

PHIẾU BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA

(Ban hành kèm theo Thông tư số 43/2018/TT-BYT ngày 26/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

HÌNH THỨC BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA: Tự nguyện <input type="checkbox"/> (*) Bắt buộc <input checked="" type="checkbox"/>		Số báo cáo/Mã số sự cố: 0222222222 Ngày báo cáo: 02/09/2022 Đơn vị báo cáo:	
Thông tin người bệnh (*)		Đối tượng xảy ra sự cố (*)	
Họ và tên: Cường 01 Số bệnh án: 011111111111111111 Ngày sinh: 12/01/1999 Giới tính: Nam Khoa/phòng: Nội khoa		<input type="checkbox"/> Người bệnh <input checked="" type="checkbox"/> Người nhà/Khách đến thăm <input type="checkbox"/> Nhân viên y tế <input type="checkbox"/> Trang thiết bị/Cơ sở hạ tầng	
Nơi xảy ra sự cố (*)			
Khoa/phòng/vị trí xảy ra sự cố (*)		Vị trí cụ thể (*)	
(*) Ngày xảy ra sự cố: 01/09/2022		Thời gian: 13:00	
Mô tả ngắn về sự cố aaaaaaaa			
Đề xuất giải pháp ban đầu bbbbbbbbbb			
Điều trị/xử lý ban đầu đã được thực hiện xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx			
Thông báo cho bác sĩ điều trị/người có trách nhiệm <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input checked="" type="checkbox"/> Không ghi nhận		Ghi nhận vào hồ sơ bệnh án/hồ sơ liên quan <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input checked="" type="checkbox"/> Không ghi nhận	
Thông báo cho người nhà/người bảo hộ <input type="checkbox"/> Có <input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận		Thông báo cho người bệnh <input type="checkbox"/> Có <input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận	
Phân loại ban đầu về sự cố <input checked="" type="checkbox"/> Chưa xảy ra <input type="checkbox"/> Đã xảy ra			
Đánh giá ban đầu về mức độ ảnh hưởng của sự cố <input type="checkbox"/> Nặng <input checked="" type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Nhẹ			
Thông tin báo cáo (Ấn danh)			
Họ tên: Dung dv		SDT: 0912983912 Email: cuonghm@onenet.com	
<input checked="" type="checkbox"/> Điều dưỡng (chức danh): admin		<input type="checkbox"/> Người bệnh <input type="checkbox"/> Người nhà/khách đến thăm	
<input type="checkbox"/> Bác Sĩ (chức danh):		<input type="checkbox"/> Khác(ghi cụ thể):	
Người chứng kiến 1: mr A		Người chứng kiến 2:	