ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BÌNH DƯƠNG	CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Số: 1597 /QĐ-UBND	*Bình Dương, ngày 14 tháng 6 năm 2018*

QUYẾT ĐỊNH
Về việc công bố thủ tục hành chính thuộc thẩm quyền quản lý và giải quyết của Sở Y tế/ Ủy ban nhân dân cấp huyện/ Ủy ban nhân dân cấp xã và các đơn vị y tế khác tỉnh Bình Dương

CHỦ TỊCH UỶ BAN NHÂN DÂN TỈNH

Căn cứ Luật Tổ chức chính quyền địa phương ngày 19 tháng 6 năm 2015;

Căn cứ Nghị định số 63/2010/NĐ-CP ngày 08 tháng 6 năm 2010 của Chính phủ về kiểm soát thủ tục hành chính; Nghị định số 92/2017/NĐ-CP ngày 07 tháng 8 năm 2017 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của các Nghị định liên quan đến kiểm soát thủ tục hành chính;

Căn cứ Thông tư số 02/2017/TT-VPCP ngày 31 tháng 10 năm 2017 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn về nghiệp vụ kiểm soát thủ tục hành chính;

Xét đề nghị của Giám đốc Sở Y tế tại Tờ trình số 1251/SYT-VP ngày 12 tháng 6 năm 2018,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Công bố kèm theo Quyết định này 196 thủ tục hành chính thuộc thuộc thẩm quyền quản lý và giải quyết của Sở Y tế/Ủy ban nhân dân cấp huyện/Ủy ban nhân dân cấp xã và các đơn vị y tế khác tỉnh Bình Dương. Cụ thể:

- 169 thủ tục hành chính thuộc thẩm quyền giải quyết của cấp tỉnh;

- 04 thủ tục hành chính thuộc thẩm quyền giải quyết của Ủy ban nhân dân cấp huyện;

- 01 thủ tục hành chính thuộc thẩm quyền giải quyết của Ủy ban nhân dân cấp xã;

- 22 thủ tục hành chính thuộc thẩm quyền giải quyết của đơn vị y tế khác.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký.

Thay thế Quyết định số Quyết định số 772/QĐ-UBND ngày 05/4/2016, Quyết định số 1759/QĐ-UBND ngày 07/7/2016, Quyết định số 2404/QĐ-UBND ngày 14/9/2016, Quyết định số 2774/QĐ-UBND ngày 20/10/2016, Quyết định số 1174/QĐ-UBND ngày 10/5/2017 và Quyết định số 2489/QĐ-UBND ngày 18/9/2017 của Uỷ ban nhân dân tỉnh Bình Dương về việc công bố

thủ tục hành chính thuộc thẩm quyền giải quyết của Sở Y tế/Ủy ban nhân dân cấp huyện/Ủy ban nhân dân cấp xã và các đơn vị y tế khác trên địa bàn tỉnh Bình Dương.

Điều 3. Chánh Văn phòng Uỷ ban nhân dân tỉnh; Giám đốc Sở Y tế; Giám đốc các Sở, Thủ trưởng các Ban, Ngành; Ủy ban nhân dân các huyện, thị xã, thành phố; Ủy ban nhân dân các xã, phường, thị trấn và các tổ chức, cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Cục KSTTHC - VPCP;
- TT.TU, TT.HĐND tỉnh;
- CT, các PCT UBND tỉnh;
- Như Điều 3;
- LĐVP, KSTT, VX, Website;
- Trung tâm Hành chính công;
- Lưu: VT, Hiếu.

CHỦ TỊCH

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BÌNH DƯƠNG

Trần Thanh Liêm

THỦ TỤC HÀNH CHÍNH THUỘC THẨM QUYỀN QUẢN LÝ VÀ GIẢI QUYẾT CỦA SỞ Y TẾ/ ỦY BAN NHÂN DÂN CẤP HUYỆN/ỦY BAN NHÂN DÂN CẤP XÃ VÀ CÁC ĐƠN VỊ Y TẾ KHÁC TỈNH BÌNH DƯƠNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1597 /QĐ-UBND ngày 14 tháng 6 năm 2018 của Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh Bình Dương)

PHẦN I. DANH MỤC THỦ TỤC HÀNH CHÍNH

B. THỦ TỤC HÀNH CHÍNH THUỘC THẨM QUYỀN GIẢI QUYẾT CỦA CẤP HUYỆN.

STT	TÊN THỦ TỤC HÀNH CHÍNH	TRANG
I. LĨNH VỰC AN TOÀN THỰC PHẨM VÀ DINH DƯỠNG		**917**
1	Cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống cho các đối tượng được quy định tại Khoản 2 Điều 5 Thông tư 47/2014/TT-BYT ngày 11 tháng 12 năm 2014	917
2	Cấp đổi giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống cho các đối tượng được quy định tại Khoản 2 Điều 5 Thông tư 47/2014/TT-BYT ngày 11 tháng 12 năm 2014	920
3	Cấp Giấy xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm đối với tổ chức kinh doanh dịch vụ ăn uống được quy định tại điểm c Khoản 1 Điều 7 Quyết định 11/2013/QD-UBND ngày 26 tháng 4 năm 2013 của Ủy ban nhân dân tỉnh Bình Dương	922
4	Cấp Giấy xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm đối với cá nhân kinh doanh dịch vụ ăn uống được quy định tại điểm c Khoản 1 Điều 7 Quyết định 11/2013/QD-UBND ngày 26 tháng 4 năm 2013 của Ủy ban nhân dân tỉnh Bình Dương	925

C. THỦ TỤC HÀNH CHÍNH THUỘC THẨM QUYỀN GIẢI QUYẾT CỦA CẤP XÃ.

STT	TÊN THỦ TỤC HÀNH CHÍNH	TRANG
LĨNH VỰC DÂN SỐ VÀ KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH		**928**
1	Xét hưởng chính sách hỗ trợ cho đối tượng sinh con đúng chính	928

	sách dân số	

D. THỦ TỤC HÀNH CHÍNH THUỘC THẨM QUYỀN GIẢI QUYẾT CỦA CÁC ĐƠN VỊ Y TẾ.

STT	SỐ TTHC	TÊN THỦ TỤC HÀNH CHÍNH	TRANG
I. LĨNH VỰC DÂN SỐ VÀ KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH			**930**
1	1	Cấp giấy chứng sinh cho trường hợp trẻ được sinh ra tại nhà hoặc tại nơi khác mà không phải là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	930
2	2	Cấp lại giấy chứng sinh đối với trường hợp bị nhầm lẫn khi ghi chép giấy chứng sinh	932
3	3	Cấp lại giấy chứng sinh đối với trường hợp bị mất hoặc hư hỏng	934
II. LĨNH VỰC GIÁM ĐỊNH Y KHOA			**936**
4	1	Đề nghị được thực hiện kỹ thuật xác định lại giới tính đối với người đủ 16 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi.	936
5	2	Đề nghị được thực hiện kỹ thuật xác định lại giới tính đối với người đủ 18 tuổi trở lên.	939
6	3	Đề nghị được thực hiện kỹ thuật xác định lại giới tính đối với người chưa đủ 16 tuổi	942
III. LĨNH VỰC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH			**944**
7	1	Cấp giấy khám sức khỏe cho người từ đủ 18 tuổi trở lên	944
8	2	Cấp giấy khám sức khỏe cho người chưa đủ 18 tuổi	950
9	3	Cấp giấy khám sức khỏe cho người người mất năng lực hành vi dân sự hoặc không có năng lực hành vi dân sự hoặc hạn chế năng lực hành vi dân sự	955
10	4	Khám sức khỏe định kỳ	964
11	5	Cấp Giấy chứng nhận sức khỏe cho thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam đủ tiêu chuẩn sức khoẻ theo quy định tại Phụ lục số I	970
12	6	Cấp Giấy chứng nhận sức khỏe cho thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam đủ tiêu chuẩn sức khỏe theo quy định tại Phụ lục số I nhưng mắc một hoặc một số bệnh, tật quy định tại Phụ lục số II	978

13	7	Khám sức khoẻ định kỳ đối với thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam	986
14	8	Công bố cơ sở đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam	993
IV. LĨNH VỰC Y TẾ DỰ PHÒNG			**1016**
15	1	Đăng ký tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện đang cư trú tại cộng đồng	1016
16	2	Đăng ký tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện trong các cơ sở trại giam, trại tạm giam, cơ sở cai nghiện bắt buộc, cơ sở giáo dục bắt buộc, trường giáo dưỡng	1019
17	3	Chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện ngoài cộng đồng	1022
18	4	Chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện giữa các cơ sở quản lý	1025
19	5	Chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cho người nghiện chất dạng thuốc phiện được trở về cộng đồng từ cơ sở quản lý	1027
20	6	Cấp phát thuốc Methadone cho người bệnh điều trị đặc biệt tại cơ sở khám, chữa bệnh	1029
21	7	Cấp phát thuốc Methadone cho người bệnh đặc biệt điều trị tại nhà	1032
V. LĨNH VỰC TÀI CHÍNH Y TẾ			**1035**
22	1	Thẩm định và phê duyệt kế hoạch đấu thầu mua thuốc đối với các cơ sở khám, chữa bệnh (đơn vị) ngoài công lập.	1035

B. THỦ TỤC HÀNH CHÍNH THUỘC THẨM QUYỀN GIẢI QUYẾT CỦA ỦY BAN NHÂN DÂN CẤP HUYỆN.

I. LĨNH VỰC AN TOÀN THỰC PHẨM VÀ DINH DƯỠNG

1. Cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống cho các đối tượng được quy định tại Khoản 2 Điều 5 Thông tư 47/2014/TT-BYT ngày 11 tháng 12 năm 2014

- Trình tự thực hiện:

+ **Bước 1:** Cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống nộp hồ sơ đề nghị cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm tại Ủy ban nhân dân quận, huyện, thị xã và thành phố trực thuộc tỉnh nơi Bộ phận tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả Trung tâm y tế huyện, thị xã, thành phố;

+ **Bước 2:** Trong thời gian 5 ngày làm việc, kể từ khi nhận đủ hồ sơ, cơ quan tiếp nhận hồ sơ phải thẩm xét tính hợp lệ của hồ sơ và thông báo bằng văn bản cho cơ sở nếu hồ sơ không hợp lệ. Nếu quá 60 ngày, kể từ ngày nhận được thông báo hồ sơ không hợp lệ mà cơ sở không có phản hồi hay bổ sung, hoàn chỉnh hồ sơ theo yêu cầu thì cơ quan tiếp nhận sẽ hủy hồ sơ/

+ **Bước 3:** Sau khi có kết quả thẩm xét hồ sơ hợp lệ, trong thời gian 10 ngày làm việc, cơ quan có thẩm quyền có trách nhiệm thẩm định cơ sở. Trường hợp ủy quyền thẩm định cơ sở cho cơ quan có thẩm quyền cấp dưới phải có văn bản ủy quyền.

+ **Bước 4:** Kết quả thẩm định

a) Trường hợp cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm theo quy định, cơ quan có thẩm quyền cấp Giấy chứng nhận cho cơ sở (theo mẫu số 03 quy định tại Thông tư số 47/2014/TT-BYT ngày 11 tháng 12 năm 2014)

b) Trường hợp cơ sở chưa đủ điều kiện an toàn thực phẩm và phải chờ hoàn thiện, biên bản phải ghi rõ nội dung và thời gian hoàn thiện nhưng không quá 15 ngày. Đoàn thẩm định tổ chức thẩm định lại khi cơ sở có văn bản xác nhận đã hoàn thiện đầy đủ các yêu cầu về điều kiện an toàn thực phẩm của Đoàn thẩm định lần trước.

c) Trường hợp cơ sở không đủ điều kiện an toàn thực phẩm theo quy định, cơ quan có thẩm quyền căn cứ vào biên bản thẩm định điều kiện an toàn thực phẩm thông báo bằng văn bản cho cơ quan quản lý an toàn thực phẩm trực tiếp của địa phương để giám sát và yêu cầu cơ sở không được hoạt động cho đến khi được cấp Giấy chứng nhận. Cơ sở phải nộp lại hồ sơ để được xem xét cấp Giấy chứng nhận theo quy định.

- Cách thức thực hiện: Hồ sơ nộp trực tiếp hoặc gửi qua dịch vụ Bưu chính công ích .

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

1. **Thành *phần hồ sơ:***

- Đơn đề nghị cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm theo Mẫu số 01 ban hành kèm theo Thông tư 47/2014/TT-BYT.

- Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh có đăng ký ngành nghề kinh doanh dịch vụ ăn uống (bản sao có xác nhận của cơ sở).

- Bản mô tả về cơ sở vật chất, trang thiết bị, dụng cụ bảo đảm điều kiện an toàn thực phẩm, bao gồm:

+ Bản vẽ sơ đồ mặt bằng của cơ sở;

+ Sơ đồ quy trình chế biến, bảo quản, vận chuyển, bày bán thức ăn, đồ uống;

+ Bản kê về cơ sở vật chất, trang thiết bị, dụng cụ của cơ sở.

- Giấy xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm của chủ cơ sở và người trực tiếp chế biến, kinh doanh dịch vụ ăn uống (bản sao có xác nhận của cơ sở).

- Danh sách kết quả khám sức khoẻ của chủ cơ sở và người trực tiếp chế biến, kinh doanh dịch vụ ăn uống.

- Danh sách kết quả cấy phân tìm vi khuẩn tả, lỵ trực khuẩn và thương hàn của người trực tiếp chế biến, kinh doanh dịch vụ ăn uống đối với những vùng có dịch bệnh tiêu chảy đang lưu hành theo công bố của Bộ Y tế.

2. Số* lượng *hồ sơ: 01 bộ

- **Thời hạn giải quyết:** 10 ngày làm việc (kể từ khi nhận đủ hồ sơ hợp lệ).

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Tổ chức

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Ủy ban nhân dân quận, huyện, thị xã và thành phố trực thuộc tỉnh

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống.

- Lệ phí: Theo Thông tư 279/2016/TT-BTC ngày 14/11/2016 về việc quy định mức thu, chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí trong công tác an toàn vệ sinh thực phẩm.

Trường hợp Tổ chức và cá nhân thực hiện TTHC này qua dịch vụ bưu chính công ích thì phí, lệ phí được tính theo Phụ lục: Giá cước và chính sách miễn, giảm giá cước dịch vụ nhận gửi hồ sơ, chuyển trả kết quả giải quyết thủ tục hành chính qua dịch vụ bưu chính công ích ban hành kèm theo Quyết định số 1268/QĐ-BĐVN của Tổng Công ty Bưu điện Việt Nam, ngày 11 tháng 11 năm 2017 đính kèm theo sau nội dung Quyết định này.

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

1. Mẫu 01: Mẫu đơn đề nghị cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm ban hành kèm theo Thông tư số 47/2014/TT-BYT

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: không có.

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật An toàn thực phẩm số 55/2010/QH12 ngày 17 tháng 6 năm 2010.

2. Nghị định số 38/2012/NĐ-CP ngày 25 tháng 4 năm 2012 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật An toàn thực phẩm.

3. Thông tư 47/2014/TT-BYT ngày 11/12/2014 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn quản lý an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống.

4. Thông tư số 30/2012/TT-BYT ngày 5 tháng 12 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống, kinh doanh thức ăn đường phố;

5.Thông tư 279/2016/TT-BTC ngày 14/11/2016 về việc quy định mức thu, chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí trong công tác an toàn vệ sinh thực phẩm.

6. Quyết định số 11/2013/ QD-UBND ngày 26/4/2013 của Ủy ban nhân dân tỉnh Bình Dương về việc quy định phân cấp quản lý an toàn thực phẩm trên địa bàn tỉnh Bình Dương

Mẫu số 01

(Ban hành kèm theo Thông tư số: 47/2014/TT-BYT

ngày 11 tháng 12 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

……....., ngày..... tháng..... năm 20….

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm

(Dùng cho cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống)

Kính gửi:.....

Họ và tên chủ cơ sở: .....

Tên cơ sở: .....

Địa chỉ trụ sở (*theo Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh*): ....

Điện thoại:.....Fax:..... .....

Địa chỉ kinh doanh (*nếu khác với địa chỉ cơ sở theo Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh*) .....

Điện thoại:.....Fax:..... .....

Cơ quan cấp Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh:.....

Quy mô kinh doanh dự kiến (tổng số suất ăn/lần phục vụ):….....

Số lượng người lao động:.....(trực tiếp:.....; gián tiếp:.....)

Đề nghị được cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm: .....

CHỦ CƠ SỞ

(ký tên & ghi rõ họ tên)

2. Cấp đổi giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống cho các đối tượng được quy định tại Khoản 2 Điều 5 Thông tư 47/2014/TT-BYT ngày 11 tháng 12 năm 2014

- Trình tự thực hiện:

+ **Bước 1:** Cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống nộp hồ sơ đề nghị cấp đổi Cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm tại Ủy ban nhân dân quận, huyện, thị xã và thành phố trực thuộc tỉnh

+ **Bước 2:** Trong thời gian 7 ngày làm việc, kể từ ngày tiếp nhận hồ sơ xin cấp đổi Giấy chứng nhận, cơ quan có thẩm quyền có trách nhiệm cấp đổi Giấy chứng nhận cho cơ sở, trường hợp từ chối phải thông báo bằng văn bản cho cơ sở lý do không cấp đổi Giấy chứng nhận.

- Cách thức thực hiện: Nộp trực tiếp hoặc gửi qua dịch vụ Bưu chính công ích

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

1. Thành phần* hồ *sơ:

- Đơn đề nghị cấp đổi Giấy chứng nhận theo Mẫu số 04 ban hành kèm theo Thông tư 47/2014/TT-BYT;

- Giấy chứng nhận đang còn thời hạn (bản gốc);

- Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh hoặc văn bản của cơ quan có thẩm quyền xác nhận sự thay đổi tên, địa chỉ của cơ sở (bản sao công chứng);

- Bản sao kết quả khám sức khỏe, Giấy xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm của chủ cơ sở mới (trường hợp đổi chủ cơ sở) có xác nhận của cơ sở.

2. Số lượng hồ* sơ*: 01 bộ

- **Thời hạn giải quyết:** 07 ngày làm việc (kể từ khi nhận đủ hồ sơ hợp lệ).

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Tổ chức

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Ủy ban nhân dân quận, huyện, thị xã và thành phố trực thuộc tỉnh

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Giấy chứng nhận (theo mẫu của Thông tư số 47/2014/TT-BYT ngày 11/12/2014 của Bộ Y tế).

- Lệ phí: Theo Thông tư 279/2016/TT-BTC ngày 14/11/2016 về việc quy định mức thu, chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí trong công tác an toàn vệ sinh thực phẩm.

Trường hợp Tổ chức và cá nhân thực hiện TTHC này qua dịch vụ bưu chính công ích thì phí, lệ phí được tính theo Phụ lục: Giá cước và chính sách miễn, giảm giá cước dịch vụ nhận gửi hồ sơ, chuyển trả kết quả giải quyết thủ tục hành chính qua dịch vụ bưu chính công ích ban hành kèm theo Quyết định số 1268/QĐ-BĐVN của Tổng Công ty Bưu điện Việt Nam, ngày 11 tháng 11 năm 2017 đính kèm theo sau nội dung Quyết định này.

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

1. Mẫu 04: Mẫu đơn đề nghị cấp đổi Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm ban hành kèm theo Thông tư số 47/2014/TT-BYT

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: không có.

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật An toàn thực phẩm số 55/2010/QH12 ngày 17 tháng 6 năm 2010.

2. Nghị định số 38/2012/NĐ-CP ngày 25 tháng 4 năm 2012 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật An toàn thực phẩm.

3. Thông tư 47/2014/TT-BYT ngày 11/12/2014 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn quản lý an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống.

4. Thông tư 279/2016/TT-BTC ngày 14/11/2016 về việc quy định mức thu, chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí trong công tác an toàn vệ sinh thực phẩm.

5. Quyết định số 11/2013/ QD-UBND ngày 26/4/2013 của Ủy ban nhân dân tỉnh Bình Dương về việc quy định phân cấp quản lý an toàn thực phẩm trên địa bàn tỉnh Bình Dương.

Mẫu số 04

(Ban hành kèm theo Thông tư số: 47/2014/TT-BYT

ngày 11 tháng 12 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

ĐƠN ĐỀ NGHỊ CẤP ĐỔI

GIẤY CHỨNG NHẬN CƠ SỞ ĐỦ ĐIỀU KIỆN AN TOÀN THỰC PHẨM

Kính gửi :

(Tên cơ quan cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm)

Cơ sở.....đã được cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm số....., ngày.... tháng..... năm.....của.....

Lý do cấp đổi:…….

Hồ sơ cấp đổi lại Giấy chứng nhận bao gồm :

1. Đơn đề nghị cấp đổi Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm.

2.....

3.....

4.....

.....

.....

.....

CHỦ CƠ SỞ

(Ký tên, đóng dấu)

3. Cấp Giấy xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm đối với tổ chức kinh doanh dịch vụ ăn uống được quy định tại điểm c Khoản 1 Điều 7 Quyết định 11/2013/QD-UBND ngày 26 tháng 4 năm 2013 của Ủy ban nhân dân tỉnh Bình Dương

- Trình tự thực hiện:

+ **Bước 1:** Tổ chức gửi hồ sơ đề nghị cấp Giấy xác nhận kiến thức an toàn thực phẩm tại tại Ủy ban nhân dân quận, huyện, thị xã và thành phố trực thuộc tỉnh nơi Bộ phận tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả Trung tâm y tế huyện, thị xã, thành phố.

+ **Bước 2:** Trong vòng 10 ngày làm việc kể từ khi nhận được hồ sơ đề nghị, cơ quan có thẩm quyền lập kế hoạch để xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm và gửi thông báo thời gian tiến hành xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm cho tổ chức.

+ **Bước 3:** Sau 03 ngày làm việc kể từ ngày tham gia đánh giá kiến thức về an toàn thực phẩm bằng bộ câu hỏi, cơ quan tiếp nhận hồ sơ cấp Giấy xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm cho cá nhân đạt trên 80% số câu trả lời đúng trở lên ở mỗi phần câu hỏi kiến thức chung và câu hỏi kiến thức chuyên ngành.

- Cách thức thực hiện: Nộp trực tiếp hoặc gửi qua dịch vụ Bưu chính công ích .

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

1. Thành phần hồ sơ:

a) Đơn đề nghị và bản danh sách các đối tượng đề nghị xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm theo Mẫu số 06 ban hành kèm theo Thông tư 47/2014/TT-BYT;

b) Giấy tờ chứng minh đã nộp lệ phí theo quy định của pháp luật về phí và lệ phí.

2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ

- Thời hạn giải quyết:

+ 10 ngày làm việc đối với quá trình nhận hồ sơ và ra thông báo thời gian tiến hành xác nhận kiến thức (kể từ ngày nhận hồ sơ đầy đủ và hợp lệ);

+ 03 ngày làm việc đối với quá trình cấp giấy xác nhận kiến thức (kể từ ngày tổ chức tham gia đánh giá kiến thức và đạt trên 80% số câu trả lời đúng trở lên).

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Tổ chức kinh doanh dịch vụ ăn uống (chủ cơ sở và người trực tiếp chế biến, kinh doanh dịch vụ ăn uống)

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Ủy ban nhân dân quận, huyện, thị xã và thành phố trực thuộc tỉnh.

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Giấy xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm (theo mẫu số 08 của Thông tư 47/2014/TT-BYT ngày 11/12/2014 của Bộ Y tế).

- Lệ phí: Theo Thông tư 279/2016/TT-BTC ngày 14/11/2016 về việc quy định mức thu, chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí trong công tác an toàn vệ sinh thực phẩm.

Trường hợp Tổ chức và cá nhân thực hiện TTHC này qua dịch vụ bưu chính công ích thì phí, lệ phí được tính theo Phụ lục: Giá cước và chính sách miễn, giảm giá cước dịch vụ nhận gửi hồ sơ, chuyển trả kết quả giải quyết thủ tục hành chính qua dịch vụ bưu chính công ích ban hành kèm theo Quyết định số 1268/QĐ-BĐVN của Tổng

Công ty Bưu điện Việt Nam, ngày 11 tháng 11 năm 2017 đính kèm theo sau nội dung Quyết định này.

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

1. Mẫu 06: Đơn đề nghị và bản danh sách các đối tượng đề nghị xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính:

Giấy xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm được cấp cho những người trả lời đúng 80% số câu hỏi trở lên ở mỗi phần câu hỏi kiến thức chung và câu hỏi kiến thức chuyên ngành

Nội dung kiến thức về an toàn thực phẩm bao gồm kiến thức chung và kiến thức chuyên ngành về an toàn thực phẩm.

Nội dung kiến thức chung về an toàn thực phẩm bao gồm: Các quy định pháp luật về an toàn thực phẩm; các mối nguy an toàn thực phẩm; điều kiện an toàn thực phẩm; phương pháp bảo đảm an toàn thực phẩm; thực hành tốt an toàn thực phẩm.

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật An toàn thực phẩm số 55/2010/QH12 ngày 17 tháng 6 năm 2010.

2. Thông tư số 47/2014/TT-BYT ngày 11 tháng 12 năm 2014 của Bộ Y tế hướng dẫn quản lý an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống.

3. Quyết định số 11/2013/ QD-UBND ngày 26/4/2013 của Ủy ban nhân dân tỉnh Bình Dương về việc quy định phân cấp quản lý an toàn thực phẩm trên địa bàn tỉnh Bình Dương

4. Thông tư 279/2016/TT-BTC ngày 14/11/2016 về việc quy định mức thu, chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí trong công tác an toàn vệ sinh thực phẩm.

Mẫu số 06

(Ban hành kèm theo Thông tư số: 47/2014/TT-BYT ngày 11 tháng 12 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

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

ĐƠN ĐỀ NGHỊ Xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm

Kính gửi: ….. *(cơ quan có thẩm quyền xác nhận kiến thức về ATTP)*

Tên tổ chức/doanh nghiệp: ……...…

Tên người đại diện:……

Giấy CNĐKDN (hoặc CMTND đối với người đại diện) số …… cấp ngày ….. tháng ….. năm ……, nơi cấp ……

Địa chỉ: …….., Số điện thoại ……

Số Fax …… E-mail ……

Sau khi nghiên cứu tài liệu quy định kiến thức về an toàn thực phẩm chúng tôi đã hiểu rõ các quy định và kiến thức về an toàn thực phẩm. Nay đề nghị Quý cơ quan tổ chức kiểm tra, xác nhận kiến thức cho chúng tôi theo quy định với danh sách gửi kèm theo.

Địa danh, ngày ….. tháng ... năm …...

Đại diện Tổ chức/cá nhân

(Ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

Danh sách đề nghị xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm

(kèm theo Đơn đề nghị xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm của…….. ….. (tên tổ chức)

TT	Họ và Tên	Năm sinh	Nam	Nữ	Số CMTND	Ngày, tháng, năm cấp	Nơi cấp

Địa danh, ngày ….. tháng ... năm……

Đại diện Tổ chức xác nhận

(Ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

4. Cấp Giấy xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm đối với cá nhân kinh doanh dịch vụ ăn uống được quy định tại điểm c Khoản 1 Điều 7 Quyết định 11/2013/QD-UBND ngày 26 tháng 4 năm 2013 của Ủy ban nhân dân tỉnh Bình Dương

- Trình tự thực hiện:

+ **Bước 1:** Cá nhân gửi hồ sơ đề nghị cấp Giấy xác nhận kiến thức an toàn thực phẩm tại Ủy ban nhân dân quận, huyện, thị xã và thành phố trực thuộc tỉnh.

+ **Bước 2:** Trong vòng 10 ngày làm việc kể từ khi nhận được hồ sơ đề nghị, cơ quan có thẩm quyền lập kế hoạch để xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm và gửi thông báo thời gian tiến hành xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm cho cá nhân.

+ **Bước 3:** Sau 03 ngày làm việc kể từ ngày tham gia đánh giá kiến thức về an toàn thực phẩm bằng bộ câu hỏi, cơ quan có thẩm quyền cấp Giấy xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm cho cá nhân đạt trên 80% số câu trả lời đúng trở lên ở mỗi phần câu hỏi kiến thức chung và câu hỏi kiến thức chuyên ngành.

- Cách thức thực hiện: Hồ sơ nộp trực tiếp hoặc qua dịch vụ Bưu chính công ích .

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

1.* Thành *phần hồ sơ:

a) Đơn đề nghị và bản danh sách các đối tượng đề nghị xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm theo Mẫu số 07 ban hành kèm theo Thông tư 47/2014/TT-BYT;

b) Giấy tờ chứng minh đã nộp lệ phí theo quy định của pháp luật về phí và lệ phí.

2. Số* lượng *hồ sơ: 01 bộ

- Thời hạn giải quyết:

+ 10 ngày làm việc đối với quá trình nhận hồ sơ và ra thông báo thời gian tiến hành xác nhận kiến thức (kể từ ngày nhận hồ sơ đầy đủ và hợp lệ);

+ 03 ngày làm việc đối với quá trình cấp giấy xác nhận kiến thức (kể từ ngày cá nhân tham gia đánh giá kiến thức và đạt trên 80% số câu trả lời đúng trở lên).

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân kinh doanh dịch vụ ăn uống

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Ủy ban nhân dân quận, huyện, thị xã và thành phố trực thuộc tỉnh.

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Giấy xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm (theo mẫu 09 của Thông tư số 13/2014/TTLT-BYT-BNNPTNT-BCT ngày 09/4/2014 của Bộ Y tế).

- Lệ phí: Theo Thông tư 279/2016/TT-BTC ngày 14/11/2016 về việc quy định mức thu, chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí trong công tác an toàn vệ sinh thực phẩm.

Trường hợp Tổ chức và cá nhân thực hiện TTHC này qua dịch vụ bưu chính công ích thì phí, lệ phí được tính theo Phụ lục: Giá cước và chính sách miễn, giảm giá cước dịch vụ nhận gửi hồ sơ, chuyển trả kết quả giải quyết thủ tục hành chính qua dịch vụ bưu chính công ích ban hành kèm theo Quyết định số 1268/QĐ-BĐVN của Tổng Công ty Bưu điện Việt Nam, ngày 11 tháng 11 năm 2017 đính kèm theo sau nội dung Quyết định này.

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

1. Mẫu 07: Đơn đề nghị xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm.

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính:

Giấy xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm được cấp cho những người trả lời đúng 80% số câu hỏi trở lên ở mỗi phần câu hỏi kiến thức chung và câu hỏi kiến thức chuyên ngành

Nội dung kiến thức về an toàn thực phẩm bao gồm kiến thức chung và kiến thức chuyên ngành về an toàn thực phẩm.

Nội dung kiến thức chung về an toàn thực phẩm bao gồm: Các quy định pháp luật về an toàn thực phẩm; các mối nguy an toàn thực phẩm; điều kiện an toàn thực phẩm; phương pháp bảo đảm an toàn thực phẩm; thực hành tốt an toàn thực phẩm.

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật An toàn thực phẩm số 55/2010/QH12 ngày 17 tháng 6 năm 2010.

2. Thông tư 47/2014/TT-BYT ngày 11 tháng 12 năm 2014 của Bộ Y tế hướng dẫn quản lý an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống.

3. Thông tư 279/2016/TT-BTC ngày 14/11/2016 về việc quy định mức thu, chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí trong công tác an toàn vệ sinh thực phẩm.

4. Quyết định số 11/2013/ QD-UBND ngày 26/4/2013 của Ủy ban nhân dân tỉnh Bình Dương về việc quy định phân cấp quản lý an toàn thực phẩm trên địa bàn tỉnh Bình Dương

Mẫu số 07

(Ban hành kèm theo Thông tư số: 47/2014/TT-BYT ngày 11 tháng 12 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

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

ĐƠN ĐỀ NGHỊ Xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm

Kính gửi: ….. *(cơ quan có thẩm quyền xác nhận kiến thức về ATTP)*

Tên cá nhân ……...…

CMTND số …… cấp ngày ….. tháng ….. năm ……, nơi cấp ……

Địa chỉ: ……., Số điện thoại ……

Số Fax …… E-mail ……

Sau khi nghiên cứu tài liệu quy định kiến thức về an toàn thực phẩm tôi đã hiểu rõ các quy định và kiến thức về an toàn thực phẩm. Nay đề nghị quý cơ quan tổ chức kiểm tra, xác nhận kiến thức cho tôi theo quy định.

Địa danh, ngày ..... tháng ... năm …...

Người đề nghị

(Ký ghi rõ họ, tên)

C. THỦ TỤC HÀNH CHÍNH THUỘC THẨM QUYỀN GIẢI QUYẾT CỦA ỦY BAN NHÂN DÂN CẤP XÃ.

Lĩnh vực Dân số - Kế hoạch hóa gia đình

1. Thủ tục Xét hưởng chính sách hỗ trợ cho đối tượng sinh con đúng chính sách dân số

- Trình tự thực hiện:

+ **Bước 1 :** Đối tượng hưởng chính sách hoặc người thân trực tiếp của đối tượng hưởng chính sách hỗ trợ (sau đây gọi là người đứng tên Tờ khai) lập 01 bộ hồ sơ theo quy định gửi trực tiếp hoặc qua dịch vụ Bưu chính công ích tới Ủy ban nhân dân cấp xã.

+ **Bước 2:** Khi tiếp nhận hồ sơ, người tiếp nhận có trách nhiệm kiểm tra ngay toàn bộ hồ sơ; nếu hồ sơ chưa đầy đủ thì hướng dẫn người đứng tên Tờ khai bổ sung, hoàn thiện theo quy định. Trường hợp không bổ sung, hoàn thiện được hồ sơ ngay tại thời điểm đó thì người tiếp nhận phải lập thành văn bản hướng dẫn, trong đó nêu rõ loại giấy tờ, nội dung cần bổ sung, hoàn thiện gửi người đứng tên Tờ khai. Khi nhận được yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ, người đứng tên Tờ khai phải bổ sung, hoàn thiện hồ sơ và gửi ngay về cơ quan tiếp nhận hồ sơ.

Người tiếp nhận có trách nhiệm tiếp nhận đúng, đủ hồ sơ. Trường hợp giấy tờ là bản chụp có kèm theo bản chính để đối chiếu thì người tiếp nhận có trách nhiệm kiểm tra, đối chiếu bản chụp với bản chính và ký xác nhận, không được yêu cầu người đứng tên Tờ khai nộp bản sao có chứng thực. Trường hợp giấy tờ là bản sao có chứng thực thì không được yêu cầu xuất trình bản chính để đối chiếu.

+ **Bước 3:** Trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ được ghi trên Phiếu tiếp nhận hồ sơ, Ủy ban nhân dân cấp xã xác minh các tiêu chí áp dụng cho đối tượng được hưởng chính sách hỗ trợ; ban hành quyết định hỗ trợ kinh phí; thông báo và thực hiện cấp kinh phí hỗ trợ cho đối tượng hưởng chính sách.

Trường hợp hồ sơ không bảo đảm điều kiện hỗ trợ, trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ được ghi trên Phiếu tiếp nhận hồ sơ, Ủy ban nhân dân cấp xã có văn bản thông báo cho người đứng tên Tờ khai.

- Cách thức thực hiện: Nộp trực tiếp tại trụ sở cơ quan hoặc qua dịch vụ Bưu chính công ích

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

a) Thành phần hồ sơ bao gồm:

1. Tờ khai của đối tượng hoặc thân nhân trực tiếp của đối tượng hưởng chính sách hỗ trợ.

2. Bản sao có chứng thực hoặc bản chụp có kèm theo bản chính để đối chiếu các giấy tờ chứng minh thuộc đối tượng hỗ trợ theo quy định tại Điều 1 của Nghị định số 39/2015/NĐ-CP:

- Giấy đăng ký kết hôn đối với đối tượng hưởng chính sách là người dân tộc Kinh có chồng là người dân tộc thiểu số;

- Kết luận của Hội đồng Giám định y khoa cấp tỉnh hoặc cấp Trung ương đối với trường hợp sinh con thứ ba nếu đã có hai con đẻ nhưng một hoặc cả hai con bị dị tật hoặc mắc bệnh hiểm nghèo không mang tính di truyền;

b) Số lượng hồ sơ: 01 bộ

- Thời hạn giải quyết: 10 ngày kể từ khi nhân được hồ sơ hợp lệ

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Ủy ban nhân dân cấp xã

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Quyết định hỗ trợ kinh phí

- Lệ phí: Không có

Trường hợp Tổ chức và cá nhân thực hiện TTHC này qua dịch vụ bưu chính công ích thì phí, lệ phí được tính theo Phụ lục: Giá cước và chính sách miễn, giảm giá cước dịch vụ nhận gửi hồ sơ, chuyển trả kết quả giải quyết thủ tục hành chính qua dịch vụ bưu chính công ích ban hành kèm theo Quyết định số 1268/QĐ-BĐVN của Tổng Công ty Bưu điện Việt Nam, ngày 11 tháng 11 năm 2017 đính kèm theo sau nội dung Quyết định này.

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này): Mẫu số 1: Tờ khai đề nghị hỗ trợ kinh phí sinh con đúng chính sách dân số

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không có

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1) Luật bình đẳng giới năm 2006

2) Nghị định số 39/2015/NĐ-CP ngày 27 tháng 4 năm 2015 của Chính phủ quy định chính sách hỗ trợ cho phụ nữ thuộc hộ nghèo là người dân tộc thiểu số khi sinh con đúng chính sách dân số;

3) Thông tư liên tịch số 07/2016/TTLT-BYT-BTC-BLĐTBXH ngày 15/4/2016 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội quy định chi tiết Nghị định số 39/2015/NĐ-CP ngày 27/4/2015 của Chính phủ quy định chính sách hỗ trợ cho phụ nữ thuộc hộ nghèo là người dân tộc thiểu số khi sinh con đúng chính sách dân số.

D. THỦ TỤC HÀNH CHÍNH THUỘC THẨM QUYỀN GIẢI QUYẾT CỦA CÁC ĐƠN VỊ Y TẾ.

I. LĨNH VỰC DÂN SỐ VÀ KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

1. Thủ tục Cấp giấy chứng sinh cho trường hợp trẻ được sinh ra tại nhà hoặc tại nơi khác mà không phải là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (B-BYT-227723-TT)

- Trình tự thực hiện:

+ ***Bước 1***. Người thân thích của trẻ nộp Đơn đề nghị cấp Giấy chứng sinh cho trạm y tế xã, phường.

+ ***Bước 2.*** Trong phạm vi 03 ngày làm việc, kể từ khi nhận được Đơn đề nghị cấp Giấy chứng sinh, trạm y tế xã phải xác minh việc sinh và làm thủ tục cấp Giấy chứng sinh cho trẻ.

Trường hợp cần phải xác minh, thì thời hạn xác minh không được quá 05 ngày làm việc

+ ***Bước 3.*** Trả giấy chứng sinh cho gia đình trẻ tại trạm y tế xã, phường

- Cách thức thực hiện:

Nộp trực tiếp tại Trạm y tế xã, phường

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

I. Thành phần hồ sơ bao gồm:

- Đơn đề nghị cấp Giấy chứng sinh theo mẫu quy định tại Phụ lục 02 ban hành kèm theo Thông tư số 17/2012/TT-BYT

II. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

- Thời hạn giải quyết:

Trong thời hạn 05 ngày làm việc

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Bố mẹ hoặc người thân của trẻ

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Trạm Y tế xã, phường

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Giấy chứng sinh

- Lệ phí: Không

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này): Phụ lục 02: Đơn đề nghị cấp giấy chứng sinh **.**

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Nghị định số 158/2005/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2005 của Chính phủ về đăng ký và quản lý hộ tịch;

2. Nghị định số 06/2012/NĐ-CP ngày 02 tháng 02 năm 2012 của Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của các Nghị định về hộ tịch, hôn nhân và gia đình và chứng thực;

3.Thông tư số 17/2012/TT-BYT ngày 24 tháng 10 năm 2012 của Bộ Y tế qui định Cấp và sử dụng Giấy chứng sinh

4. Quyết định số 4691/QĐ-BYT ngày 04/11/2015 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế trong lĩnh vực Dân số và Kế hoạch hóa gia đình.

Phụ lục số 02

(Ban hành kèm theo Thông tư số :.../2012/TT-BYT ngày.... tháng... năm 2012 của Bộ Y tế)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập-Tự do-Hạnh phúc

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp Giấy chứng sinh

Kính gửi: ……

Họ tên mẹ/người nuôi dưỡng:……Năm sinh……

Nơi đăng ký thường trú:……..…….....

Số CMND/Hộ chiếu:…….…….....

Dân tộc:…….....

Đã sinh con vào lúc:……..giờ……phút, ngày…….tháng……năm:……

Tại:……..…….....

Số lần sinh……Số con hiện sống:…..……

Số con trong lần sinh này:…….…….....

Giới tính con:……..cân nặng:…….....

Hiện trạng của con:…….....…….....

Người đỡ đẻ:…….....

Dự định đặt tên con:…….....…….....

....., ngày.....tháng..... năm 20...

Người làm đơn

(Ký tên, ghi rõ họ tên)

2. Thủ tục Cấp lại giấy chứng sinh đối với trường hợp bị nhầm lẫn khi ghi chép Giấy chứng sinh (B-BYT-227724-TT)

- Trình tự thực hiện:

+ ***Bước 1***. Cha mẹ hoặc người thân thích của trẻ gửi hồ sơ xin cấp lại Giấy chứng sinh cho cơ sở khám chữa bệnh nơi đã cấp giấy chứng sinh lần đầu

+ ***Bước 2.*** Trong phạm vi 02 ngày làm việc, kể từ khi nhận được hồ sơ hợp lệ, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải cấp lại Giấy chứng sinh cho trẻ. Trường hợp cần phải xác minh, thì thời hạn xác minh không được quá 03 ngày làm việc

+ ***Bước 3.*** Trả giấy chứng sinh cho gia đình trẻ tại cơ sở y tế

- Cách thức thực hiện: Nộp trực tiếp hoặc gửi qua dịch vụ Bưu chính công ích

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

I. Thành phần hồ sơ bao gồm:

- Đơn đề nghị cấp lại Giấy chứng sinh theo mẫu quy định tại phụ lục 3-TT số 17/2012/TT-BYT của Bộ Y tế (Đơn không cần xác nhận của tổ trưởng dân phố hoặc trưởng thôn)

- Giấy tờ chứng minh nội dung nhầm lẫn

II. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

- Thời hạn giải quyết: Trong thời hạn 03 ngày làm việc

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Bố mẹ hoặc người thân của trẻ

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Giấy chứng sinh

- Lệ phí: Không

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này): Phụ lục 03: Đơn đề nghị cấp giấy chứng sinh

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Nghị định số 158/2005/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2005 của Chính phủ về đăng ký và quản lý hộ tịch;

2. Nghị định số 06/2012/NĐ-CP ngày 02 tháng 02 năm 2012 của Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của các Nghị định về hộ tịch, hôn nhân và gia đình và chứng thực;

3. Thông tư số 17/2012/TT-BYT ngày 24 tháng 10 năm 2012 của Bộ Y tế qui định Cấp và sử dụng Giấy chứng sinh;

4. Quyết định số 4691/QĐ-BYT ngày 04/11/2015 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế trong lĩnh vực Dân số và Kế hoạch hóa gia đình.

Phụ lục số 03

(Ban hành kèm theo Thông tư số :17,2012/TT-BYT ngày 24/10/ 2012 của Bộ Y tế)

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

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp lại Giấy chứng sinh

Kính gửi: ……

Họ tên mẹ/người nuôi dưỡng:……..……..……

Số Chứng minh nhân dân/Hộ chiếu:……..….

Địa chỉ: ……...……...

Sinh cháu: ngày:…….……tháng:……..……..năm: 20...

Tại:……..……

Tên dự kiến của cháu: ……..……..……

Đã được cơ quan cấp Giấy chứng sinh: tháng…….năm……..… Đề nghị cơ quan cấp lại Giấy chứng sinh cho cháu vì:

1- Mất/thất lạc/ rách nát ☐

2- Nhầm lẫn trong Giấy chứng sinh lần trước (Ghi cụ thể sự nhầm lẫn):

……
……
……
……

3- Khác ☐ Ghi cụ thể :

……
……
……
……

ngày…….tháng……..... năm 20……

Xác nhận của tổ trưởng dân phố/trưởng thôn
(Ký tên, ghi rõ họ tên)

Người làm đơn
(Ký tên, ghi rõ họ tên)

3. Thủ tục Cấp lại giấy chứng sinh đối với trường hợp bị mất hoặc hư hỏng (B-BYT-227725-TT)

- Trình tự thực hiện:

+ ***Bước 1***. Cha mẹ hoặc người thân thích của trẻ gửi hồ sơ xin cấp lại Giấy chứng sinh cho cơ sở khám chữa bệnh nơi đã cấp giấy chứng sinh lần đầu

+ ***Bước 2.*** Trong phạm vi 02 ngày làm việc, kể từ khi nhận được hồ sơ hợp lệ, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải cấp lại Giấy chứng sinh cho trẻ.

Trường hợp cần phải xác minh, thì thời hạn xác minh không được quá 03 ngày làm việc

+***Bước 3.*** Trả giấy chứng sinh cho gia đình trẻ tại cơ sở y tế

- Cách thức thực hiện Nộp trực tiếp hoặc gửi qua dịch vụ Bưu chính công ích

- Thành phần, số lượng hồ sơ

I. Thành phần hồ sơ bao gồm: Đơn đề nghị cấp lại Giấy chứng sinh có xác nhận của Tổ trưởng Tổ dân phố hoặc trưởng thôn về việc sinh và đang sinh sống tại địa bàn khu dân cư theo mẫu quy định tại phụ lục 3 Thông tư số 17/2012/TT-BYT của Bộ Y tế

II. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

- Thời hạn giải quyết: Trong thời hạn 03 ngày làm việc

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Bố mẹ hoặc người thân của trẻ

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Giấy chứng sinh

- Lệ phí: Không

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này): Phụ lục 03: Đơn đề nghị cấp giấy chứng sinh

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Nghị định số 158/2005/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2005 của Chính phủ về đăng ký và quản lý hộ tịch;

2. Nghị định số 06/2012/NĐ-CP ngày 02 tháng 02 năm 2012 của Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của các Nghị định về hộ tịch, hôn nhân và gia đình và chứng thực;

3. Thông tư số 17/2012/TT-BYT ngày 24 tháng 10 năm 2012 của Bộ Y tế qui định Cấp và sử dụng Giấy chứng sinh;

4. Quyết định số 4691/QĐ-BYT ngày 04/11/2015 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế trong lĩnh vực Dân số và Kế hoạch hóa gia đình.

Phụ lục số 03

(Ban hành kèm theo Thông tư số :17,2012/TT-BYT ngày 24/10/ 2012 của Bộ Y tế)

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

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp lại Giấy chứng sinh

Kính gửi: ……...

Họ tên mẹ/người nuôi dưỡng:……..……..……

Số Chứng minh nhân dân/Hộ chiếu:…….……..

Địa chỉ: ……...……...

Sinh cháu: ngày:……tháng:……..……..năm: 20...

Tại:……..…….

Tên dự kiến của cháu: ……..……..…

Đã được cơ quan cấp Giấy chứng sinh: …….. tháng…….năm……..…

Đề nghị cơ quan cấp lại Giấy chứng sinh cho cháu vì:

1- Mất/thất lạc/ rách nát ☐

2- Nhầm lẫn trong Giấy chứng sinh lần trước (Ghi cụ thể sự nhầm lẫn):

……
……
……
……

3- Khác ☐ Ghi cụ thể :

……
……
……
…..……

ngày…….tháng…….. năm 20……..

Xác nhận của tổ trưởng dân phố/trưởng thôn
(Ký tên, ghi rõ họ tên)

Người làm đơn
(Ký tên, ghi rõ họ tên)

II. LĨNH VỰC GIÁM ĐỊNH Y KHOA

1. Thủ tục Đề nghị được thực hiện kỹ thuật xác định lại giới tính đối với người đủ 16 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi (B-BYT-179971-TT)

- Trình tự thực hiện:

+ ***Bước 1:*** Người đề nghị xác định lại giới tính gửi hồ sơ đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép can thiệp y tế để xác định lại giới tính (sau đây gọi tắt là cơ sở khám bệnh chữa bệnh)

+ ***Bước 2:*** Cơ sở khám bệnh chữa bệnh tiếp nhận và kiểm tra hồ sơ.

+ ***Bước 3*:** Trong thời hạn 15 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải xem xét và trả lời bằng văn bản cho người đề nghị xác định lại giới tính. Trường hợp không công nhận thì phải có văn bản trả lời và nêu rõ lý do.

+ ***Bước 4:*** Gửi văn bản đến người đề nghị xác định lại giới tính.

- Cách thức thực hiện: Qua dịch vụ Bưu chính công ích hoặc trực tiếp tại cơ sở khám chữa bệnh.

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

I) Thành phần hồ sơ bao gồm:

- Đơn đề nghị được thực hiện kỹ thuật xác định lại giới tính. Trong đơn phải có chữ ký của cha, mẹ hoặc người giám hộ.

- Bản sao hợp lệ giấy khai sinh hoặc chứng minh nhân dân hoặc sổ hộ khẩu hoặc hộ chiếu.

II) Số lượng hồ sơ: 01 bộ

- Thời hạn giải quyết:

Trong thời hạn 15 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép can thiệp y tế để xác định lại giới tính.

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Giấy chứng nhận y tế đã xác định lại giới tính.

- Lệ phí: Không

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

Đơn đề nghị được thực hiện kỹ thuật xác định lại giới tính (dùng cho người đủ 16 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi).

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Nghị định số 88/2008/NĐ-CP ngày 05 tháng 8 năm 2008 của Chính phủ về xác định lại giới tính. Có hiệu lực sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo.

2. Thông tư số 29/2010/TT-BYT ngày 24/5/2010 của Bộ Y tế Hướng dẫn thi hành một số điều Nghị định số 88/2008/NĐ-CP ngày 05 tháng 8 năm 2008 của Chính phủ về xác định lại giới tính. Có hiệu lực sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo.

3. Quyết định số 4690/QĐ-BYT ngày 04 tháng 11 năm 2015 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế trong lĩnh vực giám định y khoa.

MẪU ĐƠN ĐỀ NGHỊ XÁC ĐỊNH LẠI GIỚI TÍNH

(Ban hành kèm theo Thông tư số 29/2010/TT-BYT ngày 24 / 05 / 2010)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

ĐƠN ĐỀ NGHỊ ĐƯỢC THỰC HIỆN KỸ THUẬT XÁC ĐỊNH LẠI GIỚI TÍNH

(Dùng cho người từ đủ 16 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi)

Kính gửi: .....

1. Tôi là (ghi rõ họ và tên):

2. Tuổi:

3. Địa chỉ thường trú:

4. Số CMND/Hộ chiếu: ngày cấp nơi cấp

Sau khi được bác sỹ khám và chẩn đoán xác định, tôi có:

- Khuyết tật bẩm sinh về giới tính hoặc

- Giới tính chưa được định hình chính xác.

Tôi làm đơn này đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh can thiệp y tế để xác định lại giới tính cho tôi.

Trong quá trình thực hiện kỹ thuật can thiệp y tế để xác định lại giới tính, tôi xin thực hiện theo đúng quy chế của bệnh viện, chỉ định của bác sỹ và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật.

....., ngày..... tháng..... năm.....

Cha, mẹ hoặc Người giám hộ	Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)	*(Ký và ghi rõ họ tên)*

2. Thủ tục Đề nghị được thực hiện kỹ thuật xác định lại giới tính đối với người đủ 18 tuổi trở lên (B-BYT-179978-TT)

- Trình tự thực hiện:

+ ***Bước 1:*** Người đề nghị xác định lại giới tính gửi hồ sơ đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép can thiệp y tế để xác định lại giới tính (sau đây gọi tắt là cơ sở khám bệnh chữa bệnh)

+ ***Bước 2*****:** Cơ sở khám bệnh chữa bệnh tiếp nhận và kiểm tra hồ sơ.

+ ***Bước 3*****:** Trong thời hạn 15 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải xem xét và trả lời bằng văn bản cho người đề nghị xác định lại giới tính. Trường hợp không công nhận thì phải có văn bản trả lời và nêu rõ lý do.

+ ***Bước 4*****:** Gửi văn bản đến người đề nghị xác định lại giới tính.

- Cách thức thực hiện: Qua dịch vụ Bưu chính công ích hoặc trực tiếp tại cơ sở khám chữa bệnh.

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

I) Thành phần hồ sơ bao gồm:

- Đơn đề nghị được thực hiện kỹ thuật xác định lại giới tính.

- Bản sao hợp lệ giấy khai sinh hoặc chứng minh nhân dân hoặc sổ hộ khẩu hoặc hộ chiếu.

II) Số lượng hồ sơ: 01 bộ

- Thời hạn giải quyết:

Trong thời hạn 15 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép can thiệp y tế để xác định lại giới tính.

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Giấy chứng nhận y tế đã xác định lại giới tính.

- Lệ phí: Không

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này)

Đơn đề nghị được thực hiện kỹ thuật xác định lại giới tính (dùng cho người đủ đủ 18 tuổi trở lên)

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Nghị định số 88/2008/NĐ-CP ngày 05 tháng 8 năm 2008 của Chính phủ về xác định lại giới tính. Có hiệu lực sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo;

2. Thông tư số 29/2010/TT-BYT ngày 24/5/2010 của Bộ Y tế Hướng dẫn thi hành một số điều Nghị định số 88/2008/NĐ-CP ngày 05 tháng 8 năm 2008 của Chính phủ về xác định lại giới tính. Có hiệu lực sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo;

3. Quyết định số 4690/QĐ-BYT ngày 04 tháng 11 năm 2015 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế trong lĩnh vực giám định y khoa.

MẪU ĐƠN ĐỀ NGHỊ XÁC ĐỊNH LẠI GIỚI TÍNH

(Ban hành kèm theo Thông tư số 29/2010/TT-BYT ngày 24 / 05 / 2010)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

ĐƠN ĐỀ NGHỊ ĐƯỢC THỰC HIỆN KỸ THUẬT XÁC ĐỊNH LẠI GIỚI TÍNH

(*Dùng cho người từ đủ 18 tuổi trở lên*)

Kính gửi: .....

1. Tôi là (ghi rõ họ và tên):

2. Tuổi:

3. Địa chỉ thường trú:

4. Số CMND/Hộ chiếu: ngày cấp nơi cấp

Sau khi được bác sỹ khám và chẩn đoán xác định là tôi có:

- Khuyết tật bẩm sinh về giới tính hoặc

- Giới tính chưa được định hình chính xác.

Tôi làm đơn này đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện can thiệp y tế để xác định lại giới tính cho tôi.

Trong quá trình thực hiện kỹ thuật can thiệp y tế để xác định lại giới tính, tôi xin cam đoan thực hiện theo đúng quy chế của bệnh viện và chỉ định của bác sỹ và thanh toán các chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Pháp luật.

....., ngày..... tháng..... năm.....

Người làm đơn

(Ký và ghi rõ họ tên)

3. Thủ tục Đề nghị được thực hiện kỹ thuật xác định lại giới tính đối với người chưa đủ 16 tuổi (B-BYT-179961-TT)

- Trình tự thực hiện:

+ ***Bước 1:*** Cha, mẹ hoặc người giám hộ của người xác định lại giới tính gửi hồ sơ đề nghị xác định lại giới tính đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép can thiệp y tế để xác định lại giới tính (sau đây gọi tắt là cơ sở khám bệnh chữa bệnh)

+ ***Bước 2:*** Cơ sở khám bệnh chữa bệnh tiếp nhận và kiểm tra hồ sơ.

+ ***Bước 3:*** Trong thời hạn 15 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải xem xét và trả lời bằng văn bản cho người đề nghị xác định lại giới tính. Trường hợp không chấp nhận thì phải có văn bản trả lời và nêu rõ lý do.

+ ***Bước 4:*** Gửi văn bản đến người đề nghị xác định lại giới tính.

- Cách thức thực hiện

Qua dịch vụ Bưu chính công ích hoặc trực tiếp tại cơ sở khám chữa bệnh.

- Thành phần, số lượng hồ sơ

I)Thành phần hồ sơ bao gồm:

- Đơn đề nghị được thực hiện kỹ thuật xác định lại giới tính của cha, mẹ hoặc người giám hộ của người xác định lại giới tính.

- Bản sao hợp lệ giấy khai sinh hoặc chứng minh nhân dân hoặc sổ hộ khẩu hoặc hộ chiếu.

II) Số lượng hồ sơ: 01 bộ

- Thời hạn giải quyết

Trong thời hạn 15 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép ca n thiệp y tế để xác định lại giới tính.

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Giấy chứng nhận y tế đã xác định lại giới tính.

- Lệ phí: Không

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này)

Đơn đề nghị được thực hiện kỹ thuật xác định lại giới tính (dùng cho người chưa đủ 16 tuổi)

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Nghị định số 88/2008/NĐ-CP ngày 05 tháng 8 năm 2008 của Chính phủ về xác định lại giới tính. Có hiệu lực sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo;

2. Thông tư số 29/2010/TT-BYT ngày 24/5/2010 của Bộ Y tế Hướng dẫn thi hành một số điều Nghị định số 88/2008/NĐ-CP ngày 05 tháng 8 năm 2008 của Chính phủ về xác định lại giới tính. Có hiệu lực sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo;

3. Quyết định số 4690/QĐ-BYT ngày 04 tháng 11 năm 2015 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế trong lĩnh vực giám định y khoa.

MẪU ĐƠN ĐỀ NGHỊ XÁC ĐỊNH LẠI GIỚI TÍNH

(Ban hành kèm theo Thông tư số 29/2010/TT-BYT ngày 24/05/2010)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

ĐƠN ĐỀ NGHỊ ĐƯỢC THỰC HIỆN KỸ THUẬT XÁC ĐỊNH LẠI GIỚI TÍNH

(*Dùng cho người chưa đủ 16 tuổi*)

Kính gửi: .....

1. Tôi là (ghi rõ họ và tên):

2. Tuổi:

3. Địa chỉ thường trú:

4. Số CMND/Hộ chiếu: ngày cấp: nơi cấp:

Tôi là Cha /mẹ /người giám hộ của cháu:

- Họ tên:
- Tuổi:
- Địa chỉ thường trú:
- Số CMND/Hộ chiếu (nếu có) ngày cấp nơi cấp

Sau khi cháu.....được bác sỹ khám và chẩn đoán xác định là có:

- Khuyết tật bẩm sinh về giới tính hoặc
- Giới tính chưa được định hình chính xác.

Tôi làm đơn này đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện can thiệp y tế để xác định lại giới tính cho cháu.

Trong quá trình thực hiện kỹ thuật can thiệp y tế để xác định lại giới tính, tôi xin cam đoan thực hiện theo đúng quy chế của bệnh viện và chỉ định của bác sỹ và thanh toán các chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật.

....., ngày..... tháng..... năm.....

Người làm đơn

(Ký và ghi rõ họ tên)

III. LĨNH VỰC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

1. Thủ tục cấp giấy khám sức khỏe cho người từ đủ 18 tuổi trở lên (B-BYT-265234-TT)

- Trình tự thực hiện:

+ ***Bước 1***. Đối tượng khám sức khỏe đến cơ sở Khám chữa bệnh đủ điều kiện khám sức khoẻ theo qui định, nộp Giấy khám sức khỏe theo mẫu quy định tại Phụ lục 1 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế; Cung cấp đầy đủ, chính xác, trung thực các thông tin cá nhân, tình trạng sức khỏe hiện tại, tiền sử bệnh tật của bản thân và gia đình trong phần tiền sử của đối tượng khám sức khỏe (theo mẫu giấy chứng nhận sức khỏe).

+ ***Bước 2***. Cơ sở KBCB đối chiếu ảnh trong giấy khám sức khỏe với người đến khám sức khỏe; Đóng dấu giáp lai vào ảnh sau khi đã thực hiện việc đối chiếu ảnh và hướng dẫn quy trình khám sức khỏe cho đối tượng khám sức khỏe theo các nội dung ghi trong Phụ lục 1.

+ ***Bước 3.*** Kết luận và trả giấy khám sức khoẻ.

- Cách thức thực hiện: Đến trực tiếp tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

I. Thành phần hồ sơ bao gồm: Giấy khám sức khỏe theo mẫu quy định tại Phụ lục 1 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế, có dán ảnh chân dung cỡ 4 x 6cm, chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 6 tháng

II. Số lượng hồ sơ: 01

- Thời hạn giải quyết:

1. Đối với trường hợp khám sức khỏe đơn lẻ: cơ sở khám sức khỏe trả Giấy khám sức khỏe, Sổ khám sức khỏe định kỳ cho người được khám sức khỏe trong vòng 24 (hai mươi tư) giờ kể từ khi kết thúc việc khám sức khỏe, trừ những trường hợp phải khám hoặc xét nghiệm bổ sung theo yêu cầu của người thực hiện khám sức khỏe;

2. Đối với trường hợp khám sức khỏe tập thể theo hợp đồng: cơ sở khám sức khỏe trả Giấy khám sức khỏe, Sổ khám sức khỏe định kỳ cho người được khám sức khỏe theo thỏa thuận đã ghi trong hợp đồng.

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Các cơ sở khám chữa bệnh Trung ương và địa phương

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Giấy khám sức khoẻ

- Lệ phí: Nộp phí theo mức phí thu viện phí hiện hành

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

Phụ lục 1 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT: Mẫu giấy KSK dùng cho người từ đủ 18 tuổi trở lên

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

2. Bộ luật lao động ngày 18 tháng 6 năm 2012;

3. Luật người lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng ngày 29 tháng 11 năm 2006 ;

4. Nghị định số 06/CP ngày 20 tháng 01 năm 1995 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Bộ luật lao động về an toàn lao động, vệ sinh lao động và Nghị định số 110/2002/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2002 của Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 06/CP ngày 20 tháng 01 năm 1995 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Bộ luật lao động về an toàn lao động, vệ sinh lao động;

5. Nghị định số 126/2007/NĐ-CP ngày 01 tháng 08 năm 2007 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật người lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng;

6. Nghị định số 34/2008/NĐ-CP ngày 25 tháng 3 năm 2008 của Chính phủ quy định về tuyển dụng và quản lý người nước ngoài làm việc tại Việt Nam và Nghị định số 46/2011/NĐ-CP ngày 17 tháng 6 năm 2011 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 34/2008/NĐ-CP ngày 25 tháng 3 năm 2008 của Chính phủ quy định về tuyển dụng và quản lý người nước ngoài làm việc tại Việt Nam;

7. Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 về việc hướng dẫn khám sức khỏe.

8. Quyết định số 4692/QĐ-BYT ngày 04 tháng 11 năm 2015 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh.

Phụ lục 1

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN

(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/05/ 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

.....[1].....	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
.....[2].....	**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**
Số: /GKSK-....[3].....	

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Ảnh (4 x 6cm)	Họ và tên *(chữ in hoa)*: ……..…..…… Giới: Nam □ Nữ □ Tuổi:..... Số CMND hoặc Hộ chiếu: ..... cấp ngày...../..../..... tại……

[1] Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe
[2] Tên của cơ sở khám sức khỏe
[3] Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

Chỗ ở hiện tại:…….....……

Lý do khám sức khỏe:.....

TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình: Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không □; b) Có □; Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:.....

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh truyền nhiễm, bệnh tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không □; b) Có □

Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh: …….....

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

……...
……..……

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ): …….....

……..…….……

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

..... *ngày* ..... *tháng*.....*năm*.....

Người đề nghị khám sức khỏe

(Ký và ghi rõ họ, tên)

I. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao: .....cm; Cân nặng: ..... kg; Chỉ số BMI: .....

Mạch: .....lần/phút; Huyết áp:..... /..... mmHg

Phân loại thể lực:.....

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	**Họ tên, chữ ký của Bác sỹ**

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Nội khoa	
a) Tuần hoàn:	.....
Phân loại	.....
b) Hô hấp:	.....
Phân loại	.....
c) Tiêu hóa:	.....
Phân loại.....	.....
d) Thận-Tiết niệu:	.....
Phân loại	.....
đ) Cơ-xương-khớp:	.....
Phân loại	.....
e) Thần kinh:	.....
Phân loại	.....
g) Tâm thần:	.....
Phân loại	.....
2. Ngoại khoa:	.....
Phân loại	.....
3. Sản phụ khoa:	.....
Phân loại	.....
4. Mắt:	.....
- Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:..... Mắt trái:	.....
Có kính: Mắt phải: ..... Mắt trái: ...	.....
- Các bệnh về mắt (nếu có):	.....
- Phân loại:	.....
5. Tai-Mũi-Họng	.....
- Kết quả khám thính lực:	.....
Tai trái: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m	.....
Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m	.....
- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):…….....…...	.....
- Phân loại:	.....
6. Răng-Hàm-Mặt	.....

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
- Kết quả khám: + Hàm trên:..... + Hàm dưới: ..... - Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)..... - Phân loại:..... **7. Da liễu:** ..... Phân loại:.....	....

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Xét nghiệm máu:	

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
a) Công thức máu: Số lượng HC: ..... Số lượng Bạch cầu: ..... Số lượng Tiểu cầu:..... b) Sinh hóa máu: Đường máu: ..... Urê:.....Creatinin:..... ASAT (GOT):.....ALAT (GPT): ..... c) Khác (nếu có):.....	....
2. Xét nghiệm nước tiểu: a) Đường: ..... b) Prôtêin: ..... c) Khác (nếu có):	 ....
3. Chẩn đoán hình ảnh:	....

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:.....[4].....

2. Các bệnh, tật (nếu có): .....[5].....

.....

……ngày…… tháng…… năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

[4] Phân loại sức khỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT - QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành

[5] Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh

2. Thủ tục cấp giấy khám sức khỏe cho người chưa đủ 18 tuổi (B-BYT-265236-TT)

- Trình tự thực hiện:

+ ***Bước 1***. Đối tượng khám sức khỏe đến cơ sở Khám chữa bệnh đủ điều kiện khám sức khoẻ theo qui định, nộp Giấy khám sức khỏe theo mẫu quy định tại Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế; Cung cấp đầy đủ, chính xác, trung thực các thông tin cá nhân, tình trạng sức khỏe hiện tại, tiền sử bệnh tật của bản thân và gia đình trong phần tiền sử của đối tượng khám sức khỏe (theo mẫu giấy chứng nhận sức khỏe).

+ ***Bước 2***. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đối chiếu ảnh trong giấy khám sức khỏe với người đến khám sức khỏe; Đóng dấu giáp lai vào ảnh sau khi đã thực hiện việc đối chiếu ảnh và hướng dẫn quy trình khám sức khỏe cho đối tượng khám sức khỏe theo các nội dung ghi trong Phụ lục 2.

+ ***Bước 3.*** Kết luận và trả giấy khám sức khoẻ.

- Cách thức thực hiện: Đến trực tiếp tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

I. Thành phần hồ sơ bao gồm:

Giấy khám sức khoẻ theo mẫu quy định tại Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế, có dán ảnh chân dung cỡ 4 x 6cm, chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 6 tháng

II. Số lượng hồ sơ: 01bộ

- Thời hạn giải quyết:

1. Đối với trường hợp khám sức khỏe đơn lẻ: cơ sở khám sức khỏe trả Giấy khám sức khỏe, Sổ khám sức khỏe định kỳ cho người được khám sức khỏe trong vòng 24 (hai mươi tư) giờ kể từ khi kết thúc việc khám sức khỏe, trừ những trường hợp phải khám hoặc xét nghiệm bổ sung theo yêu cầu của người thực hiện khám sức khỏe;

2. Đối với trường hợp khám sức khỏe tập thể theo hợp đồng: cơ sở khám sức khỏe trả Giấy khám sức khỏe, Sổ khám sức khỏe định kỳ cho người được khám sức khỏe theo thỏa thuận đã ghi trong hợp đồng.

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Các cơ sở khám chữa bệnh Trung ương và địa phương

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Giấy khám sức khoẻ

- Lệ phí: Nộp phí theo mức phí thu viện phí hiện hành

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT: Mẫu giấy khám sức khỏe dùng cho người dưới 18 tuổi

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không có

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

2. Bộ luật lao động ngày 18 tháng 6 năm 2012;

3. Luật người lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng ngày 29 tháng 11 năm 2006 ;

4. Nghị định số 06/CP ngày 20 tháng 01 năm 1995 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Bộ luật lao động về an toàn lao động, vệ sinh lao động và Nghị định số 110/2002/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2002 của Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 06/CP ngày 20 tháng 01 năm 1995 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Bộ luật lao động về an toàn lao động, vệ sinh lao động;

5. Nghị định số 126/2007/NĐ-CP ngày 01 tháng 08 năm 2007 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật người lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng;

6. Nghị định số 34/2008/NĐ-CP ngày 25 tháng 3 năm 2008 của Chính phủ quy định về tuyển dụng và quản lý người nước ngoài làm việc tại Việt Nam và Nghị định số 46/2011/NĐ-CP ngày 17 tháng 6 năm 2011 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 34/2008/NĐ-CP ngày 25 tháng 3 năm 2008 của Chính phủ quy định về tuyển dụng và quản lý người nước ngoài làm việc tại Việt Nam;

7. Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 về việc hướng dẫn khám sức khỏe.

8. Quyết định số 4692/QĐ-BYT ngày 04 tháng 11 năm 2015 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh.

Phụ lục 2

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI DƯỚI 18 TUỔI

(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 của Bộ Y tế)

.....[6].....	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
.....[7].....	**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: /GKSK-....[8].....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Ảnh (4 x 6cm)

Họ và tên *(chữ in hoa):* ……..……..…….

Giới: Nam □ Nữ □ Tuổi:.....

Số CMND hoặc Hộ chiếu (nếu có): .....

cấp ngày...../...../.....tại.....

Họ và tên bố, mẹ hoặc người giám hộ:.....

Chỗ ở hiện tại:…….....……

Lý do khám sức khỏe:.....

TIỀN SỬ BỆNH TẬT

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình (ông, bà, bố, mẹ, anh chị em) mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh truyền nhiễm: Không □ Có □

Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:.....

2. Tiền sử bản thân:

a) Sản khoa:

- Bình thường.

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng; Đẻ thừa tháng; Đẻ có can thiệp; Đẻ ngạt, Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh:……..……...)

b) Tiêm chủng:

STT	Loại vắc xin	Tình trạng tiêm/uống vắc xin		
		Có	Không	Không nhớ rõ

[6] Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe

[7] Tên của cơ sở khám sức khỏe

[8] Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

1	BCG			
2	Bạch hầu, ho gà, uốn ván			
3	Sởi			
4	Bại liệt			
5	Viêm não Nhật Bản B			
6	Viêm gan B			
7	Các loại khác			

c) Tiền sử bệnh/tật: (các bệnh bẩm sinh và mạn tính)

- Không □

- Có □

Nếu "có", ghi cụ thể tên bệnh…….....

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng: .....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

..... ngày ..... tháng.....năm.....

Người đề nghị khám sức khỏe

(hoặc Cha/mẹ hoặc người giám hộ)

(Ký và ghi rõ họ, tên)

I. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao: .....cm; Cân nặng: ..... kg; Chỉ số BMI: .....

Mạch: .....lần/phút; Huyết áp:..... /..... mmHg

Phân loại thể lực:.....

II. KHÁM LÂM SÀNG

1. Nhi khoa a) Tuần hoàn:..... ..... b) Hô hấp: .... c) Tiêu hóa:	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ ....

.....	
Nhi khoa	
d) Thận-Tiết niệu:.....	.....
.....	.....
đ) Thần kinh-Tâm thần:	.....
.....	.....
e) Khám lâm sàng khác:.....	.....
.....	.....
2. Mắt:	.....
a) Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:..... Mắt trái:	.....
Có kính: Mắt phải: ..... Mắt trái	.....
b) Các bệnh về mắt (nếu có):.....	.....
3. Tai-Mũi-Họng	.....
a) Kết quả khám thính lực:	.....
Tai trái: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m	.....
Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m	.....
b) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có):…….....	.....
4. Răng-Hàm-Mặt	
a) Kết quả khám: + Hàm trên:.....	
+ Hàm dưới:	
b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có).....	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/Xquang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: Kết quả:	.....

IV. KẾT LUẬN CHUNG

Sức khỏe bình thường.....[9].....

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý:.....[10].....

.....

……ngày…… tháng…… năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

[9] Nếu không có vấn đề gì về sức khỏe: Ghi Bình thường.

[10] Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh

3. Thủ tục Cấp giấy khám sức khỏe cho người người mất năng lực hành vi dân sự hoặc không có năng lực hành vi dân sự hoặc hạn chế năng lực hành vi dân sự (B-BYT-265237-TT)

- Trình tự thực hiện:

+ ***Bước 1***. Đối tượng khám sức khỏe đến cơ sở Khám chữa bệnh đủ điều kiện khám sức khoẻ theo qui định, nộp Giấy khám sức khỏe theo mẫu quy định tại Phụ lục 1 hoặc Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế; Cung cấp đầy đủ, chính xác, trung thực các thông tin cá nhân, tình trạng sức khỏe hiện tại, tiền sử bệnh tật của bản thân và gia đình trong phần tiền sử của đối tượng khám sức khỏe (theo mẫu giấy chứng nhận sức khỏe).

+ ***Bước 2***. Cơ sở KBCB đối chiếu ảnh trong giấy khám sức khỏe với người đến khám sức khỏe; Đóng dấu giáp lai vào ảnh sau khi đã thực hiện việc đối chiếu ảnh và hướng dẫn quy trình khám sức khỏe cho đối tượng khám sức khỏe theo các nội dung ghi trong Phụ lục 1 hoặc Phụ lục 2.

+ ***Bước 3.*** Kết luận và trả giấy khám sức khoẻ.

- Cách thức thực hiện: Đến trực tiếp tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

I. Thành phần hồ sơ bao gồm:

- Giấy KSK theo mẫu quy định tại Phụ lục 1 hoặc Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế, có dán ảnh chân dung cỡ 4 x 6cm, chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 6 tháng.

- Văn bản đồng ý của cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của người KSK.

II. Số lượng hồ sơ: 01bộ

- Thời hạn giải quyết:

1. Đối với trường hợp khám sức khỏe đơn lẻ: cơ sở khám sức khỏe trả Giấy khám sức khỏe, Sổ khám sức khỏe định kỳ cho người được khám sức khỏe trong vòng 24 (hai mươi tư) giờ kể từ khi kết thúc việc khám sức khỏe, trừ những trường hợp phải khám hoặc xét nghiệm bổ sung theo yêu cầu của người thực hiện khám sức khỏe;

2. Đối với trường hợp khám sức khỏe tập thể theo hợp đồng: cơ sở khám sức khỏe trả Giấy khám sức khỏe, Sổ khám sức khỏe định kỳ cho người được khám sức khỏe theo thỏa thuận đã ghi trong hợp đồng.

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Các cơ sở khám chữa bệnh Trung ương và địa phương

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Giấy khám sức khoẻ

- Lệ phí: Nộp phí theo mức phí thu viện phí hiện hành

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này): Không

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không có

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

2. Bộ luật lao động ngày 18 tháng 6 năm 2012;

3. Luật người lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng ngày 29 tháng 11 năm 2006 ;

4. Nghị định số 06/CP ngày 20 tháng 01 năm 1995 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Bộ luật lao động về an toàn lao động, vệ sinh lao động và Nghị định số 110/2002/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2002 của Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 06/CP ngày 20 tháng 01 năm 1995 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Bộ luật lao động về an toàn lao động, vệ sinh lao động;

5. Nghị định số 126/2007/NĐ-CP ngày 01 tháng 08 năm 2007 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật người lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng;

6. Nghị định số 34/2008/NĐ-CP ngày 25 tháng 3 năm 2008 của Chính phủ quy định về tuyển dụng và quản lý người nước ngoài làm việc tại Việt Nam và Nghị định số 46/2011/NĐ-CP ngày 17 tháng 6 năm 2011 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 34/2008/NĐ-CP ngày 25 tháng 3 năm 2008 của Chính phủ quy định về tuyển dụng và quản lý người nước ngoài làm việc tại Việt Nam;

7. Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 về việc hướng dẫn khám sức khỏe.

8. Quyết định số 4692/QĐ-BYT ngày 04 tháng 11 năm 2015 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh.

Phụ lục 1

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN

(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/05/2013 của Bộ Y tế)

.....[11].....	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
.....[12].....	**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: /GKSK-....[13].....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Ảnh (4 x 6cm)

Họ và tên *(chữ in hoa)*: ……..…...…….

Giới: Nam □ Nữ □ Tuổi:.....

Số CMND hoặc Hộ chiếu: ..... cấp ngày...../..../.....

tại…….

Chỗ ở hiện tại:…….....…….

…….....

Lý do khám sức khỏe:.....

TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không □; b) Có □; Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:.....

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh truyền nhiễm, bệnh tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không □; b) Có □

Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh: …….....

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ): …….....

[11] Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe

[12] Tên của cơ sở khám sức khỏe

[13] Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

..... ngày ..... tháng.....năm.....

Người đề nghị khám sức khỏe

(Ký và ghi rõ họ, tên)

I. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao: .....cm; Cân nặng: ..... kg; Chỉ số BMI: .....

Mạch: .....lần/phút; Huyết áp:..... /..... mmHg

Phân loại thể lực:.....

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Nội khoa	
a) Tuần hoàn:	.....
Phân loại	.....
b) Hô hấp:	.....
Phân loại	.....
c) Tiêu hóa:	.....
Phân loại.....	.....
d) Thận-Tiết niệu:	.....
Phân loại	.....
đ) Cơ-xương-khớp:	.....
Phân loại	.....
e) Thần kinh:	.....
Phân loại	.....
g) Tâm thần:	.....
Phân loại	.....
2. Ngoại khoa:	.....
Phân loại	.....
3. Sản phụ khoa:	.....
Phân loại	.....
4. Mắt:	.....
- Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:..... Mắt trái:	.....
Có kính: Mắt phải: ..... Mắt trái: ...	.....

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
- Các bệnh về mắt (nếu có):	.....
- Phân loại:	.....
5. Tai-Mũi-Họng	.....
- Kết quả khám thính lực:	.....
Tai trái: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m	.....
Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m	.....
- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):…….....	.....
- Phân loại:	.....
6. Răng-Hàm-Mặt	.....
- Kết quả khám: + Hàm trên:.....	.....
+ Hàm dưới:	.....
- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có).....	
- Phân loại:.....	
7. Da liễu:	
Phân loại:.....	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Xét nghiệm máu:	
a) Công thức máu: Số lượng HC:	.....
Số lượng Bạch cầu:	.....
Số lượng Tiểu cầu:.....	.....
b) Sinh hóa máu: Đường máu:	.....
Urê:.....Creatinin:.....	
ASAT (GOT):.....ALAT (GPT):	
c) Khác (nếu có):.....	
2. Xét nghiệm nước tiểu:	
a) Đường:	.....
b) Prôtêin:	.....
	.....

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
c) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh:	....

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:.....[14].....

2. Các bệnh, tật (nếu có): .....[15].....

.....

……ngày…… tháng…… năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

Phụ lục 2

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI DƯỚI 18 TUỔI

(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/05/2013 của Bộ Y tế)

.....[16].....

.....[17].....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /GKSK-....[18].....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Họ và tên *(chữ in hoa):* ……...……...…….

Ảnh
(4 x 6cm)

ỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT - QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định
ức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành
tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh,

quản của cơ sở khám sức khỏe
ám sức khỏe
Ghi viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

Giới: Nam □ Nữ □ Tuổi:.....

Số CMND hoặc Hộ chiếu (nếu có): .....

cấp ngày...../...../.....tại.....

Họ và tên bố, mẹ hoặc người giám hộ:.....

……..…..……..

Chỗ ở hiện tại:…….....…….

……..…….....……..

Lý do khám sức khỏe:.....

.....

TIỀN SỬ BỆNH TẬT

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình (ông, bà, bố, mẹ, anh chị em) mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh truyền nhiễm: Không □ Có □

Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:.....

. Tiền sử bản thân:

a) Sản khoa:

- Bình thường.

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng; Đẻ thừa tháng; Đẻ có can thiệp; Đẻ ngạt, Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh:……..……)

b) Tiêm chủng:

STT	Loại vắc xin	Tình trạng tiêm/uống vắc xin		
		Có	Không	Không nhớ rõ
1	BCG			
2	Bạch hầu, ho gà, uốn ván			
3	Sởi			
4	Bại liệt			
5	Viêm não Nhật Bản B			
6	Viêm gan B			
7	Các loại khác			

c) Tiền sử bệnh/tật: (các bệnh bẩm sinh và mạn tính)

- Không □

- Có □

Nếu "có", ghi cụ thể tên bệnh…….....….....….....

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng: .....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

..... ngày ..... tháng.....năm.....

Người đề nghị khám sức khỏe

(hoặc Cha/mẹ hoặc người giám hộ)

(Ký và ghi rõ họ, tên)

I. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao: .....cm; Cân nặng: ..... kg; Chỉ số BMI: .....

Mạch: .....lần/phút; Huyết áp:..... /..... mmHg

Phân loại thể lực:.....

II. KHÁM LÂM SÀNG

1. Nhi khoa	**Họ tên, chữ ký của Bác sỹ**
a) Tuần hoàn:	.....
.....	.....
b) Hô hấp:	.....
.....	.....
c) Tiêu hóa:	.....
.....	.....
Nhi khoa	

d) Thận-Tiết niệu:.....	.....
.....	.....
đ) Thần kinh-Tâm thần:	.....
.....	.....
e) Khám lâm sàng khác:.....	.....
2. Mắt:	.....
a) Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:..... Mắt trái:	.....
Có kính: Mắt phải: ..... Mắt trái	.....
b) Các bệnh về mắt (nếu có):.....	.....
3. Tai-Mũi-Họng	.....
a) Kết quả khám thính lực:	.....
Tai trái: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m	.....
Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m	.....
b) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có):…….....……....	.....
4. Răng-Hàm-Mặt	.....
a) Kết quả khám: + Hàm trên:.....	.....
+ Hàm dưới:	
b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có).....	
.....	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/Xquang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: Kết quả:.....	....

IV. KẾT LUẬN CHUNG

Sức khỏe bình thường.....[19].....

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý:.....[20].....

.....

……ngày…… tháng…… năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

[19] Nếu không có vấn đề gì về sức khỏe: Ghi Bình thường.

[20] Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh

4. Thủ tục Khám sức khỏe định kỳ (B-BYT-265238-TT)

- Trình tự thực hiện:

+ ***Bước 1***. Các cá nhân, đơn vị có nhu cầu khám sức khỏe định kỳ đến các cơ sở khám sức khỏe để tổ chức khám sức khỏe.

+ ***Bước 2***. Khi cơ sở KSK triển khai khám chữa bệnh định kỳ theo hợp đồng, các cơ sở đã ký hợp đồng cần xuất trình Hồ sơ sức khỏe (Đối với khám sức khỏe tập trung). Đối với trường hợp khám sức khỏe đơn lẻ: Đối tượng khám sức khỏe cần xuất trình thêm giấy giới thiệu của cơ quan, tổ chức đề nghị khám sức khoẻ định kỳ.

+ ***Bước 3.*** Cơ sở khám sức khỏe căn cứ vào Hợp đồng khám sức khỏe định kỳ và đối với các nghề, công việc có tiêu chuẩn sức khỏe riêng, thì cơ sở khám sức khỏe phải thực hiện các quy định của tiêu chuẩn đó hiện hành để được thực hiện khám sức khỏe.

+ ***Bước 4.*** Kết luận và trả giấy khám sức khoẻ.

- Cách thức thực hiện: Đến trực tiếp tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

I. Thành phần hồ sơ bao gồm :

- Sổ khám sức khỏe định kỳ theo mẫu quy định Phụ lục 3 ban hành kèm Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013.

- Giấy giới thiệu của cơ quan, tổ chức nơi người đó đang làm việc đối với trường hợp KSK định kỳ đơn lẻ hoặc có tên trong danh sách KSK định kỳ do cơ quan, tổ chức nơi người đó đang làm việc xác nhận để thực hiện KSK định kỳ theo hợp đồng.

II. Số lượng hồ sơ: 01 bộ

- Thời hạn giải quyết: Theo thỏa thuận trong hợp đồng

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Tổ chức, Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Các cơ sở khám chữa bệnh Trung ương và địa phương

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Sổ khám sức khoẻ định kỳ

- Lệ phí: Theo hợp đồng ký kết

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

Phụ lục 3 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT: Mẫu sổ KSK định kỳ

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không có

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

2. Bộ luật lao động ngày 18 tháng 6 năm 2012;

3. Luật người lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng ngày 29 tháng 11 năm 2006 ;

4. Nghị định số 06/CP ngày 20 tháng 01 năm 1995 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Bộ luật lao động về an toàn lao động, vệ sinh lao động và Nghị định số 110/2002/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2002 của Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung

một số điều của Nghị định số 06/CP ngày 20 tháng 01 năm 1995 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Bộ luật lao động về an toàn lao động, vệ sinh lao động;

5. Nghị định số 126/2007/NĐ-CP ngày 01 tháng 08 năm 2007 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật người lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng;

6. Nghị định số 34/2008/NĐ-CP ngày 25 tháng 3 năm 2008 của Chính phủ quy định về tuyển dụng và quản lý người nước ngoài làm việc tại Việt Nam và Nghị định số 46/2011/NĐ-CP ngày 17 tháng 6 năm 2011 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 34/2008/NĐ-CP ngày 25 tháng 3 năm 2008 của Chính phủ quy định về tuyển dụng và quản lý người nước ngoài làm việc tại Việt Nam;

7. Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 về việc hướng dẫn khám sức khỏe.

8. Quyết định số 4692/QĐ-BYT ngày 04 tháng 11 năm 2015 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh.

Phụ lục 3

MẪU SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

Ảnh
(4 x 6cm)

1. Họ và tên *(chữ in hoa):* ……..……...…….....

2. Giới: Nam □ Nữ □ Tuổi:.....

3. Số CMND hoặc Hộ chiếu: ..... cấp ngày...../..../..... tại.....

4. Hộ khẩu thường trú:…….....……..……..

……...…….....……....

5. Chỗ ở hiện tại:.....

6. Nghề nghiệp: .....[21].....

7. Nơi công tác, học tập:.....[22].....

8. Ngày bắt đầu vào học/làm việc tại đơn vị hiện nay: …..…../…..…./……...….....

9. Nghề, công việc trước đây (liệt kê các công việc đã làm trong 10 năm gần đây, tính từ thời điểm gần nhất):

a) .....[23].....

thời gian làm việc.....…[24].....năm….[25].....tháng từ ngày…...…./…...…./..... đến …..…../……../……..

b) .....[26].....

thời gian làm việc ….....… năm ….....… tháng từ ngày……./……../……. đến …..…../……../……..

10. Tiền sử bệnh, tật của gia đình: .....

11. Tiền sử bản thân:

Tên bệnh	Phát hiện năm	Tên bệnh nghề nghiệp	Phát hiện năm

[21] Ghi rõ công việc hiện nay đang làm.
[22] Ghi rõ tên, địa chỉ cơ quan, đơn vị nơi người được khám sức khỏe đang lao động, học tập
[23] Ghi rõ công việc hiện nay đã làm
[24] Số năm mà người được khám sức khỏe đã làm công việc đó
[25]Số tháng mà người được khám sức khỏe đã làm công việc đó
[26] Ghi rõ công việc hiện nay đã làm

a)		a)	
b)		b)	

……ngày …… tháng … năm ……

Người lao động xác nhận
(Ký và ghi rõ họ, tên)

Người lập sổ KSK định kỳ
(Ký và ghi rõ họ, tên)

KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT

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

I. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao: ..... cm; Cân nặng: .....kg; Chỉ số BMI: .....

Mạch: .....lần/phút; Huyết áp:..... /..... mmHg

Phân loại thể lực:.....

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Nội khoa:	
a) Tuần hoàn:	.....
Phân loại	.....
b) Hô hấp:	.....
Phân loại	.....
c) Tiêu hóa:	.....
Phân loại	.....
d) Thận-Tiết niệu:	.....
Phân loại	.....
đ) Nội tiết:	.....
Phân loại	.....
e) Cơ-xương-khớp:.....	.....
Phân loại	.....
g) Thần kinh:	.....

Phân loại	.....
h) Tâm thần:	.....
Phân loại	.....
2. Ngoại khoa:	.....
Phân loại	.....
3. Sản phụ khoa:	.....
Phân loại	.....
4. Mắt:	.....
- Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:..... Mắt trái: .... Có kính: Mắt phải: ..... Mắt trái:.....	.....
- Các bệnh về mắt (nếu có):.....	.....
- Phân loại:	.....
5. Tai-Mũi-Họng:	.....
- Kết quả khám thính lực:	.....
Tai trái: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m	.....
Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m	.....
- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):…….....…….....	.....
- Phân loại:	
6. Răng-Hàm-Mặt	
- Kết quả khám: + Hàm trên:.....	.....
+ Hàm dưới:	.....
- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có):.....	.....
- Phân loại:.....	.....
7. Da liễu:	.....
Phân loại:.....	.....

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: a) Kết quả:..... ..... b) Đánh giá:.....	....

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:.....[27].....

2. Các bệnh, tật (nếu có): .....[28].....

.....

……ngày…… tháng…… năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

[27] Phân loại sức khỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT - QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành

[28] Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh

5 – Thủ tục Cấp Giấy chứng nhận sức khỏe cho thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam đủ tiêu chuẩn sức khoẻ theo quy định tại Phụ lục số I

- Trình tự thực hiện:

Bước 1. Thuyền viên khám sức khỏe đến cơ sở Khám chữa bệnh đủ điều kiện khám sức khoẻ thuyền viên theo qui định, nộp Giấy khám sức khỏe theo mẫu quy định tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế; Cung cấp đầy đủ, chính xác, trung thực các thông tin cá nhân, tình trạng sức khỏe hiện tại, tiền sử bệnh tật của bản thân và gia đình trong phần tiền sử của đối tượng khám sức khỏe (theo mẫu giấy khám sức khỏe cho thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam).

Bước 2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đối chiếu ảnh trong giấy khám sức khỏe thuyền viên với người đến khám sức khỏe thuyền viên; Đóng dấu giáp lai vào ảnh sau khi đã thực hiện việc đối chiếu ảnh và hướng dẫn quy trình khám sức khỏe cho đối tượng khám sức khỏe thuyền viên theo các nội dung ghi trong Phụ lục IV.

Bước 3. Kết luận, trả giấy khám sức khoẻ thuyền viên theo quy định tại khoản 1, khoản 2, khoản 4 Điều 8 Thông tư số 14/2013/TT-BYT.

Bước 4. Cấp Giấy chứng nhận sức khỏe theo quy định tại điểm a, khoản 4, Điều 2 Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017.

- Cách thức thực hiện: Đến trực tiếp tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

1.Thành phần hồ sơ bao gồm: Giấy khám sức khỏe thuyền viên theo mẫu quy định tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế, có dán ảnh chân dung cỡ 4 x 6cm, được chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 06 (sáu) tháng tính đến ngày nộp hồ sơ khám sức khoẻ của thuyền viên, còn rõ nét và nhận dạng được.

2. Số lượng hồ sơ: 01bộ

- Thời hạn giải quyết:

1. Đối với trường hợp khám sức khỏe thuyền viên đơn lẻ: cơ sở khám sức khỏe thuyền viên trả Giấy khám sức khỏe thuyền viên, Sổ khám sức khỏe thuyền viên định kỳ cho người được khám sức khỏe thuyền viên trong vòng 24 (hai mươi tư) giờ kể từ khi kết thúc việc khám sức khỏe thuyền viên, trừ những trường hợp phải khám hoặc xét nghiệm bổ sung theo yêu cầu của người thực hiện khám sức khỏe thuyền viên;

2. Đối với trường hợp khám sức khỏe thuyền viên tập thể theo hợp đồng: cơ sở khám sức khỏe thuyền viên trả Giấy khám sức khỏe thuyền viên, Sổ khám sức khỏe thuyền viên định kỳ cho người được khám sức khỏe thuyền viên theo thỏa thuận đã ghi trong hợp đồng.

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính:

Giấy chứng nhận sức khoẻ thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam

- Lệ phí: Nộp phí theo mức phí thu viện phí hiện hành

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế: Mẫu giấy khám sức khỏe thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam;

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính:

Sức khỏe đủ tiêu chuẩn quy định tại Phụ lục I Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế.

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Căn cứ Bộ luật Hàng hải Việt Nam số 95/2015/QH13 ngày 25 tháng 11 năm 2015;

2. Căn cứ Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế về Hướng dẫn khám sức khỏe.

3. Căn cứ Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4.Căn cứ Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế quy định tiêu chuẩn sức khỏe của thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam và công bố cơ sở khám sức khoẻ cho thuyền viên.

Phụ lục số IV

Mẫu Giấy khám sức khoẻ thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam

(Ban hành kèm theo Thông tư số 22 /2017/TT-BYT ngày 12 tháng 5 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Ảnh màu PICTURE	BỘ Y TẾ **BỆNH VIỆN**..... MINISTRY OF HEALTH	**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

No:

GIẤY KHÁM SỨC KHOẺ

(Medical examination)

Họ và tên *(Name (last, first, middle)*:..... Giới *(Sex*): Nam *(male*): □ , Nữ *(female*): □

Ngày tháng năm sinh (*Date of birth* (*day/month/year*):...../...../...../.....; Quốc tịch *(Nationality*):.....

Số hộ chiếu hoặc chứng minh thư nhân dân (*Passport No./ID Book No)*:.....

Địa chỉ thường trú (*Permanent* a*ddress*) : …….....

Học sinh □ ; Thuyền viên □ ; Chức danh trên tàu (*Position on the ship)*:.....

Tên và địa chỉ của Trường hoặc của Chủ tầu/Doanh nghiệp (*Name and Address of school or Shipowner*):.....

……
…….....

Khu vực hoạt động của tầu (tuyến biển trong nước, quốc tế (*Trade area (e.g., coastal, worldwide)*:.....

