

Cơ sở KB, CB.....
Khoa.....

**BẢNG KIỂM CHUẨN BỊ
VÀ BÀN GIAO NGƯỜI BỆNH
TRƯỚC PHẪU THUẬT**

MS: PT-02
Mã QR (nếu có)

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

Chẩn đoán:.....

Ngày phẫu thuật:...../...../20.....

Ngày giờ bàn giao.....giờ....., ngày...../...../20.....

Tiền sử dị ứng: Chưa ghi nhận Có, ghi rõ:.....

Có bệnh truyền nhiễm: Không Có, tên bệnh:.....

Người bệnh đã tắm, rửa dung dịch sát trùng trước khi mổ: Không Có

Kiểm tra tại Khoa trước khi chuyển đến phòng mổ **Nội dung bàn giao** **Kiểm tra tại phòng mổ**

Sinh hiệu lúc đến phòng mổ: Nhiệt độ:.....°C Mạch:.....lần /phút HA:.....mmHg

Nhịp thở:.....lần/phút SpO2:.....% Nhóm máu:.....

Đã kiểm tra	Không áp dụng		Đã kiểm tra
		Đã xác nhận đặc điểm nhận dạng người bệnh (bằng lời, vòng đeo nhận diện...) Hồ sơ bệnh án Tài liệu phẫu thuật đã được ký duyệt (Biên bản hội chẩn thông qua phẫu thuật, Phiếu khám tiền mê...)	
		Philm chụp X-Quang Philm chụp CT, MRI Khác:.....	Số lượng phim: Số lượng phim: Số lượng phim:
		Kháng sinh dự phòng:	giờ..... phút
		Nhịn ăn từ (giờ cụ thể):	giờ..... phút
		Chuẩn bị và vệ sinh vùng da trước mổ:	giờ..... phút
		Đã được đánh dấu vị trí phẫu thuật:	
		Dùng thuốc trước mổ (ghi giờ cụ thể)	giờ..... phútgiờ..... phút
		Đã tháo răng giả Đã tháo các thiết bị phụ trợ (kính áp tròng, máy trợ thính...). Đã tháo nữ trang, đồ kẹp tóc Đã mặc áo choàng mổ Đã làm trống bàng quang/túi nước tiểu Đã chuẩn bị đại tràng.	

.....
.....

Bên giao
(Ký, ghi rõ họ tên)

Bên nhận
(Ký, ghi rõ họ tên)

..... giờ ngày/...../20.....
Khoa chuyển:

..... giờ ngày/...../20.....
Khoa nhận: