

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)

HÌNH THỨC BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA: - Tự nguyện: <input type="checkbox"/> - Bắt buộc: <input type="checkbox"/>		Số báo cáo/Mã số sự cố: Ngày báo cáo: / / Đơn vị báo cáo:
Thông tin người bệnh		Đối tượng xảy ra sự cố
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
Nơi xảy ra sự cố		
Khoa/phòng/vị trí xảy ra sự cố (ví dụ: khoa ICU, khuôn viên bệnh viện)		Vị trí cụ thể (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		
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/giấy tờ liên quan <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	
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 người báo cáo			
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:		