

Cơ quan chủ quản:.....
Cơ sở KB, CB:.....
Khoa:Giường.....

PHIẾU THỦ THUẬT

MS: PT-09
Mã QR (nếu có)

1. Thông tin người bệnh

Họ và tên:.....TuổiGiới tính: Nam Nữ

2. Nội dung

Chẩn đoán trước thủ thuật:.....

Chẩn đoán sau thủ thuật:.....

Phương pháp làm thủ thuật:.....

Loại thủ thuật: Đặc biệt Loại I Loại II Loại III

Phương pháp vô cảm:.....

Bác sĩ làm thủ thuật.....

Nhân viên phụ:.....

Bác sĩ gây mê hồi sức (nếu có) :

Thời gian làm thủ thuật: Giờ..... Ngày/...../20.....

TÓM TẮT QUÁ TRÌNH LÀM THỦ THUẬT

.....
.....
.....

Các biến chứng trong quá trình làm thủ thuật:

.....
.....

Lượng máu mất:

Số mẫu bệnh phẩm (nếu có):

Số đăng ký của thiết bị cấy ghép (nếu có):.....

.....Giờ.....Ngày/...../20.....

Người thực hiện
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ghi chú:

– Đối với thủ thuật có sử dụng phương pháp vô cảm toàn thân hoặc phải thực hiện trong phòng mổ hoặc thủ thuật can thiệp đường mạch máu (không bao gồm tiêm, truyền), đường thở: Sử dụng phiếu thủ thuật và vẽ lược đồ thủ thuật (nếu cần thiết).

– Đối với các thủ thuật khác: Không phải lập phiếu thủ thuật nhưng phải ghi chỉ định và nội dung thực hiện dịch vụ vào bệnh án và có chữ ký xác nhận của người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh sau mỗi đợt điều trị (Thực hiện theo nội dung hướng dẫn tại Thông tư 50/2017/TT-BYT sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngày 29/12/2017 hoặc các văn bản quy định hiện hành).