc) sau đây không (từ câu 18 đến câu 22):

18. Giết mổ hoặc sờ chạm trực tiếp các loại gia cầm: 1. Có 2. Không 3. Không biết
Nếu có, 1. Khoẻ 2. ốm/chết 3. Không rõ Ghi rõ loại nào, số con:
19. Tham gia vào việc tiêu huỷ/chôn các loại gia cầm: 1. Có 2. Không 3. Không biết
Nếu có, 1. Khoẻ 2. ốm/chết 3. Không rõ
Sử dụng phương tiện bảo hộ: 1. Có 2. Không 3. Không biết
Ghi rõ loại gia cầm, bảo hộ:
20. a. Ăn thịt gia cầm/sản phẩm gia cầm (không kể trứng): 1. Có 2. Không 3. Không biết
Nếu có, 1. Khoẻ 2. ốm/chết 3. Không rõ
Mức độ đun nấu/chế biến: 1. Chín kỹ 2. Tái 3. Thức ăn sống
Ghi rõ loại nào:
b. Ăn trứng tươi/sống 1. Có 2. Không 3. Không biết
21. a. Gia đình có nuôi/nhốt hoặc phơi nhiễm (trong khoảng cách 1 mét) nhưng không sờ
/chạm vào các loại gia cầm: 1. Có 2. Không 3. Không biết
Nếu có, 1. Khoẻ 2. ốm/chết 3. Không rõ
b. Đi đến các nơi đang giữ nhốt hoặc đã giữ nhốt gia cầm trong vòng 2 tuần trước đó:
1. Có 2. Không 3. Không biết
- Nếu trả lời “Có” đối với câu 21a hoặc 21b:
c. ở đâu:
- d. Loại gia cầm: 1. Gia cầm nuôi (lấy trứng thịt) ghi rõ loại, số lượng:
2. Chim cảnh
3. Chim hoang dã
22. a. Gia đình nuôi hoặc có phơi nhiễm (trong khoảng cách 1 mét) với lợn (heo):
1. Có 2. Không 3. Không biết
b. Đi đến các nơi đang giữ nhốt hoặc đã giữ nhốt lợn (heo) trong vòng 2 tuần trước đó:
1. Có 2. Không 3. Không biết
- Nếu có đối với các câu 22a và/hoặc 22b, ở đâu:

Các loại tiếp xúc khác liên quan đến gia cầm/động vật (nếu có):

D – Tiếp xúc với bệnh nhân viêm đường hô hấp

Trong thời gian 2 tuần trước khi bệnh khởi phát, bệnh nhân có loại phơi nhiễm nào sau đây với một bệnh nhân khác trong thời kỳ diễn biến bệnh (ở khoảng cách nói chuyện, giao tiếp thông thường):

23. Với một ca bệnh đã được chẩn đoán xác định là Cúm A/H5 1. Có 2. Không 3. Không biết

Mã số bệnh nhân: VP/___/___/___
K.V. Năm Số thứ tự

24. Với một người mà sau đó tử vong vì một bệnh đường hô hấp không rõ căn nguyên:

1. Có 2. Không 3. Không biết

25. Với người đang được theo dõi căn nguyên cúm A/H5:

1. Có 2. Không 3. Không biết

26. a. Nếu trả lời “Có” đối với câu 23, 24 hoặc 25 thì bệnh nhân nằm trong một chùm ca bệnh, đánh dấu vào phần “Thuộc chùm ca bệnh” dưới đây:

1. Thuộc chùm ca bệnh 2. Không (chuyển tới câu 27)

b. Nếu thuộc chùm ca bệnh, 1. Đã biết trước đó 2. Mới xác định được

c. Hoàn cảnh xảy ra chùm ca bệnh:

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. Trong gia đình (cùng một nhà) | 2. Gia đình lớn (nhiều nhà trong cùng 1 khuôn viên) |
| 3. Trong bệnh viện | 4. Trong các loại hình cư trú khác (tập thể/hàng xóm...) |
| 5. Doanh trại quân đội | 6. Trại vui chơi dã ngoại |
| 7. Khác, ghi rõ: | |

d. Mã số chùm ca bệnh: ___/___ (mục này chỉ do cán bộ phụ trách dịch tễ của khu vực ghi)

Các thông tin khác liên quan đến hoàn cảnh phát bệnh và yếu tố nguy cơ của ca bệnh:

.....
.....

