|  |  |
| --- | --- |
| **HÌNH THỨC BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA**   * **Tự nguyện: 󠄀󠄀** * **Bắt buộc:󠄀 󠄀 󠄀󠄀** | **Số báo cáo/ Mã số sự cố:**  Mã số: CS-QLSC/BM01  Lần ban hành: 02  Ngày hiệu lực: 19/09/2024  Trang: 1/1  **Ngày báo cáo:** / /  **Đơn vị báo cáo:……………………………………** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Thông tin người bệnh** | **Đối tượng xảy ra sự cố** |
| Họ và tên: | 1. Người bệnh 󠄀󠄀 |
| Số bệnh án: | 1. Thân nhân/ khách đến thăm 󠄀󠄀 |
| Ngày sinh: | 1. Nhân viên y tế 󠄀󠄀 |
| Giới tính: | 4. Trang thiết bị/ cơ sở hạ tầng 󠄀󠄀 |
| Khoa/ phòng: |  |
| **Nơi xảy ra sự cố** | |
| Khoa/phòng/ vị trí xảy ra sự cố (Ví dụ: Khoa CC -HSTC, khuôn viên bệnh viện…)  ……………………………………………………… | **Vị trí cụ thể** ( Ví dụ: nhà vệ sinh, phòng bệnh…)  ………………………………………….......................................................................................... |
| **Ngày xảy ra sai sót, sự cố:** .. . /… /… | **Thời gian:** |
| **Mô tả ngắn gọn về sự cố** | |
| **Đề xuất giải pháp ban đầu** | |
| **Điều trị/ xử lí ban đầu đã được thực hiện** | |
| **Thông báo cho BS điều trị/ người có trách nhiệm 󠄀**  **󠄀󠄀**Có 󠄀󠄀Không 󠄀󠄀Không ghi nhận | **Ghi nhận vào hồ sơ bệnh án/ giấy tờ liên quan**  **󠄀**Có 󠄀󠄀Không 󠄀󠄀Không ghi nhận |
| **Phân loại ban đầu về sự cố** |  |
| 1. Chưa xảy ra 󠄀󠄀 2. Đã xảy ra 󠄀󠄀 | |
| **Đánh giá ban đầu về mức độ ảnh hưởng của sự cố** | |
| 1. Nặng 󠄀󠄀   1. Trung bình 󠄀󠄀 2. Nhẹ **󠄀󠄀** | |
| **Thông tin người báo cáo ( Có thể để trống đối với báo cáo tự nguyện)** | |
| Họ tên: Số điện thoại: Email: | |
| 󠄀 Điều dưỡng (Chức danh): 󠄀󠄀Người bệnh 󠄀󠄀 Người nhà/ khách  󠄀 Bác sĩ ( chức danh): 󠄀󠄀Khác ( Ghi cụ thể) | |
| Người chứng kiến 1: Người chứng kiến 2: | |