

PHIẾU BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA TỰ NGUYỆN (BM01)

Tên Khoa/Phòng báo cáo:	
Họ tên, tuổi người bệnh (có thể để trống):	
Khoa/phòng, vị trí xảy ra sự cố:	
Ngày xảy ra sự cố:/...../.....	
Mô tả ngắn gọn về sự cố	
Điều trị/xử lý ban đầu đã thực hiện	
Đề xuất biện pháp tránh lặp lại sự cố	
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 (có thể để trống) Họ tên:..... Số điện thoại:..... Email:.....	
Gửi báo cáo sự cố y khoa theo 1 trong 2 cách sau:	- Gửi trực tiếp về phòng QLCL - Hoặc gửi vào địa chỉ mail: