

CN ĐD. Nguyễn Thị Lê Hoa - Phó ng KHTH

Căn cứ Thông tin 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn phòng, chẩn đoán, xử trí pha n vậ ;

Căn cứ Công văn 186/KCB-NV ngày 13/2/2018 của Cục Quản lý Khám chữa bệnh-Bộ Y tế về triển khai thực hiện Thông tin 51/2017/TT-BYT;

Căn cứ Công văn 251/SYT-NVY ngày 28/2/2018 của Sở Y tế về hướng dẫn phòng, chẩn đoán, xử trí pha n vậ ;

Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Nam xây dựng kế hoạch 198 KH/BV ngày 06/3/2018, phân công thực hiện phổ biến triển khai Thông tin 51/2017/TT-BYT về hướng dẫn phòng, chẩn đoán, xử trí pha n vậ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Nam.

Toàn thể nhân viên bệnh viện chia làm 4 nhóm đã thực hiện trao đổi, thông tin về Thông tin 51/2017/TT-BYT trong 04 ngày: 12/3/2018, 14/3/2018, 15/3/2018 và 16/3/2018 tại hội trường bệnh viện.

Bệnh viện đã tiến hành trang bị các hộp thuốc cấp cứu pha n vậ ; các vật tư, trang thiết bị cần thiết theo quy định; làm áp phích “Sơ đồ chẩn đoán và xử trí pha n vậ”; thống nhất mẫu ‘Thẻ di ỉng’ và mẫu ‘Cam đoan thực test/ sử dụng thuốc,...’ để dùng trong bệnh viện.

MÔ T SƠ HI NH A NH T A I BÊ NH VIÊ N

Viết bởi Biên tập viên

Thủ bộ y, 31 Tháng 3 2018 12:02 - Lần cập nhật cuối: Chủ nhật, 24 Tháng 6 2018 12:41



Vị trí biên chế viên

Thời gian, 31 Tháng 3 2018 12:02 - Lần cập nhật cuối: Thứ 6, 24 Tháng 6 2018 12:41

SỞ Y TẾ QUẢNG NAM
BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUẢNG NAM

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập-Tự do-Hạnh phúc

Số vào viện:

**GIẤY ĐỀ NGHỊ THỬ TEST
HOẶC SỬ DỤNG**

- Tôi tên là: Tuổi: Nam ☐ Nữ ☐
- Dân tộc: Ngoại kiều:
- Nghề nghiệp: Nơi làm việc:
- Địa chỉ:
- Là người bệnh/ đại diện gia đình người bệnh/ họ tên là:
hiện đang được điều trị tại Khoa: Bệnh viện :
- Sau khi nghe Bác sĩ cho biết tình trạng bệnh của tôi/ của người thân trong gia đình tôi / những phản ứng
phản vệ nguy hiểm có thể xảy ra nếu thử test hoặc sử dụng loại;
tôi tự nguyện viết giấy cam đoan này:
- ☐ Đồng ý đề nghị thử test hoặc sử dụng loại (nếu trên) và để giấy này làm bằng
- ☐ Không đồng ý đề nghị thử test hoặc sử dụng loại (nếu trên) và để giấy này làm bằng
(Người bệnh/đại diện gia đình tự viết một trong hai câu trên)

