

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 checked="" type="checkbox"/> (*) Bắt buộc <input type="checkbox"/>		Số báo cáo/Mã số sự cố: 2 Ngày báo cáo: 30/08/2022 Đơn vị báo cáo:
Thông tin người bệnh (*)		Đối tượng xảy ra sự cố (*)
Họ và tên: Phạm Thanh Long2 Số bệnh án: 2 Ngày sinh: 30/08/2022 Giới tính: Nam Khoa/phòng: Nhi khoa		<input checked="" type="checkbox"/> Người bệnh <input 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 (*) Khoa 1		Vị trí cụ thể (*) vị trí 1
(*) Ngày xảy ra sự cố: 30/08/2022		Thời gian:
Mô tả ngắn về sự cố 123456		
Đề xuất giải pháp ban đầu 1234567		
Điều trị/xử lý ban đầu đã được thực hiện 12345678		
Thông báo cho bác sĩ điều trị/người có trách nhiệm <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input 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 type="checkbox"/> Không ghi nhận
Thông báo cho người nhà/người bảo hộ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận		Thông báo cho người bệnh <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận
Phân loại ban đầu về sự cố <input 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 type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Nhẹ		
Thông tin báo cáo (Ấn danh)		
Họ tên: SĐT: Email:		
<input type="checkbox"/> Điều dưỡng (chức danh): <input type="checkbox"/> Bác Sỹ (chức danh):	<input type="checkbox"/> Người bệnh <input type="checkbox"/> Khác(ghi cụ thể):	<input type="checkbox"/> Người nhà/khách đến thăm
Người chứng kiến 1:		Người chứng kiến 2: