

Cơ sở KB, CB.....

**PHIẾU BÀN GIAO**  
**NGƯỜI BỆNH CHUYỂN KHOA**  
(Dành cho Điều dưỡng)

MS: BG-02  
Mã QR (nếu có)

Do điều dưỡng chịu trách nhiệm chăm sóc người bệnh liền trước khi chuyển bệnh giữa các khoa trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ngoại trừ người bệnh được chuyển đến/chuyển đi từ phòng mổ) hoặc chuyển đến cơ sở y tế khác.

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... Nam Nữ

Ngày giờ chuyển: ...../...../20.....

Bác sỹ chỉ định chuyển: .....

Chuyển từ: ..... Đến:.....

Lý do chuyển: .....

Chuyển theo yêu cầu của người bệnh/thân nhân

Chẩn đoán: .....

|                                   |                 |                               |                                     |
|-----------------------------------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Tình trạng người bệnh:            | Tốt             | Nhẹ                           | Nặng                                |
| Mức độ tỉnh táo:                  | Tỉnh táo        | Buồn ngủ/ngủ gà               | Kích động                           |
|                                   | Lú lẫn          | Hôn mê                        |                                     |
| Đau:                              | Không           | Có:                           | Thang điểm đau:.....điểm            |
| Nguy cơ té ngã:                   | Không           | Có:                           | Mức độ nguy cơ té ngã:.....         |
| Nhiệt độ:..... <sup>o</sup> C     | Mạch:...../phút | HA: ...../.....mmHg           | Nhịp thở:.....lần/phút SpO2: .....% |
| Dị ứng:                           | Không           | Có, ghi rõ:.....              |                                     |
| Đường truyền tĩnh mạch ngoại biên | Nơi đặt:.....   | Ngày đặt: ...../...../20..... |                                     |
| Đường truyền tĩnh mạch trung tâm  |                 | Ngày đặt: ...../...../20..... |                                     |
| Đường truyền động mạch            |                 | Ngày đặt: ...../...../20..... |                                     |
| Ống thông tiểu                    |                 | Ngày đặt: ...../...../20..... |                                     |
| Dẫn lưu                           | Nơi đặt 1:..... | Nơi đặt 2:.....               |                                     |

Khác:.....

Liều thở Oxy:..... L/phút

Da: Vết loét do tì đè (ghi rõ): .....

Băng vết thương (ghi rõ, ví dụ như băng đơn giản/vừa phải/phức tạp/bỏng...)

Ngày cắt chỉ: ...../...../20.....

Dinh dưỡng: Nhịn ăn uống Qua ống thông Chế độ ăn.....

Vận động: Không phụ thuộc Xe lăn Ngồi ghế

Nằm tuyệt đối tại giường

Bài tiết: Tiểu có tự chủ Tiểu không tự chủ Qua lỗ bài tiết nhân tạo

Thuốc đã điều trị trong ngày: Không Có Lúc: .....giờ.....phút

Thuốc cần sử dụng tiếp: Không Có Lúc: .....giờ.....phút

Tài liệu bàn giao: Hồ sơ bệnh án Vật dụng cá nhân Phim XQ, CT Khác

**Điều dưỡng khoa chuyển**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Điều dưỡng khoa nhận**  
(Ký, ghi rõ họ tên)