

PHIẾU CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC KHI MỔ

Ngày.....tháng.....năm.....

Họ tên người bệnh:.....Tuổi.....Nam/Nữ
Chẩn đoán :
Khoa : Phòng :
Bệnh nhân có bị dị ứng với những thứ thuốc gì :

Chuẩn bị bệnh nhân:	Có	Không	Các thông số:
Vệ sinh (Tắm gội):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mạch :.....lần/phút
Cắt móng tay, chân:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nhiệt độ :.....C
Đồ trang sức:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huyết áp:.....mmHg
Tháo răng giả:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nhịp thở :.....lần/phút
Quần áo sạch, mới thay:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chiều cao:.....Cm
Quần áo người nhà BN:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cân nặng:.....Kg
Bệnh nhân được vệ sinh rốn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Test K.S :
Vệ sinh vùng mổ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hồ sơ bệnh án đủ: Phiếu cam đoan mổ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Phiếu xét nghiệm nhóm máu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Phim chụp phổi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>Số lượng:.....cái
Các loại phim khác:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>Số lượng:.....cái
Điện tim:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nhắc bệnh nhân nhịn ăn, uống :
Giờ đưa bệnh nhân đi mổ :giờ.....ngày.....tháng.....năm.....
Ý kiến của người nhận bệnh nhân tại phòng mổ :
.....
.....

Họ tên ĐD chuẩn bị	Họ tên ĐD đưa	Họ tên ĐD nhận
Người bệnh đi mổ	Người bệnh đi mổ	Người bệnh đi mổ