|  |  |
| --- | --- |
| *... (Cơ quan chủ quản)....**...(Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (11))...**-------* | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc****---------------** |
|  | *(Địa danh), ngày ..... tháng .... năm 201......* |

**BÁO CÁO KẾT QUẢ
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH NHÂN ĐẠO**

**Phần I. Thông tin chung**

1.Địa điểm thực hiện khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo (12): ...................................

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

2.Thời gian từ ngày ....... tháng ....... năm ....... đến ngày ....... tháng ....... năm ......

3.Tổng kinh phí dự kiến hỗ trợ cho đợt khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo: ................

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

4. Nguồn kinh phí (13): .........................................................................................

**Phần II. Tổ chức thực hiện**

1. Tổng số người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh hoặc chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh được Chính phủ Việt Nam thừa nhận *(ghi cụ thể theo từng nhóm đối tượng hành nghề: bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, y sỹ, dược sỹ, dược tá, kỹ sư trang thiết bị...... )*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Số chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh (của Việt Nam hoặc được Chính phủ Việt Nam thừa nhận)** | **Phạm vi hoạt động chuyên môn** | **Thời gian đăng ký tham gia khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo** | **Vị trí chuyên môn** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |

**Phần II. Danh mục thuốc và trang thiết bị y tế đã dùng**

1. Danh mục thuốc đã dùng:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên hoạt chất (nồng độ/hàm lượng)** | **Tên thương mại** | **Đơn vị tính** | **Số lượng** | **Nơi sản xuất** | **Số đăng ký** | **Hạn dùng** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |

2. Danh mục trang bị đã sử dụng:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên thiết bị** | **Ký hiệu (model)** | **Nước sản xuất** | **Năm sản xuất** | **Tình trạng hoạt động** | **Số giờ****(ca, lượt...) đã hoạt động** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |

**Phần III. Kết quả khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo**

1. Số lượng người bệnh được khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên người bệnh** | **Chẩn đoán** | **Hướng điều trị** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| ... |  |  |  |

2. Tổng số kỹ thuật chuyên môn đã thực hiện:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên kỹ thuật theo danh mục của Bộ Y tế** | **Số lượng** | **Ghi chú** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| ... |  |  |  |

3. Các tai biến, tai nạn xảy ra (nếu có):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên người bệnh** | **Ghi cụ thể tai biến, tai nạn** | **Phương án xử lý** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| ... |  |  |  |

4.Đánh giá chung: ........................................................................................................

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

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

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

5.Đề xuất, kiến nghị: .............................................................