

**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)*

|                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>HÌNH THỨC BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA:</b><br><div style="text-align: center;">- Tự nguyện: <input type="checkbox"/><br/>- Bắt buộc: <input type="checkbox"/></div>     |  | <b>Số báo cáo/Mã số sự cố:</b><br><b>Ngày báo cáo:</b> /    /<br><b>Đơn vị báo cáo:</b> .....                                                                 |  |
| <b>Thông tin người bệnh</b>                                                                                                                                         |  | <b>Đối tượng xảy ra sự cố</b>                                                                                                                                 |  |
| Họ và tên:                                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Người bệnh                                                                                                                           |  |
| Số bệnh án:                                                                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Người nhà/khách đến thăm                                                                                                             |  |
| Ngày sinh:                                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Nhân viên y tế                                                                                                                       |  |
| Giới tính:            Khoa/phòng                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> Trang thiết bị/cơ sở hạ tầng                                                                                                         |  |
| <b>Nơi xảy ra sự cố</b>                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                               |  |
| <b>Khoa/phòng/vị trí xảy ra sự cố</b> (ví dụ: khoa ICU, khuôn viên bệnh viện)                                                                                       |  | <b>Vị trí cụ thể</b> (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                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                               |  |
| <b>Thông báo cho Bác sĩ điều trị/người có trách nhiệm</b><br><br><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận |  | <b>Ghi nhận vào hồ sơ bệnh án/giấy tờ liên quan</b><br><br><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận |  |
| Thông báo cho người nhà/người bảo hộ                                                                                                                                |  | Thông báo cho người bệnh                                                                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận                                                                  |  | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không ghi nhận                                                            |  |

|                                                                                                                                 |                                                                                                       |                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Phân loại ban đầu về sự cố                                                                                                      |                                                                                                       |                                                              |
| <div><input type="checkbox"/> Chưa xảy ra</div> <div><input type="checkbox"/> Đã xảy ra</div>                                   |                                                                                                       |                                                              |
| Đánh giá ban đầu về mức độ ảnh hưởng của sự cố                                                                                  |                                                                                                       |                                                              |
| <div><input type="checkbox"/> Nặng</div> <div><input type="checkbox"/> Trung bình</div> <div><input type="checkbox"/> Nhẹ</div> |                                                                                                       |                                                              |
| Thông tin người báo cáo                                                                                                         |                                                                                                       |                                                              |
| Họ tên:                                                                                                                         | Số điện thoại:                                                                                        | Email:                                                       |
| <div><input type="checkbox"/> Điều dưỡng (chức danh):</div> <div><input type="checkbox"/> Bác sỹ (chức danh):</div>             | <div><input type="checkbox"/> Người bệnh</div> <div><input type="checkbox"/> Khác (ghi cụ thể):</div> | <div><input type="checkbox"/> Người nhà/khách đến thăm</div> |
| Người chứng kiến 1:                                                                                                             | Người chứng kiến 2:                                                                                   |                                                              |

**Nguồn:** Thông tư 43/2018/TT-BYT