**PHIẾU BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA**

*(Thực hiện theo Thông tư số 43/2018/TT-BYT ngày 26/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| **HÌNH THỨC BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA*** **Tự nguyện: £**
* **Bắt buộc: £**
 | **Số báo cáo/Mã số sự cố:** ………………………*(mã số sự cố do Tổ QTRR-Phòng QLCL ghi)***Ngày báo cáo:** **Đơn vị báo cáo: BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1** |
| **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:** | **Vị trí cụ thể** (ví dụ: nhà vệ sinh, bãi xe…) |
| Ngày xảy ra sự cố: /20 Thời gian (giờ):  |
| **Mô tả ngắn gọn về sự cố** (diễn tiến câu chuyện, sự việc, tình huống, ảnh hưởng của 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**⬜ Có ⬜ Không ⬜ Không ghi nhận | **Ghi nhận vào hồ sơ bệnh án/giấy tờ liên quan**⬜ Có ⬜ Không ⬜ Không ghi nhận |
| **Thông báo cho người nhà/người bảo hộ:**⬜ Có ⬜ Không ⬜ Không ghi nhận | **Thông báo cho người bệnh**⬜ 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 | Mô tả chi tiết hậu quả ban đầu (nếu có): |
| **Thông tin người báo cáo:** |
| Họ tên: | Số điện thoại Email |
| ⬜ Điều dưỡng (chức danh)⬜ Bác sĩ (chức danh) | ⬜ Người bệnh ⬜ Người nhà/khách đến thăm⬜ Khác (ghi cụ thể) |
| Người chứng kiến 1 | Người chứng kiến 2 |

Ngày, giờ nhận báo cáo: Giờ / /20 Người nhận:

*(Do tổ QTRR hoặc người trực ĐDT nhận báo cáo ghi)*