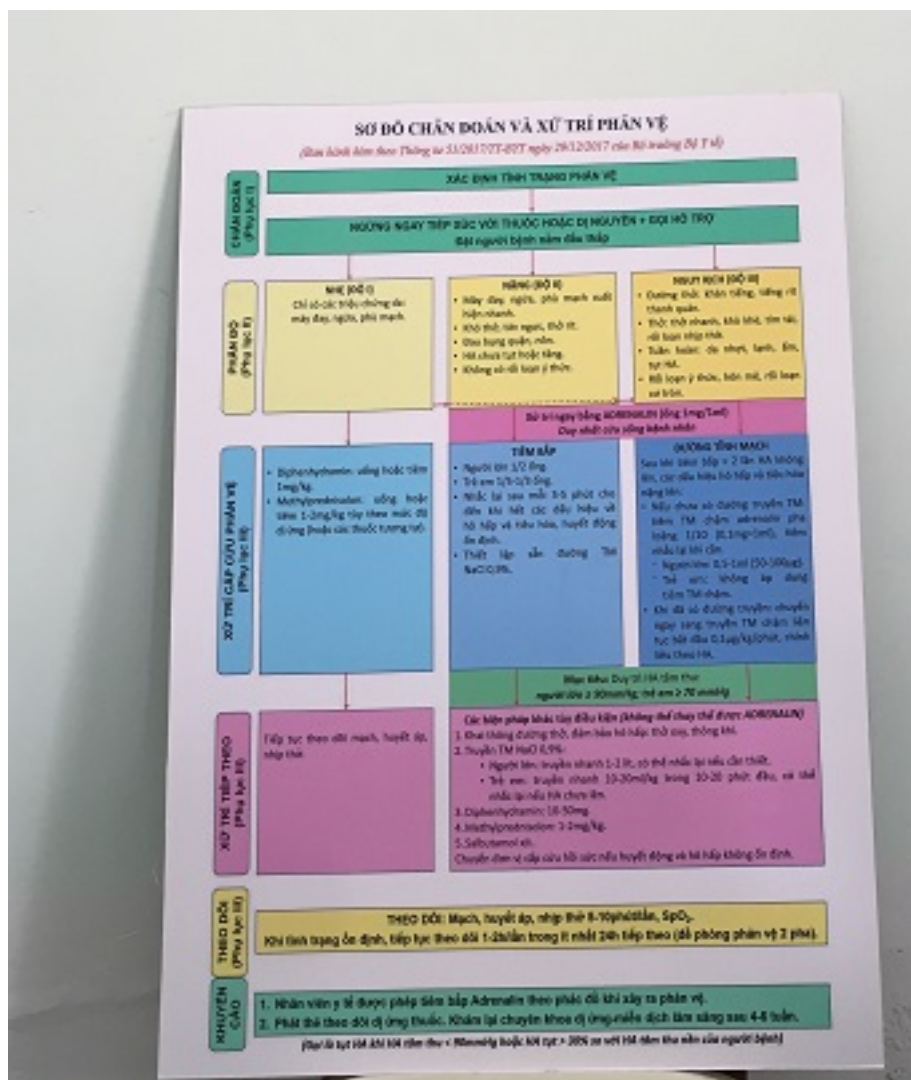


Ngày tháng năm
NGƯỜI BỆNH / ĐẠI DIỆN GIA ĐÌNH

Họ tên:

Vị trí biên tập viên

Thứ ba, 31 Tháng 3 2018 12:02 - Liên lạc nội bộ - Chủ nhật, 24 Tháng 6 2018 12:41



Vị trí biên tập viên

Thời gian, 31 Tháng 3 2018 12:02 - Lần cập nhật cuối: Thứ năm, 24 Tháng 6 2018 12:41

MẪU THẺ THEO DÕI DỊCH

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51 /2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế- Phụ lục VII)

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Nam

Khoa

THẺ DỊCH

Họ tên:

Nam ☐ Nữ ☐

Tuổi

Số CMND hoặc thẻ căn cước hoặc số định danh công dân

Dị nguyên/thuốc

Nghi ngờ

Chắc chắn

Biểu hiện lâm sàng

.....

☐

☐

.....

.....

☐

☐

.....

.....

☐

☐

.....

.....

☐

☐

.....

Bác sĩ xác nhận chẩn đoán ký:ĐT

Họ và tên:

Ba điều cần nhớ

1) Các dấu hiệu nhận biết phản vệ:

Sau khi tiếp xúc với dị nguyên có một trong những triệu chứng sau đây

- Miệng, họng: Ngứa, phù môi, lưỡi, khó thở, khàn giọng.
- Da: ngứa, phát ban, đỏ da, phù nề.
- Tiêu hóa: nôn, tiêu chảy, đau bụng.
- Hô hấp: khó thở, tức ngực, thở rít, ho.
- Tim mạch: mạch yếu, choáng váng.

2) Luôn mang thuốc adrenalin theo người.

3) Khi có dấu hiệu phản vệ:

“Tiêm thuốc adrenalin ngay lập tức”

“Gọi 115 hoặc đến cơ sở khám, chữa bệnh gần nhất”