

Số: /BVĐK-QLCL
V/v thực hiện báo cáo sự cố y khoa
bằng quét mã QR.

Bình Phước, ngày tháng năm 2024

Kính gửi: Các khoa, phòng, tổ 115.

Căn cứ Thông tư số 43/2018/TT-BYT ngày 26/12/2018 của Bộ Y tế Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Công văn số 184/BVĐK-QLCL ngày 07 tháng 03 năm 2019 của Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Phước về việc thực hiện quy trình giải quyết sự cố y khoa.

Với mục tiêu nâng cao tỷ lệ nhân viên y tế tự nguyện báo cáo sự cố y khoa và giảm thủ tục hành chính, Bệnh viện đa khoa tỉnh triển khai cải tiến quy trình báo cáo sự cố y khoa từ hình thức báo cáo bằng văn bản giấy (*Phụ lục III: Mẫu báo cáo sự cố y khoa*) sang báo cáo trực tuyến (online) bằng cách quét mã QR CODE hoặc thực hiện quét mã QR trên trang Web của Bệnh viện: <https://benhvientinh.binhphuoc.gov.vn>.

Mã QR báo cáo sự cố y khoa



Cách sử dụng mã QR

Hướng dẫn sử dụng: Quét mã QR bằng camera hoặc zalo => mở liên kết => bấm “MỞ MÃ QR” để vào Biểu mẫu báo cáo



Giám đốc Bệnh viện đề nghị các khoa, phòng, tổ 115 triển khai thực hiện báo cáo sự cố y khoa bằng quét mã QR CODE. Trong quá trình thực hiện nếu có khó khăn, vướng mắc, xin liên hệ phòng QLCL (CN Nhung, số điện thoại: 0909253204) để được hướng dẫn./.

(Gửi kèm: Phụ lục III Mẫu báo cáo sự cố y khoa).

Nơi nhận:

- Như trên;
- Ban Giám đốc;
- Lưu: VT, QLCL.

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

PHỤ LỤC III
MẪU BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA

(Ban hành kèm 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: <input type="checkbox"/> - Bắt buộc: <input type="checkbox"/>	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: Số bệnh án: Ngày sinh: Giới tính: Khoa/phòng	<input type="checkbox"/> Người bệnh <input type="checkbox"/> Người nhà/khách đến thăm <input type="checkbox"/> Nhân viên y tế <input type="checkbox"/> 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 lý ban đầu đã được thực hiện	
Thông báo cho Bác sĩ điều trị/người có trách nhiệm <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận	Ghi nhận vào hồ sơ bệnh án/giấy tờ liên quan <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận
Thông báo cho người nhà/người bảo hộ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận	Thông báo cho người bệnh <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận
Phân loại ban đầu về sự cố	
<input type="checkbox"/> Chưa xảy ra	<input type="checkbox"/> Đã xảy ra
Đánh giá ban đầu về mức độ ảnh hưởng của sự cố	
<input type="checkbox"/> Nặng <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Nhẹ	

Thông tin người báo cáo

Họ tên:	Số điện thoại:	Email:
<input type="checkbox"/> Điều dưỡng (chức danh):	<input type="checkbox"/> Người bệnh	<input type="checkbox"/> Người nhà/khách đến thăm
<input type="checkbox"/> Bác sỹ (chức danh):	<input type="checkbox"/> Khác (ghi cụ thể):	
Người chứng kiến 1:	Người chứng kiến 2:	