


TP.Thủ Đức, ngày 05 tháng 09 năm 2022

HƯỚNG DẪN BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA

1. Truy cập: <http://178.88.11.11/>
2. Chọn khoa/phòng và nhập mật khẩu: 131
3. Điền mẫu Báo cáo SCYK



BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH
BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA

Trao trọn niềm tin, trao trọn trái tim

HÌNH THỨC BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA		Ngày báo cáo	<input type="text" value="08/03/2023"/>
<input type="checkbox"/> Tự nguyện	Giờ báo cáo	<input type="text" value="07:43"/>	
<input type="checkbox"/> Bắt buộc	Đơn vị báo cáo *	<input type="text" value="Phòng Quản Lý Chất Lượng"/>	
Thông tin người bệnh		Đôi tượng xảy ra sự cố*	
Họ và tên: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Người bệnh	
Số bệnh án: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Người nhà/khách đến thăm	
Năm sinh: <input type="text" value="1900"/>		<input type="checkbox"/> Nhân viên y tế	
Giới tính: <input type="text" value="Nam"/>		<input type="checkbox"/> Trang thiết bị/cơ sở hạ tầng	
Khoa: <input type="text" value="Phòng Quản Lý Chất Lượng"/>			
Khoa/Phòng/ Vị trí xảy ra sự cố*: <input type="text" value="Phòng Quản Lý Chất Lượng"/>			
Vị trí cụ thể: <input type="text"/>			
Ngày xảy ra sự cố*: <input type="text"/>		Giờ: <input type="text"/>	
Thông báo cho Bác sĩ điều trị/người có trách nhiệm		<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chi Nhận	
Chi nhận vào hồ sơ bệnh án/giấy tờ liên quan		<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chi Nhận	
Thông báo cho người nhà/người bảo hộ		<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chi Nhận	
Thông báo cho người bệnh		<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chi Nhận	
Phân loại ban đầu về sự cố		<input type="checkbox"/> Chưa xảy ra <input type="checkbox"/> Xảy ra	
Đánh giá ban đầu về sự cố ảnh hưởng của sự cố		<input type="checkbox"/> Nặng <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Nhẹ	
Mô tả chi tiết về sự cố(*): <input type="text"/>			
Hậu quả do sự cố gây ra: <input type="text"/>			
Đề xuất giải pháp ban đầu: <input type="text"/>			
Điều trị/xử lý ban đầu thực hiện: <input type="text"/>			
Thông tin người báo cáo		Bạn có muốn ẩn danh <input type="checkbox"/>	
Họ tên người báo cáo*: <input type="text"/>		Số điện thoại: <input type="text"/>	
Email: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Điều dưỡng (chức danh): <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Người bệnh <input type="checkbox"/> Người nhà/khách đến thăm	
<input type="checkbox"/> Bác sỹ (chức danh): <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Khác (ghi cụ thể): <input type="text"/>	
Người chứng kiến 1: <input type="text"/>		Người chứng kiến 2: <input type="text"/>	
Đính kèm hình ảnh sự cố: <input type="button" value="Choose File"/> No file chosen <input type="button" value="Gửi hình"/>			
** Vui lòng khi đính kèm hình sự cố có kích thước không quá 4 Mb.			
Mỗi sự cố là một bài học kinh nghiệm cải tiến chất lượng khám chữa bệnh. Những thông tin này sẽ được bảo mật và lưu hành nội bộ.			
<input type="button" value="Gửi thông tin"/>			
**Vui lòng kiểm tra hình được gửi. <input type="button" value="Hình chọn"/>			

1. Điền thông tin

2. Chọn hình ảnh
(không bắt buộc)

3. Gửi thông tin

TM. HDQLCL
CHỦ TỊCH
(đã ký)