

**BM.01.QT-QLCL.01**

**MẪU BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA**

(Ban hành kèm theo Quy trình số 01/QT-QLCL ngày 25/05/2020 của Bệnh viện huyện Nhà Bè)

<b>HÌNH THỨC BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA:</b>  - Tự nguyện: <input type="checkbox"/>  - Bắt buộc: <input type="checkbox"/>		<b>Số báo cáo/Mã số sự cố:</b>  <b>Ngày báo cáo:</b> /    /  <b>Đơn vị báo cáo:</b> .....
<b>Thông tin người bệnh</b>		<b>Đối tượng xảy ra sự cố</b>
Họ và tên: Số bệnh án: Ngày sinh: Giới tính:              Khoa/phòng		<input 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
<b>Nơi xảy ra sự cố</b>		
<b>Khoa/phòng/vị trí xảy ra sự cố</b> (ví dụ: khoa ICU, khuôn viên bệnh viện)		<b>Vị trí cụ thể</b> (ví dụ: nhà vệ sinh, bãi đậu xe....)
Ngày xảy ra sự cố:        /        /		Thời gian:
Mô tả ngắn gọn về sự cố		
Đề xuất giải pháp ban đầu		
Điều trị/xử lý ban đầu đã được thực hiện		
<b>Thông báo cho Bác sĩ điều trị/người có trách nhiệm</b>  <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận		<b>Ghi nhận vào hồ sơ bệnh án/giấy tờ liên quan</b>  <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận

Thông báo cho người nhà/người bảo hộ		Thông báo cho người bệnh	
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận	
<b>Phân loại ban đầu về sự cố</b>			
<input type="checkbox"/> Chưa xảy ra		<input type="checkbox"/> Đã xảy ra	
<b>Đánh giá ban đầu về mức độ ảnh hưởng của sự cố</b>			
<input type="checkbox"/> Nặng <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Nhẹ			
<b>Thông tin người báo cáo</b>			
Họ tên:		Số điện thoại:	Email:
<input type="checkbox"/> Điều dưỡng (chức danh):	<input type="checkbox"/> Người bệnh	<input type="checkbox"/> Người nhà/khách đến thăm	
<input type="checkbox"/> Bác sỹ (chức danh):	<input type="checkbox"/> Khác (ghi cụ thể):		
Người chứng kiến 1:		Người chứng kiến 2:	