Lý do khám sức khỏe (*purposse of health's examination*): Khám khi tuyển dụng (*Pre-sea*) □ ; Khám định kỳ (*Periodic*) □ ; Khám khác (*Other*) □

TIỀN SỬ SỨC KHOẺ *(Examinee's Medical History)*

(Assistance should be offered by medical staff)

Bạn có bất kỳ vấn đề gì sau đây có liên quan đến sức khoẻ không ***?*** *(Have you ever had any of the following conditions?)*

Medical History	Yes	No	Medical History	Yes	No
01. Bệnh mắt (*Eye disease)*	□	□	.10. Bệnh truyền nhiễm (*Contagious diseases*)	□	□
02. Bệnh tai, mũi, họng *(Ear/ nose/ throat diseases)*	□	□	11. Các rối loạn sinh dục (*Genital disorders*)	□	□
03. Bệnh tim mạch *(Cardio-vascular diseases)*	□	□	.12. Điều trị ngoại khoa (*Surgical treatments*)	□	□
04. Bệnh cơ quan hô hấp (*Respiratory diseases*)	□	□	13. Mất ngủ (*Sleep problem*)	□	□
05. Bệnh máu *(Blood disorder)*	□	□	14. Nghiện rượu, ma tuý? (*Drug or alcohol abuse*)	□	□
06. Bệnh hệ nội tiết (*Disease of Endocrine system)*	□	□	15. Chóng mặt/ngất (*Dizziness/ fainting*)	□	□
07. Bệnh tiểu đường *(Diabetes)*	□	□	16. Mất ý thức *(Loss of consciousness*)	□	□
08. Bệnh thận –tiết niệu *(Urolorical diseases)*	□	□	17. Rối loạn tâm thần (*Neuro-Psychological Disorder*)	□	□
09. Bệnh ngoài da *(Skin problem)*	□	□	18. Rối loạn vận động (*Disorder of mobility*)		

Nếu trả lời "có" bất kỳ một câu hỏi nào ở trên, đề nghị mô tả chi tiết *(If any of the above questions were answered "yes", please give details)***:**

.....

.....

.....

Câu hỏi bổ sung *(Additional questions)**:***

19. Bạn có cảm thấy thật sự khoẻ mạnh và đủ khả năng để tham gia vào các nhiệm vụ được giao? *(Do you feel healthy and fit to perform the duties of your designated position/ occupation?)* □ □

20. Bạn có bị dị ứng với bất kỳ loại thuốc nào không? *(Are you allergic to any medications?)* □ □

Nếu có, xin hãy ghi danh mục các loại thuốc đó, cả về lý do dung thuốc và liều lượng *(If yes, please list the medications taken and the purpose(s) and dosage(s)*:.....

.....

- Chứng nhận chủng vacxin *(Vaccination status recorded)*: □ Yes □ No

Tôi xin cam đoan rằng những điều đã khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết cuả tôi *(I hereby certify that the personal declaration above is a true statement to the best of my knowledge.)*

Chữ ký của người khai *(Signature of examinee)*.....

PHẦN KHÁM

Thể lực: - Chiều cao *(Height)*:.....(cm); - Cân nặng *(Weight)*:..... (kg); - Vòng ngực trung bình *(mean chest circle)*: ……cm

- Chỉ số BMI (*BMI index*): …....; - Lực bóp tay thuận (*pressed force of favourable hand*): …….(kg) ; Lực kéo thân *(pulled force of body)*: ……. kg

- Lực bóp tay không thuận *(pressed force of unfavourable hand)*: ……. (kg); **B¸c sü kh¸m ký***(Doctor):*: .....

Mạch, huyết áp *(Pulse & Blood pressure)**:*** - Tần số mạch *(Pulse rate)*: ..... / *(per minute);* - Nhịp tim *(Rhythm)*: .....

- Huyết áp tâm thu *(Systolic)*: .....(mm Hg); - Huyết áp tâm trương *(Diastolic)*: .....(mm Hg); **B¸c sü kh¸m ký***(Doctor):*: .....

Khám lâm sàng	Kết quả	BS ký	Clinical Examination	Results	BS ký

Hệ tim mạch *(Cardio-vascular system)*			Hệ cơ, xương, khớp *(Musculoskeletal system and systemic connective tissues)*		
Hệ hô hấp *(Respiratory system)*			Hệ thần kinh *(Neurologic system)*		
Hệ tiết niệu-sinh dục *(Urinogenital system)*			Rối loạn hành vi và tâm thần *(Mental and behavioural disorders)*		
Hệ tiêu hoá *(Digestive system)*			Các bệnh ngoại khoa *(Surgical diseases)*		
Gan-mật *(Bile-Liver)*			Tai, mũi, họng *(Ear, nose, throat)*		
Hệ nội tiết , dinh dưỡng và chuyển hoá *(Endocrine, nutritional and metabolic system)*			Miệng/Răng *(Mouth / teeth)*		
Máu và cơ quan tạo máu *(Blood and bloodforming organs)*			Mắt *(Eyes)*		
Da và tổ chức dưới *da (Skin and subcutaneous tissue)*			Bệnh khác *(Other diseases)*		

Thị giác *(Sight)*: Thị lực *(Visual acuity)*

Thị trường (*Visual fields*)

	Không kính *(Unaided)*			Có kính *(Aided)*		
	Mắt phải *(Right eye)*	Mắt Trái *(Left eye)*	Hai mắt *(Binocular)*	Mắt phải *(Right eye)*	Mắt trái *(Left eye)*	Hai mắt *(Binocular)*
Xa *(Distant)*						

	Bình thường *(Normal)*	Hạn chế *(Defective)*
Mắt phải *(Right eye)*		

(5m)						
Gần *(Near)*						

Thị giác mầu *(Colour vision)*: Không thử *(Not tested)* □ Bình thường *(Normal)* □ Mù mầu *(Doubtful)* □ Hạn chế *(Defective)* □

B¸c sü kh¸m ký*(Doctor)*:: .....

Thính giác *(Hearing)*: Thử âm đơn giản và đo sức nghe *(đơn vị đo là dB)* Thử bằng nói thường và nói thầm

Pure tone and audio metry (threshold values in dB)
whisper test (meters)

	Nói thường *(Normal)*	Nói thầm *(Whisper)*
Tai phải *(R.Ear)*		
Tai trái *(L. Ear)*		

	500 Hz	4,000 Hz	2,000 Hz	3,000 Hz	4,000 Hz	6,000 Hz
Tai phải (*R. Ear*)						
Tai trái (*L. Ear*)						

B¸c sü kh¸m ký*(Doctor)*:: .....

- XN Máu:	***Blood test***	***Kết quả (Result)***	***Blood test:***	***Kết quả (Result)***
Nhóm máu *(Blood Group):* ……...	Số lượng hồng cầu/ *Erythrocyte*	.....	Leucocyte (Số lượng bạch cầu)	.....
	Hemoglobin (G/l)	.....	Leucocyte formula (công thức BC)	.....
	Tiểu cầu /*Thrombocyte*/ (G/l)	.....	Howell's time (thời gian Howell)	.....

Glycemia: .....; **Blood lipid**: Cholesterol: .....; Triglycerid: .....; HDL: ….....; LDL: ……....; ….....…….....

RPR: [ ]; TPHA: .....[ ]; HBsAg: [ ]; HBeAg: [ ]; HCVAb: [ ]; HAVAb: [ ]; HIV: [ ] ; Other:.....

Nồng độ alcohol máu *(alcohol test)*: ….. - Nước tiểu *(Urinalysis)*: Narcotic: [ ]; Amphetamine:.[ ]; Đường *(Glucose)*:..... ; Protein: .....;Other:.....

B¸c sü XN ký*(Doctor):*: .....

- Kết quả chụp X.Quang *(result of chest X-ray)* ..... **B¸c sü XQ ký***(Doctor):*: .....

- Kết quả điện tim (*ECG)*: .....**B¸c sü ký***(Doctor):*: .....; Chức năng hô hấp *(Respiratory function*):..... **B¸c sü ký***(Doctor):*: .....

- Kết quả Siêu âm ổ bụng *(Results of abdominal ultrsound)*: .... **B¸c sü SA ký***(Doctor):*: .....

- Thử nghiệm thần kinh - tâm lý (*Neuro-Psychological test*): ....

- Khả năng chịu sóng (*seawave withstand capacity):* Tốt *(good* □ ; Trung bình (*Average)* □ ; Kém *(Bad)* □ **B¸c sü kh¸m ký***(Doctor):*: .....

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE VÀ KHẢ NĂNG LÀM VIỆC TRÊN BIỂN *(Assessment of fitness for studying and service at sea):*

Căn cứ vào tiền sử, kết quả khám lâm sàng và xét nghiệm, kết luận tình trạng sức khỏe của học sinh/thuyền viên như sau *(On the basis of the examinee's personal declaration, my clinical examination and the diagnostic test results recorded above, I declare the examinee medically):*

□ ***Đủ sức khỏe học tập/làm việc*** *(Fit for look-out duty)*

□ ***Không đủ sức khỏe học tập/làm việc*** *(Not fit for look-out duty)*

Không hạn chế *(Without restriction)* □ Có hạn chế *(With restriction)* □**;** Yêu cầu đeo kính (*Visual aid required)* Có *(Yes)* □ Không (No **)** □

Nêu rõ những hạn chế (*ví dụ: Vị trí đặc biệt, khu vực hoạt động của tầu*) (Describe restriction (e.g., specific position, trade area of

N**gày hết hạn của giấy khám sức khoẻ**
(Ngày ...../ ...../ 20.....

(Medical certificate's date of expiration (day/month/year)

Ngày khám (*Date of examination*):
...../..... / 20.....

CHỮ KÝ CỦA BÁC SĨ KẾT LUẬN

(Sign, full name, seal of authorized physician)

6 – Thủ tục Cấp Giấy chứng nhận sức khỏe cho thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam đủ tiêu chuẩn sức khỏe theo quy định tại Phụ lục số I nhưng mắc một hoặc một số bệnh, tật quy định tại Phụ lục số II

- Trình tự thực hiện:

Bước 1. Thuyền viên khám sức khỏe đến cơ sở Khám chữa bệnh đủ điều kiện khám sức khoẻ thuyền viên theo qui định, nộp Giấy khám sức khỏe theo mẫu quy định tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế; Cung cấp đầy đủ, chính xác, trung thực các thông tin cá nhân, tình trạng sức khỏe hiện tại, tiền sử bệnh tật của bản thân và gia đình trong phần tiền sử của đối tượng khám sức khỏe (theo mẫu giấy khám sức khỏe cho thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam).

Bước 2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đối chiếu ảnh trong giấy khám sức khỏe thuyền viên với người đến khám sức khỏe thuyền viên; Đóng dấu giáp lai vào ảnh sau khi đã thực hiện việc đối chiếu ảnh và hướng dẫn quy trình khám sức khỏe cho đối tượng khám sức khỏe thuyền viên theo các nội dung ghi trong Phụ lục IV.

Bước 3. Kết luận, trả giấy khám sức khoẻ thuyền viên theo quy định tại khoản 1, khoản 2, khoản 4 Điều 8 Thông tư số 14/2013/TT-BYT.

Bước 4. Đối tượng khám sức khỏe có Giấy cam kết tự nguyện đi làm việc trên tàu biển theo mẫu quy định

Bước 5. Chủ tàu có văn bản đề nghị.

Bước 6. Cấp Giấy chứng nhận sức khỏe theo quy định tại điểm b, khoản 4, Điều 2 Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017.

- Cách thức thực hiện: Đến trực tiếp tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

1.Thành phần hồ sơ bao gồm :

- Giấy Khám sức khỏe thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam;

- Văn bản đề nghị của chủ tàu;

- Giấy cam kết tự nguyện đi làm việc trên tàu biển theo mẫu quy định.

2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ

- Thời hạn giải quyết:

1. Đối với trường hợp khám sức khỏe thuyền viên đơn lẻ: cơ sở khám sức khỏe thuyền viên trả Giấy khám sức khỏe thuyền viên, Sổ khám sức khỏe thuyền viên định kỳ cho người được khám sức khỏe thuyền viên trong vòng 24 (hai mươi tư) giờ kể từ khi kết thúc việc khám sức khỏe thuyền viên, trừ những trường hợp phải khám hoặc xét nghiệm bổ sung theo yêu cầu của người thực hiện khám sức khỏe thuyền viên;

2. Đối với trường hợp khám sức khỏe thuyền viên tập thể theo hợp đồng: cơ sở khám sức khỏe thuyền viên trả Giấy khám sức khỏe thuyền viên, Sổ khám sức khỏe thuyền viên định kỳ cho người được khám sức khỏe thuyền viên theo thỏa thuận đã ghi trong hợp đồng.

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Tổ chức, Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Các cơ sở khám chữa bệnh

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Giấy chứng nhận sức khỏe thuyền viên

- Lệ phí: Không

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

- Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế: Mẫu giấy khám sức khỏe thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam;

- Phụ lục VI ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế: Mẫu Giấy cam kết tự nguyện làm việc trên tàu.

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính:

- Sức khỏe đủ tiêu chuẩn quy định tại Phụ lục I nhưng mắc một số bệnh quy định tại Phụ lục II;

- Văn bản đề nghị của chủ tàu;

- Giấy cam kết tự nguyện đi làm việc trên tàu biển theo mẫu quy định.

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật hàng hải Việt Nam số 95/2015/QH13 ngày 25 tháng 11 năm 2015;

2. Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế về Hướng dẫn khám sức khỏe.

3. Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4.Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế quy định tiêu chuẩn sức khỏe của thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam và công bố cơ sở khám sức khoẻ cho thuyền viên.

Phụ lục số IV

Mẫu Giấy khám sức khoẻ thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam

(Ban hành kèm theo Thông tư số 22 /2017/TT-BYT ngày 12 tháng 5 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Ảnh màu **PICTURE**	BỘ Y TẾ **BỆNH VIỆN**..... MINISTRY OF HEALTH	**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **~~Độc lập - Tự do - Hạnh~~ phúc**

No:

GIẤY KHÁM SỨC KHOẺ

(Medical examination)

Họ và tên *(Name (last, first, middle)*:..... Giới *(Sex)*: Nam *(male)*: □, Nữ *(female)*: □

Ngày tháng năm sinh (*Date of birth* (*day/month/year*):...../...../...../.....; Quốc tịch *(Nationality)*:.....

Số hộ chiếu hoặc chứng minh thư nhân dân (*Passport No./ID Book No)*:.....

Địa chỉ thường trú (*Permanent* a*ddress*) : …….....

Học sinh □; Thuyền viên □; Chức danh trên tàu (*Position on the ship)*:.....

Tên và địa chỉ của Trường hoặc của Chủ tầu/Doanh nghiệp (*Name and Address of school or Shipowner*):.....

……
…….....

Khu vực hoạt động của tầu (tuyến biển trong nước, quốc tế (*Trade area (e.g., coastal, worldwide)*:.....

Lý do khám sức khỏe (*purposse of health's examination*): Khám khi tuyển dụng (*Pre-sea*) □; Khám định kỳ (*Periodic*) □; Khám khác (*Other*) □

TIỀN SỬ SỨC KHOẺ *(Examinee's Medical History)*

(Assistance should be offered by medical staff)

Bạn có bất kỳ vấn đề gì sau đây có liên quan đến sức khoẻ không ***?*** *(Have you ever had any of the following conditions?)*

Medical History	**Yes**	**No**	**Medical History**	**Yes**	**No**
01. Bệnh mắt (*Eye disease)*	☐	☐	.10. Bệnh truyền nhiễm (*Contagious diseases*)	☐	☐
02. Bệnh tai, mũi, họng *(Ear/ nose/ throat diseases)*	☐	☐	11. Các rối loạn sinh dục (*Genital disorders*)	☐	☐
03. Bệnh tim mạch *(Cardio-vascular diseases)*	☐	☐	.12. Điều trị ngoại khoa (*Surgical treatments*)	☐	☐
04. Bệnh cơ quan hô hấp (*Respiratory diseases*)	☐	☐	13. Mất ngủ (*Sleep problem*)	☐	☐
05. Bệnh máu *(Blood disorder)*	☐	☐	14. Nghiện rượu, ma tuý? (*Drug or alcohol abuse*)	☐	☐
06. Bệnh hệ nội tiết (*Disease of Endocrine system)*	☐	☐	15. Chóng mặt/ngất (*Dizziness/ fainting*)	☐	☐
07. Bệnh tiểu đường *(Diabetes)*	☐	☐	16. Mất ý thức *(Loss of consciousness*)	☐	☐
08. Bệnh thận –tiết niệu *(Urolorical diseases)*	☐	☐	17. Rối loạn tâm thần (*Neuro-Psychological Disorder*)	☐	☐
09. Bệnh ngoài da *(Skin problem)*	☐	☐	18. Rối loạn vận động (*Disorder of mobility*)		

Nếu trả lời "có" bất kỳ một câu hỏi nào ở trên, đề nghị mô tả chi tiết *(If any of the above questions were answered "yes", please give details)***:**

.....

.....

.....

19. Bạn có cảm thấy thật sự khoẻ mạnh và đủ khả năng để tham gia vào các nhiệm vụ được giao? *(Do you feel healthy and fit to perform the duties of your designated position/ occupation?)* □ □

20. Bạn có bị dị ứng với bất kỳ loại thuốc nào không? *(Are you allergic to any medications?)* □ □

Nếu có, xin hãy ghi danh mục các loại thuốc đó, cả về lý do dung thuốc và liều lượng *(If yes, please list the medications taken and the purpose(s) and dosage(s):*.....

- Chứng nhận chủng vacxin *(Vaccination status recorded)*: □ Yes □ No

Tôi xin cam đoan rằng những điều đã khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết cuả tôi *(I hereby certify that the personal declaration above is a true statement to the best of my knowledge.)*

Chữ ký của người khai *(Signature of examinee)*.....

PHẦN KHÁM

Thể lực: - Chiều cao *(Height)*:.....(cm); - Cân nặng *(Weight)*:..... (kg); - Vòng ngực trung bình *(mean chest circle)*: ……cm

- Chỉ số BMI (*BMI index*): …....; - Lực bóp tay thuận (*pressed force of favourable hand*): …….(kg) ; Lực kéo thân *(pulled force of body)*: ……. kg

- Lực bóp tay không thuận *(pressed force of unfavourable hand)*: ……. (kg); **B¸c sü kh¸m ký***(Doctor):*: .....

Mạch, huyết áp *(Pulse & Blood pressure)***:** - Tần số mạch *(Pulse rate)*: ..... / *(per minute);* - Nhịp tim *(Rhythm)*: .....

- Huyết áp tâm thu *(Systolic)*: .....(mm Hg); - Huyết áp tâm trương *(Diastolic)*: .....(mm Hg); **B¸c sü kh¸m ký***(Doctor):*: .....

Khám lâm sàng	**Kết quả**	**BS ký**	**Clinical Examination**	**Results**	**BS ký**
Hệ tim mạch *(Cardio-vascular system)*			Hệ cơ, xương, khớp *(Musculoskeletal system and systemic connective tissues)*		
Hệ hô hấp *(Respiratory system)*			Hệ thần kinh *(Neurologic system)*		
Hệ tiết niệu-sinh dục *(Urinogenital system)*			Rối loạn hành vi và tâm thần *(Mental and behavioural disorders)*		
Hệ tiêu hoá *(Digestive system)*			Các bệnh ngoại khoa *(Surgical diseases)*		
Gan-mật *(Bile-Liver)*			Tai, mũi, họng *(Ear, nose, throat)*		
Hệ nội tiết , dinh dưỡng và chuyển hoá *(Endocrine, nutritional and*			Miệng/Răng *(Mouth / teeth)*		

metabolic system)					
Máu và cơ quan tạo máu *(Blood and bloodforming organs)*			Mắt *(Eyes)*		
Da và tổ chức dưới *da (Skin and subcutaneous tissue)*			Bệnh khác *(Other diseases)*		

Thị giác *(Sight*): Thị lực *(Visual acuity)*
Thị trường (*Visual fields*)

	Không kính *(Unaided)*			Có kính *(Aided)*		
	Mắt phải *(Right eye)*	Mắt Trái *(Left eye)*	Hai mắt *(Binocular)*	Mắt phải *(Right eye)*	Mắt trái *(Left eye)*	Hai mắt *(Binocular)*
Xa *(Distant) (5m)*						
Gần *(Near)*						

	Bình thường *(Normal)*	Hạn chế *(Defective)*
Mắt phải *(Right eye)*		

Thị giác mầu *(Colour vision*): Không thử *(Not tested*) □ Bình thường *(Normal)* □ Mù mầu *(Doubtful)* □ Hạn chế *(Defective)* □

B¸c sü kh¸m ký*(Doctor)*:: .....

Thính giác *(Hearing*)**:** Thử âm đơn giản và đo sức nghe *(đơn vị đo là dB)*
Thử bằng nói thường và nói thầm

Pure tone and audio metry (threshold values in dB)
whisper test (meters)

	5	4,0	2,0	3,0	4,0	6,0

	Nói thường *(Normal)*	Nói thầm *(Whisper)*
Tai phải *(R.Ear)*		
Tai trái *(L. Ear)*		

	00 Hz	00 Hz	00 Hz	00 Hz	00 Hz	00 Hz
Tai phải (*R. Ear*)						
Tai trái (*L. Ear*)						

B¸c sü kh¸m ký*(Doctor):*: .....

- XN Máu:	***Blood test***	***Kết quả (Result)***	***Blood test:***	***Kết quả (****Result****)***
Nhóm máu *(Blood Group):* …….. ...	Số lượng hồng cầu/ *Erythrocyte* Hemoglobin (G/l) Tiểu cầu /*Thrombocyte*/ (G/l)	....	Leucocyte (Số lượng bạch cầu) Leucocyte formula (công thức BC) Howell's time (thời gian Howell)	....

Glycemia: .....; **Blood lipid**: Cholesterol: .....; Triglycerid: .....; HDL: ….....; LDL: …….....; ….....…….....

RPR: [ ]; TPHA: .....[ ]; HBsAg*:* [ ]; HBeAg*:* [ ]*;* HCVAb*:* [ ]; HAVAb*:* [ ]; HIV: [ ] ; Other:.....

Nồng độ alcohol máu *(alcohol test*): ….. - Nước tiểu *(Urinalysis)*: Narcotic: [ ]; Amphetamine:.[ ]; Đường *(Glucose*):..... ; Protein: .....;Other:.....

B¸c sü XN ký*(Doctor):*: .....

- Kết quả chụp X.Quang *(result of chest X-ray)* ..... **B¸c sü XQ ký***(Doctor):*: .....

- Kết quả điện tim (*ECG)*: .....**B¸c sü ký***(Doctor):*: .....; Chức năng hô hấp *(Respiratory function*):..... **B¸c sü ký***(Doctor):*: .....

- Kết quả Siêu âm ổ bụng *(Results of abdominal ultrsound)*: .... **B¸c sü SA ký***(Doctor):*: .....

- Thử nghiệm thần kinh - tâm lý (*Neuro-Psychological test*): ....

- Khả năng chịu sóng (*seawave withstand capacity):* Tốt *(good* □ ; Trung bình (*Average)* □ ; Kém *(Bad)* □ **B¸c sü kh¸m ký***(Doctor):*: .....

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE VÀ KHẢ NĂNG LÀM VIỆC TRÊN BIỂN *(Assessment of fitness for studying and service at sea):*

Căn cứ vào tiền sử, kết quả khám lâm sàng và xét nghiệm, kết luận tình trạng sức khỏe của học sinh/thuyền viên như sau *(On the basis of the examinee's personal declaration, my clinical examination and the diagnostic test results recorded above, I declare the examinee medically):*

☐ ***Đủ sức khỏe học tập/làm việc*** *(Fit for look-out duty)* ☐ ***Không đủ sức khỏe học tập/làm việc*** *(N for look-out duty)*

Không hạn chế *(Without restriction)* ☐ Có hạn chế *(With restriction)* ☐**;** Yêu cầu đeo kính (*Visual aid required)* Có *(Yes)* ☐ Không (No **)** ☐

Nêu rõ những hạn chế (*ví dụ: Vị trí đặc biệt, khu vực hoạt động của tầu*) (Describe restriction (e.g., specific position, trade area of

N**gày hết hạn của giấy khám sức khoẻ** (Ngày ...../ ...../ 20.....

(Medical certificate's date of expiration (day/month/year)

Ngày khám (*Date of examination*): ...../..... / 20.....

CHỮ KÝ CỦA BÁC SĨ KẾT LUẬN

(Sign, full name, seal of authorized physician)

7 - Khám sức khoẻ định kỳ đối với thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam

- Trình tự thực hiện:

Bước 1. Các cá nhân, đơn vị có nhu cầu khám sức khỏe định kỳ đối với thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam đến các cơ sở khám sức khỏe thuyền viên để tổ chức khám sức khỏe.

