

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

KHOA:

BẢNG KIỂM AN TOÀN PHẪU THUẬT - THỦ THUẬT (Hoàn thành ngay tại nơi xảy ra sự kiện)

Mã vạch:

Số hồ sơ:

Họ và tên NB:

Ngày sinh/Tuổi:

Giới tính: Nam Nữ

Địa chỉ:

Họ và tên mẹ:

Ngày: Giờ: Thủ thuật/Phẫu thuật:

Nơi thực hiện: Phòng mổ Cath Lab Xquang/CT/MRI Nội soi
 Khác (ghi rõ):

[I] TRƯỚC KHỞI MÊ Trước khi vô cảm/an thần Thực hiện có xác nhận của NB (trẻ lớn, tỉnh)/TNNB, nếu có điều kiện	[II] 1 PHÚT DỪNG Ngay trước rạch da/thủ thuật Thực hiện có xác nhận của NB (trẻ lớn, tỉnh), nếu có điều kiện	[III] NGAY SAU MỒ Trước khi NB/PTV rời PM ĐD vòng ngoài xác nhận bằng lời:
<p>XĐNB (từ 3 dấu hiệu trở lên):</p> <input type="checkbox"/> Họ và tên <input type="checkbox"/> Ngày sinh/Tuổi <input type="checkbox"/> Địa chỉ <input type="checkbox"/> Họ và tên mẹ <input type="checkbox"/> Số hồ sơ <p>Dấu hiệu xác nhận khác: <input type="checkbox"/> Chẩn đoán <input type="checkbox"/> Can thiệp</p> <p>Xác nhận bởi: <input type="checkbox"/> Người bệnh/Thân nhân NB <input type="checkbox"/> Thông tin trên vòng tay <input type="checkbox"/> NVYT</p> <p>Đã thực hiện cam kết: <input type="checkbox"/> Phẫu thuật/Thủ thuật <input type="checkbox"/> Gây mê/Gây tê <input type="checkbox"/> Truyền máu <input type="checkbox"/> PT-thủ thuật theo yêu cầu</p> <p>Mã tình trạng: <input type="checkbox"/> BDD <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> CT</p> <p>Đánh giá tiền phẫu: <input type="checkbox"/> Đầy đủ <input type="checkbox"/> Thiếu</p> <p>Đánh giá nguy cơ khác: <input type="checkbox"/> Dị ứng <input type="checkbox"/> Nguy cơ đường thở/sặc <input type="checkbox"/> Mất máu > 7mL/kg</p> <p>Xác định vị trí phẫu thuật: <input type="checkbox"/> Đã đánh dấu <input type="checkbox"/> Nhóm tiếp nhận đánh dấu <input type="checkbox"/> Điều chỉnh vị trí <input type="checkbox"/> Người xác nhận</p> <p>Vị trí phẫu thuật: <input type="checkbox"/> Tay <input type="checkbox"/> Chân <input type="checkbox"/> Thân <input type="checkbox"/> Đầu / Cổ <input type="checkbox"/> Mắt <input type="checkbox"/> Tai <input type="checkbox"/> Khác.....</p> <p>Nhịn ăn uống từ: <input type="checkbox"/> Đạt</p> <p>Chỉ định kháng sinh dự phòng: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> KAD</p>	<input type="checkbox"/> Đã sát khuẩn vùng phẫu thuật <input type="checkbox"/> Dụng cụ tiệt khuẩn <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> KAD <p><input type="checkbox"/> Vị trí đánh dấu thấy được sau khi sát khuẩn da & trải khăn mổ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (đánh dấu lại) <input type="checkbox"/> KAD</p> <p><input type="checkbox"/> KS dự phòng được tiêm trong vòng 60 phút trước rạch da <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> KAD</p> <p>Người tiêm: Kháng sinh: Liều: TG</p> <p><input type="checkbox"/> Lập lại liều KS dự phòng: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> KAD</p> <p>KS (lần 2): Liều: TG</p> <p>Sử dụng Beta-bloker quanh PT <input type="checkbox"/> Có Thời gian: <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>TIME-OUT (**) (Tất cả nội dung sau)</p> <input type="checkbox"/> Họ tên NB <input type="checkbox"/> Cam kết PT <input type="checkbox"/> PT/TT <input type="checkbox"/> Vị trí/Bên <input type="checkbox"/> KAD <input type="checkbox"/> Vị trí chính xác <input type="checkbox"/> Dị ứng <input type="checkbox"/> Cảnh báo an toàn (bệnh sử) <input type="checkbox"/> Hiện thị CDHA quan trọng <input type="checkbox"/> Vật liệu thay thế/ghép <input type="checkbox"/> Dụng cụ cần thiết <input type="checkbox"/> Thuốc & dán nhãn <input type="checkbox"/> Dung môi pha kháng sinh <input type="checkbox"/> Xác nhận ê-kíp PT (tên) <input type="checkbox"/> KS dự phòng, liều lặp lại <input type="checkbox"/> Dùng beta blocker <input type="checkbox"/> Kế hoạch giảm đau sau PT <p>TIẾP TỤC PHẪU THUẬT</p>	<input type="checkbox"/> Ghi tên thủ thuật sau khi xác nhận với PTV <input type="checkbox"/> Đếm gạc & dụng cụ đầy đủ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> KAD <p><input type="checkbox"/> Mẫu bệnh phẩm được lấy & nhãn, để đúng vị trí <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> KAD</p> <p><input type="checkbox"/> Những vấn đề liên quan đến thiết bị, dụng cụ được xác định/điều chỉnh theo Chính sách <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> KAD</p> <p>Người tham gia trực tiếp:</p> <p>..... <input type="checkbox"/> PTV <input type="checkbox"/> KAD</p> <p>..... <input type="checkbox"/> BS gây mê <input type="checkbox"/> KAD</p> <p>..... <input type="checkbox"/> KTV gây mê <input type="checkbox"/> KAD</p> <p>..... <input type="checkbox"/> Điều dưỡng <input type="checkbox"/> KAD</p> <p>..... <input type="checkbox"/> TPNT <input type="checkbox"/> KAD</p> <p>..... <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> KAD</p> <p>Chữ ký người điền bảng kiểm: Giai đoạn: I II III</p> <p>Giờ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Giờ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Giờ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(**) <i>Thực hiện cả nhóm.</i></p>

PHẦN KIỂM TRA CHI TIẾT GẠC, KIM, DAO & DỤNG CỤ SỬ DỤNG TRONG PHẪU THUẬT

Gạc	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4					Tổng (đưa ra)	Tổng (kiểm lại)
Lớn										
Nhỏ										
Kim										
Dao										
Dụng cụ	Số lượng lúc mở và sử dụng									
Bộ số										
Dụng cụ lẻ										