|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HÌNH THỨC BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA:**  **- Tự nguyện:** □  **- Bắt buộc:** □ | | | **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: | | | □ Người bệnh | |
| Số bệnh án: | | | □ Người nhà/khách đến thăm | |
| Ngày sinh: | | | □ Nhân viên y tế | |
| Giới tính:             Khoa/phòng | | | □ 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 lí ban đầu đã được thực hiện | | | | |
| **Thông báo cho Bác sĩ điều trị/người có trách nhiệm** | | **Ghi nhận vào hồ sơ bệnh án/giấy tờ liên quan** | | |
| □ Có □ Không □ Không ghi nhận | | □ Có □ Không □ Không ghi nhận | | |
| Thông báo cho người nhà/người bảo hộ | | Thông báo cho người bệnh | | |
| □ Có □ Không □ Không ghi nhận | | □ Có □ Không □ Không ghi nhận | | |
| **Phân loại ban đầu về sự cố** | | | | |
| □ Chưa xảy ra | | □ Đã xảy ra | | |
| **Đánh giá ban đầu về mức độ ảnh hưởng của sự cố** | | | | |
| □ Nặng  □ Trung bình  □ Nhẹ | | | | |
| **Thông tin người báo cáo** | | | | |
| Họ tên: | Số điện thoại: | | | Email: |
| □ Điều dưỡng (chức danh): | □ Người bệnh | | | □ Người nhà/khách đến thăm |
| □ Bác sỹ (chức danh): | □ Khác (ghi cụ thể): | | |  |
| Người chứng kiến 1: | Người chứng kiến 2: | | |  |