

Cơ sở KB, CB.....
Khoa.....

BẢNG KIỂM AN TOÀN
ĐIỆN QUANG

MS: CD-05
Mã QR (nếu có)

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

TT	Nội dung	Có	Không	Không rõ
1.	Phụ nữ có thai, nghi ngờ có thai hoặc cho con bú?			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.	Tiền sử dị ứng với thuốc cản quang, đối quang?			
	Người bệnh tiền sử dị ứng thuốc? Ghi rõ tên thuốc (nếu có):.....			
	Người bệnh có dị ứng với loại thức ăn, công trùng nào không?			
7.	Người bệnh có tiền sử hoặc đang mắc bệnh hen phế quản/viêm mũi dị ứng?			
8.	Người bệnh từng phải điều trị loại dị ứng nào khác không?			
9.	Người bệnh đang bị bệnh lý tim mạch (cao huyết áp, suy tim, loạn nhịp...)			
10.	Người bệnh có bị bệnh thận không?			
11.	Người bệnh có đang sử dụng 1 số nhóm thuốc (Metformin ...) điều trị tiểu đường			

Phần dành riêng cho người bệnh chụp cộng hưởng từ

TT	Nội dung	Có	Không
1.	Người bệnh đã bao giờ chụp cộng hưởng từ chưa?		
2.	Người bệnh đã bao giờ thực hiện phẫu thuật có cấy ghép cản quang không?		
	Máy tạo nhịp; Cấy ghép thiết bị điện tử; Máy trợ thính; Máy kích thích điện não....		
	Kẹp phình mạch não; Giá đỡ lòng mạch; Cấy ghép răng giả....		
3.	Người bệnh có dị vật kim loại khác: mảnh đạn, mảnh kim loại?		

Cam kết của người bệnh/thân nhân của người bệnh

Tôi xác nhận các thông tin nêu trên là đúng và tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về các nội dung đã cung cấp.

Tôi đã được bác sĩ giải thích đầy đủ về sự cần thiết của việc thực hiện kỹ thuật chụp có tiêm thuốc cản quang và các nguy cơ có thể xảy ra, kể cả nguy cơ tử vong trong quá trình thực hiện. Tôi và thân nhân của tôi đã trao đổi và quyết định (đồng ý/không đồng ý).....thực hiện kỹ thuật này. Tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm về quyết định của mình và không có bất kỳ khiếu nại, thắc mắc gì nếu tôi (thân nhân của tôi) có bị các tác dụng phụ của thuốc cản quang và các sự cố xảy ra trong quá trình chụp.

Ngàytháng.....năm 20.....

Người bệnh/thân nhân của người bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)

Bác sĩ chỉ định
(Ký, ghi rõ họ tên)

Nhân viên y tế phòng chụp cộng hưởng từ kiểm tra bằng dụng cụ dò kim loại (đối với NB chụp CHT):

Nhân viên kiểm tra (ký xác nhận, họ tên):

Có kim loại: Không có kim loại:

Theo dõi: Người bệnh có gặp phản ứng bất lợi nào sau tiêm không? (Ghi rõ biểu hiện, cách xử trí nếu có)

Dặn dò của bác sĩ khoa chẩn đoán hình ảnh (nếu có):
.....

Bác sĩ (Ký, ghi rõ họ tên):.....

HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN BẢNG KIỂM AN TOÀN ĐIỆN QUANG

I. Phạm vi áp dụng:

1. Tất cả trường hợp chụp cộng hưởng từ, chụp CT, chụp DSA.
2. Đối với chụp XQ thông thường: chỉ áp dụng đối với người bệnh là phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.

II. Yêu cầu chung:

Tất cả các bác sĩ lâm sàng khi chỉ định kỹ thuật điện quang cần kèm theo 01 bảng kiểm An toàn điện quang đã được điền đầy đủ thông tin cần thiết và có phần cam kết của người bệnh và thân nhân của người bệnh kèm theo phiếu chỉ định để gửi tới nơi chụp.

III. Yêu cầu cụ thể:

A. Các phần trong bảng kiểm cần được bác sĩ tại khoa lâm sàng hoàn thiện trước khi gửi người bệnh đến nơi chụp chiếu, bao gồm:

1. Phần thông tin của người bệnh.
2. Phần bảng kiểm các yếu tố nguy cơ:

Bác sĩ chỉ định sẽ hỏi người bệnh/thân nhân của người bệnh về các yếu tố nguy cơ và tích vào ô tương ứng, không được bỏ trống. (trường hợp không biết chắc chắn thì tích vào ô “không rõ”)

3. Phần ký cam kết của người bệnh:

Bác sĩ chỉ định yêu cầu người bệnh/thân nhân của người bệnh ký cam kết về các thông tin cung cấp cho bác sĩ cũng như đồng ý chấp thuận làm thủ thuật.

4. Bác sĩ chỉ định ký, ghi rõ họ tên.

B. Các phần trong bảng kiểm sau cần được bác sĩ và kỹ thuật viên hoàn thiện tại Khoa chẩn đoán hình ảnh, bao gồm:

1. Phần kiểm tra kim loại bằng dụng cụ dò kim loại (đối với chụp cộng hưởng từ).
2. Phần theo dõi người bệnh và dặn dò của bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh.
3. Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh, ghi rõ họ tên.

IV. Bảng kiểm An toàn Điện quang sau khi hoàn thiện

Bảng kiểm an toàn điện quang sau khi hoàn thiện sẽ được dán vào HSBA của người bệnh hoặc lưu tại đơn vị khám bệnh ban đầu (đối với trường hợp người bệnh khám ngoại trú).