

PHỤ LỤC 1: Danh sách NB được giám sát nhiễm khuẩn vết mổ

Bệnh viện:..... Khoa/đơn vị:

Ngày: / /

TT	Họ tên NB	Tuổi	Giới	Ngày vào khoa	Ngày phẫu thuật	Loại phẫu thuật

Người lập phiếu
(ký và ghi rõ họ tên)

Lãnh đạo khoa
(ký và ghi rõ họ tên)

Nguồn: Quyết định 1526/QĐ-BYT năm 2023