

QUYẾT ĐỊNH

Ban hành mẫu Thẻ dị ứng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KHÁNH HÒA

Căn cứ Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế về việc ban hành Quy chế Bệnh viện;

Căn cứ Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế quy định về Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ của Bộ trưởng Bộ Y tế;

Căn cứ Quyết định số 1167/QĐ-UBND ngày 03/5/2024 của Ủy ban nhân dân tỉnh Khánh Hòa về việc kiện toàn tổ chức Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa;

Căn cứ kết quả cuộc họp Hội đồng Khoa học Kỹ thuật ngày 23/12/2024 của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa;

Theo đề nghị của Lãnh đạo Phòng Kế hoạch Tổng hợp và Khoa Dược.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này mẫu Thẻ dị ứng (phụ lục đính kèm)

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành. Mẫu Thẻ dị ứng được áp dụng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa

Điều 3. Trưởng Khoa Dược, Giám đốc các trung tâm, Trưởng các khoa, phòng và các thành viên có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận: (VBĐT)


- Như Điều 3;
- Ban Giám đốc;
- Lưu: VT, KHTH.

GIÁM ĐỐC

Phan Hữu Chính

Phụ lục
THẺ DỊ ỨNG

(Kèm theo Quyết định số: /QĐ-BVĐKT ngày tháng năm 2024 của
Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa)



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 theo adrenalin trong người

3) Khi có dấu hiệu phản vệ:
“Tiêm bắp adrenalin ngay lập tức”
“Gọi 115 hoặc đến cơ sở khám, chữa bệnh gần nhất”

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa
THẺ DỊ ỨNG

Thông tin cá nhân

Họ và tên:.....

Ngày tháng năm sinh:..... Tuổi:.....

Giới tính: Nam Nữ

Số CCCD hoặc số định danh công dân:.....

Thông tin dị ứng

Dị nguyên/thuốc (Tên thuốc/hoạt chất)	Nghi ngờ	Chắc chắn	Biểu hiện lâm sàng

Thông tin về bác sĩ

Họ và tên:..... Điện thoại:.....

Bác sĩ xác nhận chẩn đoán ký:.....

Ngày cấp thẻ:.....