Phiếu điều tra gửi kèm theo mẫu bệnh phẩm, phần E và F sẽ bổ sung sau khi có thông tin E- Kết quả xét nghiệm căn nguyên vi rút (sẽ có phiếu xét nghiệm đính kèm)

F – Tình trạng cuối cùng và phân loại bệnh nhân:

27. a. Tình trạng cuối cùng (do người điều tra phiếu ghi sau khi bệnh nhân xuất viện hoặc tử vong):

1. Hồi phục (ra viện)
2. Tử vong
3. Không theo dõi được (trong khi vẫn còn có khả năng lây nhiễm cho người khác)

b. Ngày xác định kết quả điều trị (xuất viện hoặc tử vong): ___/___/201__

c. Chẩn đoán cuối cùng khi ra viện:

28. Kết luận về phân loại ca bệnh cúm A/H5 theo tiêu chuẩn của TCYTTC (chỉ điền vào câu này sau khi đã có chẩn đoán xét nghiệm chắc chắn hoặc không tiếp tục theo dõi được vì mọi nguyên nhân).

1. Xác định
2. Nhiều khả năng
3. Có khả năng
4. Mất theo dõi
5. Loại trừ

Ngày..... tháng Năm 201.....

Điều tra viên

Lãnh đạo đơn vị

PHIẾU BỆNH PHẨM NGHI NGHIỆM CÚM

Gửi kèm bệnh phẩm đến Trung Tâm Cúm Quốc Gia-Viện Pasteur TP.HCM
167 Pasteur, Quận 3, TP.HCM. ĐT (028) 38 202 878

I. ĐƠN VI LẤY MẪU GHI:Ca nghi ngờ Ca tiếp xúc

1. Họ và tên : Nam / Nữ.....
2. Sinh ngày tháng năm hoặc tháng tuổi (nếu dưới 24 tháng)
3. Nơi ở lúc bắt đầu bị bệnh : Số nhà đường/ấp.....
Xã / Thị trấn / Phường..... Huyện/Thị xã/Quận.....
Tỉnh/Thành phố..... Số điện thoại bệnh nhân.....
4. Ngày phát bệnh...../...../.....
5. Các triệu chứng : Sốt°C, Ho : Có / không , Đau họng: Có / Không
Thờ ơ / Thở khó: Có / không , Sống / Chết , Ngày chết/...../.....
6. Dịch tễ : trong vòng 7 ngày trước khi phát bệnh, bệnh nhân đã :
- Tiếp xúc với bệnh nhân H5N1 (+) / Gia cầm bệnh chết / Sản phẩm gia cầm bệnh chết
Phương tiện vận chuyển / nuôi nhốt gia cầm bệnh chết / Giết mổ gia cầm bệnh chết
Đến hoặc sống ở nơi có dịch cúm gia cầm
- Tiếp xúc với bệnh nhân bị nhiễm Cúm nhưng không rõ loại Cúm gì
7. Chẩn đoán sơ bộ (kèm bệnh lý nền & mạn tính)
8. Được điều trị tại..... 9. Nơi gửi bệnh phẩm.....
Số điện thoại Email:..... Fax (nếu có).....

Bệnh phẩm	Giờ lấy	Ngày lấy	Người lấy
Ngoáy họng		/ /	
Ngoáy mũi		/ /	
Huyết thanh		/ /	
Khác.....		/ /	

10. Yêu cầu xét nghiệm Cúm: - A/H5 - A/H1 pdm 2009
- A/H1 - A/H3 - B Khác:.....
Ngày.....tháng.....năm 201.....
Người ghi phiếu Đại diện đơn vị

II. TT CÚM QUỐC GIA, VIỆN PASTEUR TP HCM:

Mã số PTN/.....

Loại bệnh phẩm	Giờ nhận	Ngày nhận	Tình trạng bệnh phẩm
Ngoáy họng			
Ngoáy mũi			
Huyết thanh			
Khác :			

Thực hiện xét nghiệm: Chấp nhận xét nghiệm Không chấp nhận

Ngày.....tháng.....năm.....

TT Cúm Quốc Gia – Viện Pasteur TP HCM

