



<b>Thông báo cho Bác sĩ điều trị/người có trách nhiệm</b> <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> <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	
<b>Phân loại ban đầu về sự cố</b>		
<input type="checkbox"/> Chưa xảy ra	<input type="checkbox"/> Đã xảy ra	
<b>Đánh giá ban đầu về mức độ ảnh hưởng của sự cố</b>		
<input type="checkbox"/> Nặng		
<input type="checkbox"/> Trung bình		
<input type="checkbox"/> Nhẹ		
<b>Thông tin người báo cáo</b>		
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:	

**Người báo cáo sự cố**  
(có thể không ghi)