Bước 2. Khi cơ sở khám sức khỏe thuyền viên triển khai khám chữa bệnh định kỳ theo hợp đồng, các cơ sở đã ký hợp đồng cần xuất trình Hồ sơ sức khỏe thuyền viên

(Đối với khám sức khỏe tập trung). Đối với trường hợp khám sức khỏe đơn lẻ: Đối tượng khám sức khỏe cần xuất trình thêm giấy giới thiệu của cơ quan, tổ chức đề nghị khám sức khoẻ định kỳ của thuyền viên.

Bước 3. Cơ sở khám sức khỏe thuyền viên căn cứ vào Hợp đồng khám sức khỏe định kỳ đối với thuyền viên và thực hiện khám sức khỏe thuyền viên theo các nội dung ghi trong Phụ lục III.

Bước 4. Kết luận và trả Hồ sơ khám sức khoẻ định kỳ.

- Cách thức thực hiện: Đến trực tiếp tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

1.Thành phần hồ sơ bao gồm :

- Sổ khám sức khỏe định kỳ của thuyền viên theo mẫu quy định Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế

- Giấy giới thiệu của cơ quan, tổ chức nơi người đó đang làm việc đối với trường hợp khám sức khỏe định kỳ đơn lẻ hoặc có tên trong danh sách khám sức khỏe định kỳ do cơ quan, tổ chức nơi người đó đang làm việc xác nhận để thực hiện khám sức khỏe định kỳ theo hợp đồng.

2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ

- Thời hạn giải quyết: Theo thỏa thuận trong hợp đồng

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Tổ chức, Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Sổ khám sức khoẻ định kỳ thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam.

- Lệ phí: Theo hợp đồng ký kết

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế: Mẫu sổ khám sức khỏe định kỳ thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam.

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không có

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật hàng hải Việt Nam số 95/2015/QH13 ngày 25 tháng 11 năm 2015;

2. Căn cứ Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế về Hướng dẫn khám sức khỏe.

3. Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4.Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế quy định tiêu chuẩn sức khỏe của thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam và công bố cơ sở khám sức khoẻ cho thuyền viên.

Phụ lục số III

Mẫu Sổ khám sức khoẻ định kỳ thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam

(Ban hành kèm theo Thông tư số 22 /2017/TT-BYT ngày 12 tháng 5 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Ảnh mầu *Picture* *(3x4cm)*	BỘ Y TẾ **BỆNH VIỆN**..... MINISTRY OF HEALTH	**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

No:

SỔ KHÁM SỨC KHOẺ ĐỊNH KỲ

(Medical examination)

Họ và tên *(Name (last, first, middle)*:.....

Giới *(Sex)*: Nam *(male)*: □ , Nữ *(female)*: □

Ngày tháng năm sinh (*Date of birth* (*day/month/year*):...../...../...../.....;

Quốc tịch *(Nationality)*:.....

Số hộ chiếu hoặc chứng minh thư nhân dân (*Passport No./Discharge Book No)*:.....

Địa chỉ thường trú (*Address*) : …….....…….

Chức danh trên tàu (*Position on the ship)*:.....

Tên và địa chỉ của Chủ tầu/Doanh nghiệp (*Name and Address of Shipowner*):.....

Khu vực hoạt động của tầu (tuyến biển trong nước, quốc tế (*Trade area (e.g., coastal, worldwide)*:…….

Lý do khám sức khỏe (*purposse of health's examination*): Khám định kỳ (*Periodic*) □; Khám khác (*Other*) □

Tên bệnh	Phát hiện năm
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Tôi xin cam đoan rằng những điều đã khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết cuả tôi *(I hereby certify that the personal declaration above is a true statement to the best of my knowledge.)*

Chữ ký của người khai *(Signature of examinee)*.....

PHẦN KHÁM

Thể lực: - Chiều cao *(Height)*:.....(cm); - Cân nặng *(Weight)*:..... (kg); - Vòng ngực trung bình *(mean chest circle)*: ……..cm

- Chỉ số BMI (*BMI index*): …....; - Lực bóp tay thuận (*pressed force of favourable hand*): …….(kg) ; Lực kéo thân *(pulled force of body)*: ……. kg

- Lực bóp tay không thuận *(pressed force of unfavourable hand)*: ……. (kg); **B¸c sü kh¸m ký***(Doctor):*: .....

Mạch, huyết áp *(Pulse & Blood pressure)***:** - Tần số mạch *(Pulse rate)*: ..... / *(per minute);* - Nhịp tim *(Rhythm)*: .....

- Huyết áp tâm thu *(Systolic)*: .....(mm Hg); - Huyết áp tâm trương *(Diastolic)*: .....(mm Hg); **B¸c sü kh¸m ký***(Doctor):*: .....

Khám lâm sàng	**Kết quả**	**BS ký**	**Clinical Examination**	**Results**	**BS ký**
Hệ tim mạch *(Cardio-vascular system)*			Hệ cơ, xương, khớp *(Musculoskeletal system and systemic connective tissues)*		
Hệ hô hấp *(Respiratory system)*			Hệ thần kinh *(Neurologic system)*		
Hệ tiết niệu-sinh dục *(Urinogenital system)*			Rối loạn hành vi và tâm thần *(Mental and behavioural disorders)*		
Hệ tiêu hoá *(Digestive system)*			Các bệnh ngoại khoa *(Surgical diseases)*		
Gan-mật *(Bile-Liver)*			Tai, mũi, họng *(Ear, nose, throat)*		
Hệ nội tiết , dinh dưỡng và chuyển hoá *(Endocrine, nutritional and metabolic system)*			Miệng/Răng *(Mouth / teeth)*		
Máu và cơ quan tạo máu *(Blood and bloodforming organs)*			Mắt *(Eyes)*		

Da và tổ chức dưới *da (Skin and subcutaneous tissue)*			Bệnh khác *(Other diseases)*		

Thị giác *(Sight*): Thị lực *(Visual acuity)*

Thị trường (*Visual fields*)

	Bình thường *(Normal)*	Hạn chế *(Defective)*
Mắt phải *(Right*		

	Không kính *(Unaided)*			Có kính *(Aided)*		
	Mắt phải *(Right eye)*	Mắt Trái *(Left eye)*	Hai mắt *(Binocular)*	Mắt phải *(Right eye)*	Mắt trái *(Left eye)*	Hai mắt *(Binocular)*
Xa *(Distant) (5m)*						
Gần *(Near)*						

Thị giác mầu *(Colour vision*): Không thử *(Not tested*) □ Bình thường *(Normal)* □ Mù mầu *(Doubtful)* □ Hạn chế *(Defective)* □

B¸c sü kh¸m ký*(Doctor)*:: .....

Thính giác *(Hearing*)**:** Thử âm đơn giản và đo sức nghe *(đơn vị đo là dB)*
Thử bằng nói thường và nói thầm

Pure tone and audio metry (threshold values in dB)
whisper test (meters)

	Nói thường *(Normal)*	Nói thầm *(Whisper)*
Tai phải *(R.Ear)*		
Tai		

	500 Hz	4,000 Hz	2,000 Hz	3,000 Hz	4,000 Hz	6,000 Hz
Tai phải (*R. Ear*)						
Tai trái (*L. Ear*)						

B¸c sü kh¸m ký*(Doctor)*:: .....

- XN Máu:	***Blood test***	***Kết quả (Result)***	***Blood test:***	***Kết quả (Result)***
Nhóm máu *(Blood Group):* …… ...	Số lượng hồng cầu/ *Erythrocyte* Hemoglobin (G/l) Tiểu cầu /*Thrombocyte*/ (G/l)	....	Leucocyte (Số lượng bạch cầu) Leucocyte formula (công thức BC) Howell's time (thời gian Howell)	....

Glycemia: .....; **Blood lipid**: Cholesterol: .....; Triglycerid: .....; HDL: ….....; LDL: …….....; ….....…….....

RPR: [ ]; TPHA: .....[ ]; HBsAg*:* [ ]; HBeAg*:* [ ]*;* HCVAb*:* [ ]; HAVAb*:* [ ]; HIV: [ ] ; Other:.....

Nồng độ alcohol máu *(alcohol test*): ….. - Nước tiểu *(Urinalysis)*: Narcotic: [ ]; Amphetamine:.[ ]; Đường *(Glucose*):..... ; Protein: .....;Other:.....

B¸c sü XN ký*(Doctor):*: .....

- Kết quả chụp X.Quang *(result of chest X-ray)* ..... **B¸c sü XQ ký***(Doctor):*: .....

- Kết quả điện tim (*ECG)*: .....**B¸c sü ký***(Doctor):*: .....; Chức năng hô hấp *(Respiratory function*):.....**B¸c sü ký***(Doctor):*: .....

- Kết quả Siêu âm ổ bụng *(Results of abdominal ultrsound)*: ....**B¸c sü SA ký***(Doctor):*: .....

- Thử nghiệm thần kinh - tâm lý (*Neuro-Psychological test*): ....

- Khả năng chịu sóng (*seawave withstand capacity):* Tốt *(good* □ ; Trung bình (*Average)* □ ; Kém *(Bad)* □ **B¸c sü kh¸m ký***(Doctor):*: .....

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE VÀ KHẢ NĂNG LÀM VIỆC TRÊN BIỂN *(Assessment of fitness for studying and service at sea):*

Căn cứ vào tiền sử, kết quả khám lâm sàng và xét nghiệm, kết luận tình trạng sức khỏe của học sinh/thuyền viên như sau *(On the basis of the examinee's personal declaration, my clinical examination and the diagnostic test results recorded above, I declare the examinee medically):*

☐ ***Đủ sức khỏe học tập/làm việc*** *(Fit for look-out duty)* ☐ ***Không đủ sức khỏe học tập/làm việc*** *(Not fit for look-out duty)*

Không hạn chế *(Without restriction)* ☐ Có hạn chế *(With restriction)* ☐**;** Yêu cầu đeo kính (*Visual aid required)* Có *(Yes)* ☐ Không (No **)** ☐

Nêu rõ những hạn chế (*ví dụ: Vị trí đặc biệt, khu vực hoạt động của tầu*) (Describe restriction (e.g., specific position, trade area of

N**gày hết hạn của giấy khám sức khoẻ** (Ngày ...../ ...../ 20.....

(Medical certificate's date of expiration (day/month/year)

Ngày khám (*Date of examination*): ...../..... / 20.....

CHỮ KÝ CỦA BÁC SĨ KẾT LUẬN

(Sign, full name, seal of authorized physician)

8 - Công bố cơ sở đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam

- Trình tự thực hiện:

Bước 1: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi hồ sơ công bố đủ điều kiện khám sức khỏe lần đầu đến cơ quan quản lý nhà nước về y tế;

a) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc Bộ Y tế: Hồ sơ gửi về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế;

b) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Công an: hồ sơ gửi về Cục Y tế - Bộ Công an; đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Giao thông vận tải: hồ sơ gửi về Cục Y tế Giao thông vận tải - Bộ Giao thông vận tải;

c) Đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc thẩm quyền quản lý của Sở Y tế: Hồ sơ gửi về Sở Y tê

Bước 2: Cơ quan quản lý nhà nước về y tế gửi cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công bố đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe cấp Phiếu tiếp nhận hồ sơ.

Bước 3: Trong sau 15 ngày làm việc, cơ quan tiếp nhận hồ sơ:

-Trường hợp hồ sơ chưa hợp lệ thì cơ quan tiếp nhận hồ sơ phải có văn bản gửi cho cơ sở công bố đủ điều kiện đề nghị bổ sung, hoàn thiện hồ sơ. Thời gian giải quyết thủ tục sẽ tính từ ngày nhận đủ hồ sơ bổ sung.

- Trường hợp hồ sơ đã đầy đủ và hợp lệ, kể từ ngày nhận được Phiếu tiếp nhận hồ sơ, cơ sở công bố đủ điều kiện được triển khai hoạt động khám sức khỏe theo đúng phạm vi chuyên môn đã công bố.

- Cách thức thực hiện:

Nộp hồ sơ trực tiếp tại cơ quan quản lý nhà nước về y tế như sau:

a) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc Bộ Y tế: Hồ sơ gửi về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế;

b) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Công an: hồ sơ gửi về Cục Y tế - Bộ Công an; đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Giao thông vận tải: hồ sơ gửi về Cục Y tế Giao thông vận tải - Bộ Giao thông vận tải;

c) Đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc thẩm quyền quản lý của Sở Y tế: Hồ sơ gửi về Sở Y tê

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

***1.Thành phần hồ sơ**:*

a) Văn bản công bố đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe theo Mẫu 01 Phụ lục X ban hành kèm theo Nghị định 109/2016/NĐ-CP;

b) Bản sao hợp lệ giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở;

c) Danh sách người tham gia khám sức khỏe theo Mẫu 02 Phụ lục X ban hành kèm theo Nghị định 109/2016/NĐ-CP;

d) Bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị y tế, tổ chức và nhân sự của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu 02 Phụ lục XI ban hành kèm theo Nghị định 109/2016/NĐ-CP;

e) Bản sao hợp lệ danh mục chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

f) Bản sao hợp lệ hợp đồng hỗ trợ chuyên môn của bệnh viện (nếu có).

2. Số lượng hồ sơ: **01**

- Thời hạn giải quyết: Trong thời hạn 15 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ.

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Tổ chức

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Cục Quản lý Khám, chữa bệnh (Bộ Y tế), Cục Y tế Giao thông vận tải (Bộ Giao thông vận tải), Cục Y tế (Bộ Công an), Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện được triển khai hoạt động khám sức khỏe theo đúng phạm vi chuyên môn đã công bố

- Lệ phí: Không có

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

1. Mẫu 01 Phụ lục X ban hành kèm theo Nghị định 109/2016/NĐ-CP: Văn bản công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe.

2. Mẫu 02 Phụ lục X ban hành kèm theo Nghị định 109/2016/NĐ-CP: Danh sách người thực hiện khám sức khỏe.

3. Mẫu 02 Phụ lục XI ban hành kèm theo Nghị định 109/2016/NĐ-CP: Bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị y tế, tổ chức và nhân sự của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính:

Điều 3. Yêu cầu đối với cơ sở khám sức khỏe cho thuyền viên

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện khám sức khỏe cho thuyền viên phải đáp ứng đủ quy định tại khoản 6 Điều 23 Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (sau đây viết tắt là Nghị định số 109/2016/NĐ-CP) và các yêu cầu sau đây:

1. Đáp ứng các yêu cầu về cơ sở vật chất, trang thiết bị theo quy định tại Phụ lục số VII ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT.

2. Bác sỹ thực hiện khám sức khỏe và người kết luận kết quả khám sức khỏe phải có chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và có chứng chỉ đào tạo về y học biển.

Người ký kết luận khám sức khỏe phải có ngoại ngữ tiếng Anh trình độ B trở lên (đọc và hiểu Giấy chứng nhận sức khỏe thuyền viên bằng tiếng Anh).

3. Có phạm vi hoạt động chuyên môn phù hợp để khám, phát hiện được các tình trạng bệnh, tật theo Bảng tiêu chuẩn sức khỏe của thuyền viên quy định tại Điều 4 Thông tư số 22/2017/TT-BYT.

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật hàng hải Việt Nam số 95/2015/QH13 ngày 25 tháng 11 năm 2015;

2. Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế về Hướng dẫn khám sức khỏe.

3. Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4.Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế quy định tiêu chuẩn sức khỏe của thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam và công bố cơ sở khám sức khoẻ cho thuyền viên.

Mẫu 01

.....[29].....	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
.....[30].....	**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**
Số: /VBCB-....[31].....	.....[32]....., *ngày..... tháng.....năm 20.....*

[29] Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe
[30] Tên của cơ sở khám sức khỏe
[31] Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe
[32] Địa danh.

VĂN BẢN CÔNG BỐ

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe

Kính gửi: .....[33].....

Tên cơ sở nộp hồ sơ:.....

Địa điểm: .....[34] .....

Điện thoại: ..... Email (nếu có): .....

Công bố đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe và gửi kèm theo văn bản này 01 bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau đây: [35]

1. Bản sao hợp lệ Giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ☐
2. Danh sách người tham gia khám sức khỏe ☐
3. Bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị y tế, tổ chức và nhân sự của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ☐
4. Báo cáo về phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở KSK ☐
5. Các hợp đồng hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật hợp pháp đối với trường hợp quy định tại khoản 3 Điều 11 Thông tư này. ☐

GIÁM ĐỐC

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

Mẫu 02

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

DANH SÁCH NGƯỜI THỰC HIỆN KHÁM SỨC KHỎE

[33] Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ quy định tại Khoản 4 Điều 45 Nghị định số ……/2016/NĐ-CP ngày….. tháng…… năm 2016

[34] Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

[35] Đánh dấu X vào ô vuông tương ứng với những giấy tờ có trong hồ sơ.

1. Tên cơ sở khám sức khỏe: .....

2. Địa chỉ: .....

3. Thời gian hoạt động của cơ sở khám sức khỏe: [36].....

4. Danh sách người thực hiện khám sức khỏe:

STT	Họ và tên	Số chứng chỉ hành nghề	Phạm vi hoạt động chuyên môn	Vị trí chuyên môn[37]
1				
2				
…				

……[38]…, ngày…… tháng ….. năm…..

Người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám sức khỏe

(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)

Mẫu 02

BẢN KÊ KHAI CƠ SỞ VẬT CHẤT, THIẾT BỊ Y TẾ, TỔ CHỨC VÀ NHÂN SỰ CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

I. THÔNG TIN CHUNG:

1. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

2. Địa chỉ:

Điện thoại: …… Số Fax: ……..Email:…….....

3. Quy mô: ….. giường bệnh

II. TỔ CHỨC:

1. Hình thức tổ chức[39]:

2. Cơ cấu tổ chức[40]:

[36] Ghi rõ từ mấy giờ đến mấy giờ trong ngày và mấy ngày trong tuần.
[37] Ghi cụ thể chức danh, vị trí chuyên môn được phân công đảm nhiệm.
[38] Địa danh.
[39] Ghi cụ thể tên hình thức tổ chức theo quy định tại Điều 22 Nghị định số ……/2016/NĐ-CP ngày….. tháng…… năm 2016

III. NHÂN SỰ:

1. Danh sách trưởng khoa, phụ trách phòng, bộ phận chuyên môn:

STT	Họ và tên	Số chứng chỉ hành nghề đã được cấp	Phạm vi hoạt động chuyên môn	Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)	Tên khoa, phòng, bộ phận chuyên môn	Vị trí, chức danh được bổ nhiệm
1						
2						
…						

2. Danh sách người hành nghề:

STT	Họ và tên	Số chứng chỉ hành nghề đã được cấp	Phạm vi hoạt động chuyên môn	Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)	Vị trí chuyên môn
1					
2					
…					

3. Danh sách người làm việc:

STT	Họ và tên	Văn bằng chuyên môn	Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)	Vị trí làm việc[41]
1				
2				
…				

[40] Ghi rõ tên các khoa (khoa lâm sàng, khoa cận lâm sàng), phòng, bộ phận chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

[41] Ghi cụ thể chức danh, vị trí làm việc được phân công đảm nhiệm.

IV. THIẾT BỊ Y TẾ:

STT	Tên thiết bị	Ký hiệu (MODEL)	Hãng sản xuất	Xuất xứ	Năm sản xuất	Số lượng	Tình trạng sử dụng (%)	Ghi chú
1								
2								
3								

V. CƠ SỞ VẬT CHẤT:

1. Tổng diện tích mặt bằng:

2. Tổng diện tích xây dựng:…….diện tích ……m^2/giường bệnh

3. Kết cấu xây dựng nhà:

4. Diện tích xây dựng trung bình cho 01 giường bệnh (đối với bệnh viện):

5. Diện tích các khoa, phòng, buồng kỹ thuật chuyên môn, xét nghiệm, buồng bệnh:

6. Bố trí các khoa/chuyên khoa, phòng (liệt kê cụ thể):

7. Các điều kiện vệ sinh môi trường:

a) Xử lý nước thải:

b) Xử lý rác y tế, rác sinh hoạt:

8. An toàn bức xạ:

9. Hệ thống phụ trợ:

a) Phòng cháy chữa cháy:

b) Khí y tế:

c) Máy phát điện:

d) Thông tin liên lạc:

10. Cơ sở vật chất khác (nếu có):

GIÁM ĐỐC

(Ký, đóng dấu, ghi rõ họ tên)

Phụ lục số I

BẢNG TIÊU CHUẨN SỨC KHOẺ CỦA THUYỀN VIÊN LÀM VIỆC TRÊN TÀU BIỂN VIỆT NAM

(Ban hành kèm theo Thông tư số 22 /2017/TT-BYT ngày 12 tháng 5 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I.TIÊU CHUẨN THỂ LỰC

Đối tượng khám **Chỉ tiêu**	**Thuyền viên (Khám tuyển – Định kỳ)**		**Học viên, sinh viên học nghề đi biển (Khám tuyển)**	
	Boong	*TV khác*	*Boong*	*TV khác*
- Chiều cao đứng (cm) (Tiêu chuẩn này không áp dụng đối với các đối tượng đã được tuyển dụng trước ngày ban hành bản Thông tư hướng dẫn này)	≥ 164	≥ 161	≥164	≥ 161
- Trọng lượng cơ thể (kg)	≥ 55	≥ 52	≥ 50	≥ 48
- Vòng ngực trung bình (cm)	≥ 50% *chiều cao đứng cho tất cả các đối tượng*			
- Chỉ số BMI	Từ 18,1 đến 25 *cho tất cả các đối tượng*			
- Lực bóp tay thuận (kg)	≥ 31	≥ 31	≥ 31	≥ 31
- Lực bóp tay không thuận (kg)	≥ 28	≥ 28	≥ 28	≥ 28
- Lực kéo thân (kg)	≥ 200% *trọng lượng cơ thể*			

II. TIÊU CHUẨN CHUYÊN KHOA

Đối tượng **Chỉ tiêu khám**	**Thuyền viên**	**Học viên, sinh viên học nghề đi biển** (Khám tuyển)
1. TIM MẠCH		
- Nhịp tim	60-80 lần/phút	60 - 80 lần/ phút
- Huyết áp tâm thu (Ps)	100 - 139 mmHg	100 - 130 mmHg

- Huyết áp tâm trương (Pd)	50 - 89 mmHg	50 - 80 mmHg
- Huyết áp hiệu số	≥ 30mmHg	≥ 40 mmHg
- Điện tâm đồ	Bình thường	Bình thường
Sau nghiệm pháp gắng sức (Martinet) (chỉ làm nghiệm pháp khi lâm sàng có biểu hiện của thiếu máu cơ tim).	Nhịp tim tăng ≤ 20 lần/ phút; Không có dấu hiệu thiếu máu cơ tim trên điện tâm đồ.	Nhịp tim tăng ≤ 20 lần/ phút; Không có dấu hiệu thiếu máu cơ tim trên điện tâm đồ.
2. HÔ HẤP		
- Tần số hô hấp	15 - 18 lần/phút	15 - 20 lần/phút
- Thăm dò chức năng hô hấp		
- Dung tích sống thở chậm (SVC) hoặc dung tích sống thở nhanh (FVC)	≥ 80 % SVC lý thuyết	≥ 80 % SVC lý thuyết
- Dự trữ chức năng hô hấp (RFRC)	≥ 80%	≥ 80%
- Chỉ số Tiffeneau hoặc Geansler	≥ 80%	≥ 80%
- Chụp phổi	Bình thường	Bình thường
3. TAI – MŨI – HỌNG		
- Đánh giá chức năng tiền đình	(Chỉ áp dụng với người nghỉ đi biển ≥ 2năm): Chịu đựng được nghiệm pháp thử nghiệm khả năng chịu sóng ở mức trung bình trở lên	Áp dụng bắt buộc đối với tất cả các đối tượng khám sức khoẻ khi tuyển dụng: Chịu đựng được nghiệm pháp thử nghiệm khả năng chịu sóng từ mức trung bình trở lên

- Tiêu chuẩn sức nghe và các rối loạn về tai *(theo STCW 78/2011 Section A-I/9, mục 2.2)*	Ngưỡng nghe trung bình đường khí (tính trung bình cộng trên bốn tần số 500Hz, 1000Hz, 2000Hz và 3000Hz), đo đơn âm, không đeo máy trợ thính, tai tốt không vượt quá 30dB, tai bệnh không vượt quá 40 dB, lần lượt tương đương nghe tiếng nói thầm 3m và 2m.	Ngưỡng nghe trung bình đường khí (tính trung bình cộng trên bốn tần số 500Hz, 1000Hz, 2000Hz và 3000Hz), đo đơn âm, không đeo máy trợ thính, tai tốt không vượt quá 30dB, tai bệnh không vượt quá 40 dB, lần lượt tương đương nghe tiếng nói thầm 3m và 2 m.
4. MẮT		
Chức năng mắt *(theo STCW 78/2011 Section A-I/9, mục 2.2; riêng thị giác màu khám lại sau 6 năm)*		
- Thị lực từng mắt + Không kính + Có kính	 ≥ 8/10 10/10	 10/10 10/10
- Thị lực 2 mắt	≥ 16/10	≥ 18/10
- Thị trường (đo bằng chu vi kế Landolt)	+ 90-95% phía thái dương	+ 90-95% phía thái dương
	+ 50-60% phía trên	+ 50-60% phía trên
	+ 60% phía mũi	+ 60% phía mũi
	+ 70% phía dưới	+ 70% phía dưới
- Nhãn áp	Trong giới hạn bình thường (Nếu đo bằng nhãn áp kế Madakov: 19,40 ± 5,00 mmHg)	Trong giới hạn bình thường (Nếu đo bằng nhãn áp kế Madakov: 19,40 ± 5,00 mmHg)
- Thị lực màu	Tiêu chuẩn thị lực màu CIE 1 hoặc 2	Tiêu chuẩn thị lực màu CIE 1 hoặc 2
5. THẦN KINH*(Tiêu chuẩn này chỉ áp dụng cho khám*		

tuyển lần đầu)				
- Test xác định loại hình thần kinh *(Test H.J EYSENCK)*	Ổn định	Ổn định	Ổn định	Ổn định
- Khả năng xử lý thông tin	≥0,5 bit/giây	≥ 0,3 bit/giây	≥ 0,5bit/ giây	≥ 0,3bit/giây
- Chỉ số thần kinh thực vật (chỉ số Kerdo)	Từ - 10 đến + 10		Từ - 10 đến + 10	
- Nghiệm pháp Mắt – Tim (chỉ làm khi có rối loạn hệ thần kinh thực vật)	Nhịp tim giảm ≤ 20 lần/ phút		Nhịp tim giảm ≤ 20 lần/ phút	
- Điện não đồ	Bình thường		Bình thường	
6. CƠ – XƯƠNG – KHỚP				
- Thân thể, cơ bắp	Phát triển cân đối		Phát triển cân đối	
- Hệ thống khớp-xương: Tầm hoạt động chủ động các khớp	Trong giới hạn bình thường		Trong giới hạn bình thường	
III. CẬN LÂM SÀNG				
1. XÉT NGHIỆM MÁU				
- Số lượng hồng cầu máu ngoại vi	≥ 3,7 T/lít		≥ 3, 7 T/lít	
- Hemoglobin	≥130 g/lít		≥ 130 g/lít	
- Số lượng bạch cầu máu ngoại vi	5 đến 9 G/lít		5 đến 9 G/lít	
- Nhóm máu hệ AOB				
- Thời gian máu chảy	BT		BT	
- Thời gian Howell	BT		BT	
- Công thức bạch cầu	BT		BT	
- Xét nghiệm HIV	Âm tính		Âm tính	
- RPR	Âm tính		Âm tính	
- Xét nghiệm chẩn đoán viêm gan virus: + HBsAg	Âm tính		Âm tính	

+ HCV Ab + HAV Ab	Âm tính Âm tính	Âm tính Âm tính
- Glucose máu	BT	BT
- SGOT; SGPT	< 40 U/L	<40 U/L
- Nồng độ Alcohol máu	Âm tính	Âm tính
- Các chỉ tiêu mỡ máu (Áp dụng cho khám sức khoẻ định kỳ với các thuyền viên ≥ 40 tuổi).	Trong giới hạn bình thường	Trong giới hạn bình thường
2. XÉT NGHIỆM NƯỚC TIỂU		
- Nước tiểu toàn bộ	Trong giới hạn bình thường	Trong giới hạn bình thường
- Xét nghiệm ma túy 4 thành phần (Morphin/Heroin, Amphetamin, Methamphetamin: Marijuana (cần sa):	Âm tính	Âm tính
3. XÉT NGHIỆM PHÂN*(Tiêu chuẩn này chỉ áp dụng đối với chức danh bếp, phục vụ viên).*		
- Trứng giun, sán	Âm tính	Âm tính
- Amip	Âm tính	Âm tính
4. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH		
Chụp X quang tim phổi thẳng: Các thăm dò chức năng, xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh khác: Chỉ thực hiện khi có chỉ định của bác sỹ khám sức khỏe: X.quang hoặc các kỹ thuật khác.	Bình thường	Bình thường

Phụ lục số II

DANH MỤC CÁC BỆNH, TẬT
KHÔNG ĐỦ ĐIỀU KIỆN LÀM VIỆC TRÊN TÀU BIỂN VIỆT NAM

(Ban hành kèm theo Thông tư số 22 /2017/TT-BYT ngày 12 tháng 5 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

(Ghi chú: Chữ viết tắt: KĐĐK: Không đủ điều kiện; XTTH: Xét từng trường hợp)

Số TT	Mã số bệnh theo (ICD X)	Tên bệnh và khuyết tật	Thuyền viên
I - BỆNH NHIỄM TRÙNG VÀ KÍ SINH TRÙNG			
1	A 06	Nhiễm Amib chưa điều trị khỏi	KĐĐK
2	A 15-19	Mắc bệnh Lao chưa điều trị hoặc điều trị chưa ổn định	KĐĐK
3	A 30	Phong đang điều trị và quản lý	KĐĐK
4			
5	A 53	Giang mai chưa điều trị khỏi	KĐĐK
6	A 54	Bệnh lậu chưa điều trị khỏi.	KĐĐK
7	B15-19	Bệnh viêm gan virus: *- Các thể ở giai đoạn cấp;*	KĐĐK
8		*- Viêm gan virus mạn tính*	KĐĐK
9		*- Người lành mang kháng nguyên HBsAg và HBeAg (+)*	KĐĐK
10	B20-24	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS)	KĐĐK
11	B35-B36	Bệnh nấm da các loại chưa điều trị khỏi	KĐĐK
12	B50-B53	Bệnh sốt rét chưa điều trị khỏi	KĐĐK
13	B07.8	Loạn sản thượng bì dạng hạt cơm	KĐĐK
14	B86	Bệnh ghẻ (Scabies)	KĐĐK

Số TT	Mã số bệnh theo (ICD X)	Tên bệnh và khuyết tật	Thuyền viên
II – BƯỚU TÂN SINH			
15	C 00 - 96	Ung thư các loại	KĐĐK
16	D 10-21	U lành vùng môi, miệng mặt, phần mềm, da ảnh hưởng tới thẩm mỹ, không ảnh hưởng tới chức năng	XTTH
III- BỆNH MÁU, CƠ QUAN TẠO MÁU VÀ CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN CƠ CHẾ MIỄN DỊCH			
17	D50-52	Các thiếu máu do thiếu sắt, B12, acid folic	XTTH
18	D55-56	Thiếu máu huyết tán	KĐĐK
19	D60-64	Suy tuỷ xương và các bệnh thiếu máu khác	KĐĐK
20	D65-68	Các loại rối loạn đông máu	KĐĐK
21	D 70	Thiếu hụt bạch cầu (Agranulocytose)	KĐĐK
22	D 73	Cường lách, lách to	KĐĐK
23	D 80	Hội chứng thiếu hụt miễn dịch	KĐĐK
IV- BỆNH NỘI TIẾT, DINH DƯỠNG VÀ CHUYỂN HOÁ			
24	E 02-03	Suy giáp mắc phải	KĐĐK
25	E 05	Cường giáp (Basedow)	KĐĐK
26	E 10-14	Đái tháo đường	XTTH
27	E 15-16	Các thể hạ đường huyết	KĐĐK
28	E 22	Cường tuyến yên	KĐĐK
29	E 23	Suy tuyến yên và các rối loạn khác	KĐĐK
30	E 24	Bệnh Cushing	KĐĐK
31	E 27-1	Bệnh Addison	KĐĐK
32	E 31	Rối loạn chức năng đa tuyến	KĐĐK
33	E 52	Pellagra	XTTH

Số TT	Mã số bệnh theo (ICD X)	Tên bệnh và khuyết tật	Thuyền viên
V- BỆNH RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI			
34	F 06	Các rối loạn tâm thần khác do tổn thương và rối loạn chức năng não và do bệnh.	KĐĐK
35	F 10	Loạn tâm thần do nghiện rượu	KĐĐK
36	F 11-14	Nghiện ma tuý	KĐĐK
37	F 16	Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất gây ảo giác.	KĐĐK
38	F 20-29	Tâm thần phân liệt các thể, các rối loạn loại phân liệt và các rối loạn hoang tưởng.	KĐĐK
39	F 30-39	Rối loạn khí sắc (cảm xúc)	KĐĐK
40	F 40-42	Các rối loạn lo âu, ám ảnh	KĐĐK
41	F 60-63	Các rối loạn nhân cách và hành vi ở người thành niên (như ám ảnh, hoang tưởng ...)	KĐĐK
42	F 91-5	Chứng nói lắp	XTTH
VI – BỆNH HỆ THẦN KINH			
43	G 11	Hội chứng tiểu não như mất điều phối, run hữu ý, giảm trương lực cơ, rung giật nhãn cầu, chóng mặt có hệ thống, rối loạn ngôn ngữ	KĐĐK
44	G 21	Hội chứng Parkinson	KĐĐK
45	G 24	Loạn trương lực cơ	KĐĐK
46	G 40-41	Động kinh các thể	KĐĐK
47	G 43	Chứng đau nửa đầu	KĐĐK
48	G 50	Liệt dây thần kinh sinh 3	XTTH
49	G 51	Liệt dây thần kinh mặt	XTTH
50	G 54	Bệnh rễ thần kinh và đám rối	KĐĐK

Số TT	Mã số bệnh theo (ICD X)	Tên bệnh và khuyết tật	Thuyền viên
51	G 57- 0	Viêm dây thần kinh toạ	KĐĐK
52	G 83.0	Liệt teo cơ ở 1 hoặc 2 tay	KĐĐK
53	G 83.1	Liệt teo cơ ở 1 hoặc 2 chân	KĐĐK

VII - BỆNH CỦA MẮT VÀ PHẦN PHỤ CỦA MẮT ẢNH HƯỞNG ĐẾN THỊ LỰC VÀ THỊ TRƯỜNG

54	H10	Viêm kết mạc dị ứng	KĐĐK
55	H 11	Mộng thịt từ độ III trở lên chưa mổ	KĐĐK
56		Mộng thịt độ III đã mổ, tái phát gây dính	KĐĐK
57	H 16	Loét giác mạc	KĐĐK
58	H 17	Sẹo và đục giác mạc	KĐĐK
59	H 18	Các bệnh về giác mạc khác	XTTH
60	H 25	Đục nhân mắt sau đã mổ đạt tiêu chuẩn thị lực (có điều chỉnh kính)	XTTH
61	H 30 - 36	Bong và tổn thương võng mạc	KĐĐK
62	H 43	Các bệnh về dịch kính (xuất huyết, co kéo…)	KĐĐK
63	H 40	Bệnh Glôcôm	KĐĐK
64	H 43	Viêm màng bồ đào	KĐĐK
65	H 46- 47	Teo gai thị, thoái hoá hoàng điểm hai mắt	KĐĐK
66	H 49	Lác mắt có ảnh hưởng đến thị trường và thị lực	KĐĐK
67	H 52. 0-1	Cận, viễn thị trên 6 D	KĐĐK
68	H 52 . 2	Loạn thị đã điều chỉnh bằng kính	XTTH
69	H 53. 2	Song thị	KĐĐK

Số TT	Mã số bệnh theo (ICD X)	Tên bệnh và khuyết tật	Thuyền viên
70	H 53.5	Rối loạn sắc giác	KĐĐK
71	H 53.6	Quáng gà	KĐĐK
72	H 55	Rung giật nhãn cầu	KĐĐK
73	A 71	Bệnh mắt hột có biến chứng, ảnh hưởng tới thị lực.	KĐĐK
74	H 02.4	Sụp mi	KĐĐK
75	H 58	Các bệnh chấn thương về mắt	XTTH

VIII - BỆNH TAI -MŨI – HỌNG

76	J 31	Trĩ mũi	XTTH
77	J 32	Viêm xoang hàm, xoang trán mạn tính có thoái hoá niêm mạc hoặc viêm đa xoang	XTTH
78	J 33	Polyp mũi chưa điều trị ổn định	KĐĐK
79	J 34	Dị dạng mũi họng gây rối loạn hô hấp và phát âm	KĐĐK
80	H 60	Viêm ống tai mạn tính gây chít hẹp ống tai	XTTH
81	H 70. 0-1	Viêm tai xương chũm cấp và mạn chưa điều trị khỏi	KĐĐK
82	H 67	Viêm tai giữa đang chảy mủ	KĐĐK
83	H 81	Hội chứng tiền đình (Ménière)	KĐĐK
84	H90	Điếc và giảm sức nghe: *Đo bằng máy >30 dBA*	XTTH
85	J 35.1	Viêm Amyđan mạn tính quá phát	KĐĐK
86	J 38	Bệnh lý thanh quản gây rối loạn giọng hoặc khó thở	KĐĐK

IX. BỆNH HỆ TUẦN HOÀN

87	I 05 - I 08	Các bệnh van tim thực thể do thấp	KĐĐK
88	I 10	Tăng huyết áp giai đoạn II (theo JNC VII), điều trị không	KĐĐK

Số TT	Mã số bệnh theo (ICD X)	Tên bệnh và khuyết tật	Thuyền viên
		có kết quả.	
89	I 20 - 25	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	KĐĐK
90	Q 21 - 28	Các bệnh tim mạch bẩm sinh chưa được điều trị hoàn chỉnh	KĐĐK
91	I 27	Tim phổi mạn	KĐĐK
92	I 30 - 32	Viêm màng ngoài tim cấp và mạn	KĐĐK
93	I 33	Viêm màng trong tim cấp và mạn	KĐĐK
94	I 44	Block nhĩ thất: - Độ I	XTTH
95		- Độ II trở lên	KĐĐK
96	I 47	Các rối loạn nhịp tim như: *- Loạn nhịp hoàn toàn*	KĐĐK
97		*- Nhịp nhanh kịch phát*	KĐĐK
98		*- Nhịp nhanh trên 110 lần/phút có biểu hiện thường xuyên, điều trị chưa có kết quả.*	KĐĐK
99	I 50	Suy tim do bất cứ nguyên nhân nào	KĐĐK
100	I 69	Di chứng bệnh mạch máu não	KĐĐK
101	I 73	Viêm tắc động mạch, tĩnh mạch	KĐĐK
102	I 83	Giãn tĩnh mạch chi dưới thành búi.	KĐĐK
103	I 84	Trĩ ngoại nhiều búi đã điều trị nhiều lần vẫn tái phát	KĐĐK
104	I 95	Huyết áp tối đa thấp (thường xuyên < 95 mmHg)	XTTH

X - BỆNH HỆ HÔ HẤP

105	J 44	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)	KĐĐK

Số TT	Mã số bệnh theo (ICD X)	Tên bệnh và khuyết tật	Thuyền viên
106	J 45	Hen phế quản	KĐĐK
107	J 47	Giãn phế quản	KĐĐK
108	J 90 - 92	Viêm màng phổi cấp	KĐĐK
109		Dày dính màng phổi	XTTH
110	J 93	Tràn khí màng phổi	KĐĐK
111	J 96	Suy hô hấp mạn	KĐĐK

XI. BỆNH HỆ TIÊU HÓA

112	K 02	Mất 8 răng trở lên chưa làm phục hình hàm giả và răng giả	KĐĐK
113 114	K 05	Viêm quanh răng từ 12 răng trở lên đang tiến triển có biến chứng	KĐĐK
115	K 22	Loét thực quản	KĐĐK
116		Trào ngược thực quản	KĐĐK
117	K 22.4	Co thắt, hẹp thực quản chưa điều trị	KĐĐK
118	K 25 -26	Viêm/loét dạ dày tá tràng: *- Đang tiến triển*	KĐĐK
119		*- Đã điều trị ổn định*	XTTH
120		*- Có biến chứng nhiều lần trong năm như chảy máu, hẹp môn vị.*	KĐĐK
121	K 40 - 41	Các thoát vị sau mổ ổn định	XTTH
122	K 51	Viêm loét đại, trực tràng xuất huyết đang tiến triển.	KĐĐK
123		Viêm đại tràng mạn tính	XTTH
124	K 51.4	Polip đại tràng chưa điều trị	XTTH

Số TT	Mã số bệnh theo (ICD X)	Tên bệnh và khuyết tật	Thuyền viên
125	K 56.2	Xoắn đại tràng mạn	KĐĐK
126	K 60.5	Rò hậu môn	KĐĐK
127	K 64	Trĩ độ 2	XTTH
128		Trĩ độ 3, độ 4	KĐĐK
129		Trĩ biến chứng chưa điều trị	KĐĐK
130	K 62.3	Sa trực tràng	KĐĐK
131	K 70	Viêm gan do rượu	KĐĐK
132	K 73	Viêm gan mạn tiến triển	KĐĐK
133	K 74	Xơ gan	KĐĐK
134	K 75	Áp xe gan	KĐĐK
135	K 80 (từ K 80.0 - K 80.5)	Sỏi túi mật chưa điều trị	KĐĐK
136		Sỏi ống mật chủ đã điều trị	XTTH
137		Sỏi ống mật chủ chưa điều trị	KĐĐK
138		Sỏi trong gan	XTTH
138	K 85	Viêm tụy cấp	KĐĐK
140	K 86.1	Viêm tụy mạn thể nặng và trung bình	KĐĐK
141	K 86.2	Nang tụy	KĐĐK
142	K 86.3	Nang giả tụy	KĐĐK

XII- CÁC BỆNH DA VÀ MÔ DƯỚI DA

143	L 23	Viêm da tiếp xúc dị ứng	XTTH
144	L55	Bỏng nắng	KĐĐK
145	L56	Biến đổi da cấp tính khác do bức xạ tia cực tím	KĐĐK
146	L 85.3	Khô da sắc tố	XTTH

Số TT	Mã số bệnh theo (ICD X)	Tên bệnh và khuyết tật	Thuyền viên
147	L20	Viêm da cơ địa	XTTH
148	L 50	Mày đay mạn	XTTH
149	L 12	Pemphigoid	XTTH
150	L 13	Bỏng nước tự miễn	XTTH
151	L 40	Vẩy nến	XTTH
152	E 70.3	Bạch tạng	KĐĐK
153	Q 80	Bệnh vẩy cá bẩm sinh	XTTH
154	Q 81	Ly thượng bì bọng nước bẩm sinh	XTTH
155	Q 82.1	Khô da sắc tố	KĐĐK
156	L 80	Bạch biến	XTTH
157	L 98.8	Porphyrin da chậm	XTTH

XIII - BỆNH HỆ CƠ, XƯƠNG, KHỚP VÀ MÔ LIÊN KẾT

157	M 00 - 01	Viêm khớp do nhiễm khuẩn hay nguyên nhân khác	KĐĐK
158	M 05	Viêm đa khớp dạng thấp	KĐĐK
159	M 10	Bệnh Gút	XTTH
160	M 21	Chân bẹt và dị dạng chi	KĐĐK
161	M 30-36	Các bệnh của mô liên kết hệ thống	KĐĐK
162	M 40	Gù và vẹo cột sống	KĐĐK
163	M 50-51	Các thoát vị đĩa đệm cột sống	KĐĐK
164	M 88	Bệnh Paget (Xương trán hoặc xương khác).	KĐĐK
165		Mất chi hoặc một phần chi mắc phải: - Mất ba ngón của một tay hoặc mất một ngón cái	KĐĐK

Số TT	Mã số bệnh theo (ICD X)	Tên bệnh và khuyết tật	Thuyền viên
166	Z89	- Mất một bàn tay	KĐĐK
167		- Mất một cánh tay	KĐĐK
168		- Mất một bàn chân	KĐĐK
169	T 92-93	Biến dạng chi sau gãy xương: - Do can xấu.	XTTH
170		- Khớp giả sau chấn thương chi	KĐĐK

XIV - CÁC BỆNH HỆ SINH DỤC – TIẾT NIỆU

171	N 03	Viêm cầu thận mạn	KĐĐK
172	N 04	Hội chứng thận hư	KĐĐK
173	N 13	Thận ứ nước hoặc thận ứ mủ.	KĐĐK
174	N 17-18	Suy thận	KĐĐK
175	N 20	Sỏi thận hoặc niệu quản chưa điều trị hoặc điều trị chưa ổn định	KĐĐK
176		Hẹp khúc nối bể thận – niệu quản	XTTH
177	N21	Sỏi bàng quang chưa điều trị	KĐĐK
178	N 40	Phì đại lành tính tiền liệt tuyến có ảnh hưởng đến tiểu tiện	KĐĐK
179	N 43	Tràn dịch màng tinh và sa tinh hoàn	KĐĐK
180	N 35	Hẹp niệu đạo	KĐĐK
181	N 36.0	Rò niệu đạo	KĐĐK

Phụ lục số VI

Mẫu Giấy cam kết tự nguyện làm việc trên tàu

(Ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT- BYT ngày 12 tháng 5 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

GIẤY CAM KẾT TỰ NGUYỆN LÀM VIỆC TRÊN TÀU

Tên tôi là: …….

Ngày tháng năm sinh: ……..

Số Chứng minh nhân dân/Hộ chiếu:……..

Công tác tại: ……..

Địa chỉ gia đình: ……

Điện thoại liên hệ.....

Ngày tháng khám sức khoẻ: …….

Nơi khám: ……..…

Kết quả khám (bệnh, tật, không đủ điều kiện làm việc trên tàu biển): ……..……...…

Tôi cam kết tôi có thể làm việc trên tàu biển từ ngày.... tháng .... năm.....đến.....ngày.....tháng.....năm với chức danh: …….....

…….....……

Tôi cam kết sẽ điều trị đầy đủ theo đơn của bác sỹ trong thời gian công tác. Sau đợt công tác, tôi sẽ đến cơ sở y tế để được khám chữa bệnh. Nếu có vấn đề gì liên quan đến sức khoẻ trong quá trình làm việc trên biển, tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

…….. , ngày …… tháng….. năm …....

XÁC NHẬN CỦA THỦ TRƯỞNG
CƠ QUAN QUẢN LÝ THUYỀN VIÊN
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

NGƯỜI CAM KẾT
(Ký, ghi rõ họ tên)

IV. LĨNH VỰC Y TẾ DỰ PHÒNG

1. Đăng ký tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện đang cư trú tại cộng đồng

- Trình tự thực hiện:

+ ***Bước 1:***Người nghiện chất dạng thuốc phiện nộp hồ sơ đăng ký điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện theo quy định cho cơ sở điều trị nơi người đó có nhu cầu được điều trị.

+ ***Bước 2:*** Ngay sau khi nhận được hồ sơ đăng ký điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện hợp lệ, người đứng đầu cơ sở điều trị có trách nhiệm:

- Tổ chức khám đánh giá cho người đăng ký điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện;

- Tiếp nhận trường hợp đủ điều kiện tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện theo Mẫu số 02 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định. Trường hợp không đồng ý tiếp nhận, phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do.

+ ***Bước 3:***Giấy tiếp nhận trường hợp đủ điều kiện tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện được lập thành 02 bản: 01 bản gửi người được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện hoặc người đại diện theo pháp luật của người được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện trong trường hợp người đó từ đủ sáu tuổi đến chưa đủ mười lăm tuổi; 01 bản lưu hồ sơ điều trị của người được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện tại cơ sở điều trị.

- **Cách thức thực hiện:** Gửi qua dịch vụ Bưu chính công ích hoặc nộp trực tiếp tại cơ sở điều trị nghiện dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế:

+ Cơ sở Methadone Thủ Dầu Một: số 19, đường Cách Mạng Tháng Tám, phường Chánh Nghĩa, TP.Thủ Dầu Một.

+ Cơ sở Methadone Dĩ An: Trung tâm Y tế Dĩ An, Số 500 đường ĐT743, ấp Đông Tác, phường Tân Đông Hiệp, thị xã Dĩ An, tỉnh Bình Dương.

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

I. Thành phần hồ sơ bao gồm:

1. Đơn đăng ký điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo Mẫu số 01 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định.

2. Bản sao của một trong những giấy tờ sau: Chứng minh nhân dân, hộ chiếu, giấy khai sinh hoặc hộ khẩu, giấy phép lái xe.

II. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

- Thời hạn giải quyết: Ngay sau khi nhận được Đơn đăng ký của đối tượng đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện.

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân.

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Quyết định tiếp nhận trường hợp đủ điều kiện tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện.

- Lệ phí: Không quy định lệ phí.

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này): Mẫu số 01: Đơn đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Yêu cầu đối với người nghiện đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện (Khoản 1 Điều 6 Nghị định)

Người nghiện chất dạng thuốc phiện tự nguyện tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện và cam kết tuân thủ điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện. Đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện từ đủ sáu tuổi đến chưa đủ mười lăm tuổi, chỉ được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện sau khi có sự đồng ý bằng văn bản của người đại diện theo pháp luật của người đó.

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật số 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS).

2. Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

Mẫu số 01

Ảnh
4cm x6cm

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

ĐƠN ĐĂNG KÝ

Tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

Kính gửi: .....[42].....

Tên tôi là: .....Giới tính:.....

Sinh ngày: ....., tại.....

Nơi đăng ký thường trú/nơi ở hiện tại: .....[43].....

Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe....., cấp ngày: ...../...../..... tại:.....

Qua tìm hiểu các điều kiện và quy định liên quan, tôi làm đơn này xin tự nguyện đăng ký tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế. Tôi cam kết nghiêm túc tuân thủ phác đồ điều trị và nội quy của cơ sở điều trị.

Trân trọng cảm ơn./.

Đại diện của người làm đơn

Tôi tên là .....[44]..... số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe, cấp ngày.....tháng.....năm..... tại.....[45].....là người đại diện theo pháp luật của .....[46]..... đồng ý cho .....[47]. ..... tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế tại .....[48].....

(*Ký và ghi rõ họ tên*)

.....[49]....., ngày .... tháng..... năm 20.....

Người làm đơn

(Ký và ghi rõ họ tên)

[42] Tên cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý
[43] Ghi rõ nơi đăng ký thường trú hoặc nơi ở hiện tại của người làm đơn
[44] Ghi rõ họ, tên của người đại diện theo pháp luật của người làm đơn từ đủ 6 tuổi trở lên đến chưa đủ 15 tuổi
[45] Ghi rõ địa danh nơi cấp số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe
[46] Ghi rõ họ, tên của người đăng ký tham gia điều trị
[47] Như mục 5
[48] Như mục 1
[49] Địa danh

2. Thủ tục Đăng ký tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện trong các cơ sở trại giam, trại tạm giam, cơ sở cai nghiện bắt buộc, cơ sở giáo dục bắt buộc, trường giáo dưỡng

- Trình tự thực hiện:

+ ***Bước 1:***Học viên, phạm nhân, trại viên, học sinh trường giáo dưỡng (sau đây gọi tắt là đối tượng quản lý) nghiện chất dạng thuốc phiện trước khi được đưa vào quản lý trong các cơ sở cai nghiện bắt buộc, trại giam, trại tạm giam, cơ sở giáo dục bắt buộc, trường giáo dưỡng (sau đây gọi tắt là cơ sở quản lý) nộp hồ sơ đăng ký điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện theo quy định cho cơ sở quản lý nơi người đó có nhu cầu được điều trị.

+ ***Bước 2:*** Ngay sau khi nhận được hồ sơ đăng ký điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện hợp lệ, người đứng đầu cơ sở quản lý có trách nhiệm:

- Tổ chức hoặc phối hợp với cơ sở y tế ngoài cộng đồng khám đánh giá cho người đăng ký điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện;

- Tiếp nhận trường hợp đủ điều kiện tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện theo Mẫu số 02 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định. Trường hợp không đồng ý tiếp nhận, phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do.

+ ***Bước 3:*** Giấy tiếp nhận trường hợp đủ điều kiện tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện được lập thành 02 bản: 01 bản gửi người được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện hoặc người đại diện theo pháp luật của người được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện trong trường hợp người đó từ đủ sáu tuổi đến chưa đủ mười lăm tuổi; 01 bản lưu hồ sơ điều trị của người được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện tại cơ sở quản lý.

- Cách thức thực hiện: Nộp trực tiếp tại cơ sở quản lý

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

I. Thành phần hồ sơ bao gồm:

1. Đơn đăng ký điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo Mẫu số 01 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định.

II. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

- Thời hạn giải quyết: Ngay sau khi nhận được Đơn đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện của đối tượng quản lý

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở quản lý thực hiện việc nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Quyết định tiếp nhận trường hợp đủ điều kiện tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện

- Lệ phí: Không quy định lệ phí

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này): Mẫu số 01: Đơn đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính:

Yêu cầu đối với người nghiện đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện (Khoản 2 Điều 6 Nghị định)

Học viên, phạm nhân, trại viên, học sinh trường giáo dưỡng nghiện chất dạng thuốc phiện trước khi được đưa vào quản lý trong các cơ sở cai nghiện bắt buộc, trại giam, trại tạm giam, cơ sở giáo dục bắt buộc, trường giáo dưỡng tự nguyện tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện và cam kết tuân thủ điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện. Đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện từ đủ sáu tuổi đến chưa đủ mười lăm tuổi, chỉ được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện sau khi có sự đồng ý bằng văn bản của người đại diện theo pháp luật của người đó. Phạm nhân tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện được hưởng đầy đủ quyền như những phạm nhân khác.

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật số 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS).

2. Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

Mẫu số 01

Ảnh
4cm x6cm

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

ĐƠN ĐĂNG KÝ

Tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

Kính gửi: .....[50].....

Tên tôi là: .....Giới tính:.....

Sinh ngày: ....., tại.....

Nơi đăng ký thường trú/nơi ở hiện tại: .....[51].....

Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe....., cấp ngày: ...../...../..... tại:.....

Qua tìm hiểu các điều kiện và quy định liên quan, tôi làm đơn này xin tự nguyện đăng ký tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế. Tôi cam kết nghiêm túc tuân thủ phác đồ điều trị và nội quy của cơ sở điều trị.

Trân trọng cảm ơn./.

Đại diện của người làm đơn

Tôi tên là .....[52]..... số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe, cấp ngày.....tháng.....năm..... tại.....[53].....là người đại diện theo pháp luật của .....[54]..... đồng ý cho .....[55]. ..... tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế tại .....[56].....

(*Ký và ghi rõ họ tên*)

.....[57]....., ngày .... tháng..... năm 20.....

Người làm đơn

(Ký và ghi rõ họ tên)

[50] Tên cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý
[51] Ghi rõ nơi đăng ký thường trú hoặc nơi ở hiện tại của người làm đơn
[52] Ghi rõ họ, tên của người đại diện theo pháp luật của người làm đơn từ đủ 6 tuổi trở lên đến chưa đủ 15 tuổi
[53] Ghi rõ địa danh nơi cấp số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe
[54] Ghi rõ họ, tên của người đăng ký tham gia điều trị
[55] Như mục 5
[56] Như mục 1
[57] Địa danh

3. Chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện ngoài cộng đồng

- Trình tự thực hiện:

+ Bước 1: Người bệnh nộp đơn chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo quy định cho người đứng đầu cơ sở điều trị nơi người bệnh đang điều trị;

+ Bước 2: Người đứng đầu cơ sở điều trị có trách nhiệm lập bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (sau đây gọi tắt là bản tóm tắt bệnh án) theo Mẫu số 04 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP để cấp cho người bệnh khi người bệnh chuyển đi;

+ Bước 3: Người đứng đầu cơ sở điều trị nơi người bệnh chuyển đến có trách nhiệm tiếp nhận điều trị cho người bệnh. Trường hợp không đồng ý tiếp nhận, phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do.

- Cách thức thực hiện:

Nộp trực tiếp tại cơ sở điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế:

+ Cơ sở Methadone Thủ Dầu Một: số 19, đường Cách Mạng Tháng Tám, phường Chánh Nghĩa, TP.Thủ Dầu Một.

+ Cơ sở Methadone Dĩ An: Trung tâm Y tế Dĩ An, Số 500 đường ĐT743, ấp Đông Tác, phường Tân Đông Hiệp, thị xã Dĩ An, tỉnh Bình Dương.

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

I. Thành phần hồ sơ bao gồm:

1. Đơn đề nghị chuyển tiếp điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo Mẫu số 03 quy định tại Phụ lụcban hành kèm theo Nghị địnhsố 90/2016/NĐ-CP.

2. Bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thếtheo Mẫu số 04 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP.

II. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

- Thời hạn giải quyết: Ngay sau khi nhận được hồ sơ

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Không có

- Lệ phí: Không quy định lệ phí

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

Mẫu số 03: Đơn đề nghị chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

Mẫu số 04: Bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật số 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS).

2. Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

Mẫu số 03

Ảnh 4cm x6cm

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Chuyển tiếp điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

Kính gửi: .....[58].....

1. Họ và tên: .....

2. Ngày sinh: .....

3. Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe....., cấp ngày: ...../...../..... tại:.....

4. Tên cơ sở điều trị chuyển đến: .....[59].....

5. Thời gian chuyển: .....[60].....

6. Địa chỉ của cơ sở điều trị chuyển đến: .....[61].....

Tôi làm đơn này đề nghị cơ sở điều trị giới thiệu và làm các thủ tục cần thiết để giúp tôi được tiếp tục điều trị tại cơ sở điều trị có tên và địa chỉ trên đây.

Trân trọng cảm ơn./.

....[62]..., ngày..... tháng.....năm 20.....

Người làm đơn

(Ký và ghi rõ họ tên)

Mẫu số

.....[63.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

[58] Tên của cơ sở điều trị nơi người bệnh đang điều trị
[59] Tên của cơ sở điều trị nơi người bệnh muốn chuyển đến
[60] Ghi rõ thời gian chuyển tiếp điều trị tại cơ sở điều trị nơi đến
[61] Ghi rõ địa chỉ của cơ sở điều trị người bệnh muốn chuyển đến
[62] Địa danh

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /PC .....[64]...., *ngày .... tháng .....năm 20....*

BẢN TÓM TẮT BỆNH ÁN
Điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

Kính gửi: .....[65].....

Tên cơ sở giới thiệu: .....[1].....

Địa chỉ: .....[66].....

Điện thoại: ..... Email (nếu có): .....

Giới thiệu cho:

1. Họ và tên: .....[67].....
2. Ngày sinh: .....[68].....
3. Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe....., cấp ngày: ...../...../.....

tại:.....

4. Địa chỉ: .....[69].....
5. Thông tin về tình hình điều trị của người bệnh:

- Ngày bắt đầu điều trị:...../...../..... Ngày kết thúc: ...../...../.....
- Liều điều trị hiện tại:..... mg/ngày.

6. .....[70].....

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

(*Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu*)

---

[63] Tên cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý giới thiệu người bệnh chuyển tiếp điều trị

[64] Địa danh

[65] Tên cơ sở điều trị, cơ sở quản lý nơi người bệnh chuyển đến

[66] Ghi rõ địa chỉ của cơ sở điều trị, cơ sở quản lý giới thiệu người bệnh chuyển tiếp điều trị

[67] Ghi rõ họ và tên của người bệnh được chuyển tiếp điều trị

[68] Ghi rõ ngày tháng năm sinh của người bệnh được chuyển tiếp điều trị

[69] Ghi rõ địa chỉ nơi ở thường trú/nơi ở hiện tại của của người bệnh trong hồ sơ đăng ký điều trị, trong hồ sơ quản lý

[70] Tóm tắt về quá trình điều trị của người bệnh và những thông tin cần thiết để cơ sở điều trị, cơ sở quản lý nơi người bệnh chuyển đến có thể sử dụng để tiếp tục điều trị cho người bệnh (nếu có)

4. Thủ tục Chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện giữa các cơ sở quản lý.

- Trình tự thực hiện:

+ Bước 1: Người bệnh nộp đơn chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo quy định cho người đứng đầu cơ sở quản lý nơi người bệnh đang điều trị;

+ Bước 2: Người đứng đầu cơ sở quản lý có trách nhiệm lập bản tóm tắt bệnh án theo Mẫu số 04 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP để cấp cho người bệnh khi người bệnh chuyển đi;

+ Bước 3: Cơ sở quản lý nơi người bệnh chuyển đến có trách nhiệm tiếp nhận điều trị cho người bệnh. Trường hợp không đồng ý tiếp nhận, phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do.

- Cách thức thực hiện: Nộp trực tiếp tại cơ sở quản lý thực hiện việc điều trị nghiện dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế:

+ Cơ sở Methadone Thủ Dầu Một: số 19, đường Cách Mạng Tháng Tám, phường Chánh Nghĩa, TP.Thủ Dầu Một.

+ Cơ sở Methadone Dĩ An: Trung tâm Y tế Dĩ An, Số 500 đường ĐT743, ấp Đông Tác, phường Tân Đông Hiệp, thị xã Dĩ An, tỉnh Bình Dương.

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

I. Thành phần hồ sơ bao gồm:

Bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo Mẫu số 04 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP.

II. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

- Thời hạn giải quyết: Ngay sau khi nhận được hồ sơ

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở quản lý thực hiện việc điều trị nghiện dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Không có

- Lệ phí: Không quy định lệ phí

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

Mẫu số 04: Bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật số 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS).

2. Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

Mẫu số 04

.....[71].....

Số: /PC

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....[72]...., ngày .... tháng .....năm 20....

BẢN TÓM TẮT BỆNH ÁN

Điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

Kính gửi: .....[73].....

Tên cơ sở giới thiệu: .....[1].....

Địa chỉ: .....[74].....

Điện thoại: ..... Email (nếu có): .....

Giới thiệu cho:

1. Họ và tên: .....[75].....

2. Ngày sinh: .....[76].....

3. Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe....., cấp ngày: ...../...../.....

tại:.....

4. Địa chỉ: .....[77].....

5. Thông tin về tình hình điều trị của người bệnh:

- Ngày bắt đầu điều trị:...../...../..... Ngày kết thúc: ...../...../.....

- Liều điều trị hiện tại:..... mg/ngày.

6. .....[78].....

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

(*Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu*)

[71] Tên cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý giới thiệu người bệnh chuyển tiếp điều trị

[72] Địa danh

[73] Tên cơ sở điều trị, cơ sở quản lý nơi người bệnh chuyển đến

[74] Ghi rõ địa chỉ của cơ sở điều trị, cơ sở quản lý giới thiệu người bệnh chuyển tiếp điều trị

[75] Ghi rõ họ và tên của người bệnh được chuyển tiếp điều trị

[76] Ghi rõ ngày tháng năm sinh của người bệnh được chuyển tiếp điều trị

[77] Ghi rõ địa chỉ nơi ở thường trú/nơi ở hiện tại của của người bệnh trong hồ sơ đăng ký điều trị, trong hồ sơ quản lý

[78] Tóm tắt về quá trình điều trị của người bệnh và những thông tin cần thiết để cơ sở điều trị, cơ sở quản lý nơi người bệnh chuyển đến có thể sử dụng để tiếp tục điều trị cho người bệnh (nếu có)

5. Thủ tục Chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cho người nghiện chất dạng thuốc phiện được trở về cộng đồng từ cơ sở quản lý

- Trình tự thực hiện:

+ Bước 1: Người bệnh nộp đơn chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo quy định cho người đứng đầu cơ sở quản lý nơi người bệnh đang điều trị;

+ Bước 2: Người đứng đầu cơ sở quản lý có trách nhiệm lập bản tóm tắt bệnh án theo Mẫu số 04 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP để cấp cho người bệnh khi người đó trở về cộng đồng;

+ Bước 3: Người đứng đầu cơ sở điều trị ngoài cộng đồng nơi người bệnh đăng ký điều trị có trách nhiệm tiếp nhận điều trị cho người bệnh. Trường hợp không đồng ý tiếp nhận, phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do.

- Cách thức **thực hiện:**

Nộp trực tiếp tại cơ sở quản lý thực hiện việc điều trị nghiện dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế:

+ Cơ sở Methadone Thủ Dầu Một: số 19, đường Cách Mạng Tháng Tám, phường Chánh Nghĩa, TP.Thủ Dầu Một.

+ Cơ sở Methadone Dĩ An: Trung tâm Y tế Dĩ An, Số 500 đường ĐT743, ấp Đông Tác, phường Tân Đông Hiệp, thị xã Dĩ An, tỉnh Bình Dương.

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

I. Thành phần hồ sơ bao gồm:

Bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo Mẫu số 04 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP.

II. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

- Thời hạn giải quyết: Ngay sau khi nhận được hồ sơ

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở quản lý thực hiện việc điều trị nghiện dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Không có

- Lệ phí: Không quy định lệ phí

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

Mẫu số 04: Bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật số 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS).

2. Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

Mẫu số

.....79.....	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
_____	**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**
Số: /PC	*.....[80]...., ngày .... tháng .....năm 20....*

BẢN TÓM TẮT BỆNH ÁN

Điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

Kính gửi: .....[81].....

Tên cơ sở giới thiệu: .....[1].....

Địa chỉ: .....[82].....

Điện thoại: ..... Email (nếu có): .....

Giới thiệu cho:

1. Họ và tên: .....[83].....

2. Ngày sinh: .....[84].....

3. Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe....., cấp ngày: ...../...../.....

tại:.....

4. Địa chỉ: .....[85].....

5. Thông tin về tình hình điều trị của người bệnh:

- Ngày bắt đầu điều trị:...../...../..... Ngày kết thúc: ...../...../.....

- Liều điều trị hiện tại:..... mg/ngày.

6. .....[86].....

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

(*Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu*)

[79] Tên cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý giới thiệu người bệnh chuyển tiếp điều trị

[80] Địa danh

[81] Tên cơ sở điều trị, cơ sở quản lý nơi người bệnh chuyển đến

[82] Ghi rõ địa chỉ của cơ sở điều trị, cơ sở quản lý giới thiệu người bệnh chuyển tiếp điều trị

[83] Ghi rõ họ và tên của người bệnh được chuyển tiếp điều trị

[84] Ghi rõ ngày tháng năm sinh của người bệnh được chuyển tiếp điều trị

[85] Ghi rõ địa chỉ nơi ở thường trú/nơi ở hiện tại của của người bệnh trong hồ sơ đăng ký điều trị, trong hồ sơ quản lý

[86] Tóm tắt về quá trình điều trị của người bệnh và những thông tin cần thiết để cơ sở điều trị, cơ sở quản lý nơi người bệnh chuyển đến có thể sử dụng để tiếp tục điều trị cho người bệnh (nếu có)

6. Cấp phát thuốc Methadone cho người bệnh điều trị đặc biệt tại cơ sở khám, chữa bệnh.

- Trình tự thực hiện:

Bước 1: Người bệnh làm đơn đề nghị được uống thuốc Methadone tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo mẫu số 1 Phụ lục 7 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 gửi cơ sở điều trị Methadone.

Bước 2: Bác sỹ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm xác nhận vào đơn đề nghị được uống thuốc Methadone của người bệnh, trong đó xác nhận thông tin bệnh nhân không có chống chỉ định sử dụng thuốc Methadone. Đối với các trường hợp bệnh lý đặc biệt cần hội chẩn thì tổ chức hội chẩn theo quy định tại Điều 56 Luật khám bệnh, chữa bệnh

Bước 3: Căn cứ đơn đề nghị được uống thuốc Methadone và xác nhận không có chống chỉ định sử dụng thuốc Methadone của bác sĩ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bác sỹ của cơ sở điều trị Methadone kê đơn thuốc Methadone cho người bệnh theo quy định tại Điểm đ Khoản 2 Điều 13 Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015.

Bước 4: Căn cứ đơn thuốc của bác sỹ điều trị, nhân viên cấp phát thuốc của cơ sở điều trị Methadone có trách nhiệm:

- Giao đủ số lượng thuốc Methadone sử dụng trong một (01) ngày và Phiếu theo dõi điều trị Methadone của người bệnh cho nhân viên y tế được người đứng đầu cơ sở điều trị Methadone giao nhiệm vụ chuyển thuốc (sau đây gọi tắt là người giao thuốc Methadone) để chuyển thuốc Methadone tới cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh;

- Ghi chép việc sử dụng thuốc của người bệnh vào Sổ theo dõi phát thuốc Methadone hằng ngày.

Bước 5: Người giao thuốc Methadone có trách nhiệm mang các giấy tờ sau khi chuyển thuốc Methadone cho người bệnh:

- Giấy giới thiệu của cơ sở điều trị Methadone hoặc cơ sở cấp phát thuốc Methadone:

- Đơn thuốc Methadone;

- Phiếu theo dõi điều trị Methadone của người bệnh.

Người giao thuốc trực tiếp theo dõi việc uống thuốc Methadone của người bệnh và ký vào Phiếu theo dõi điều trị Methadone cùng người bệnh.

- Cách thức thực hiện: Gửi qua dịch vụ Bưu chính công ích hoặc nộp trực tiếp tại cơ sở điều trị.

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

A) Thành phần hồ sơ, gồm: Đơn đề nghị uống thuốc Methadone tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo mẫu số 01 Phụ lục 7 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT.

B) Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

- Thời hạn giải quyết:

Ngay sau khi tiếp nhận đơn đề nghị uống thuốc Methadone tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh.

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở điều trị Methadone

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Người bệnh được tiếp tục uống thuốc Methadone tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Lệ phí: Không

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này):

Mẫu số 1 Phụ lục 7: Đơn đề nghị uống thuốc Methadone tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không.

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật Dược số 105/2016/QH13 ngày 06 tháng 4 năm 2016.

2. Nghị định số 54/2017/NĐ-CP ngày 08/5/2017 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật dược.

3. Nghị định số 96/2012/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2012 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế;

4. Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về quản lý thuốc Methadone.

Mẫu số 1

PHỤ LỤC 7

MẪU ĐƠN ĐỀ NGHỊ UỐNG THUỐC METHADONE TẠI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

(Ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

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

……1……, ngày ….tháng …. năm 20…

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Uống thuốc Methadone tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi: ……2……

Tên tôi là: …… Giới tính: .....

Sinh ngày: …… tại .....

Nơi đăng ký thường trú: ……3.....

Nơi ở hiện tại: ……4.....

Số CMND: ……..., cấp ngày: ……/……/…… tại: .....

Tôi đang tham gia điều trị Methadone tại ……5.....

Hiện nay tôi đang phải điều trị tại ……6……. nên không thể đến uống thuốc hàng ngày theo quy định. Do vậy, tôi làm Đơn này đề nghị cho phép được phép nhận thuốc và uống thuốc tại ……7…….

Tôi xin cam kết:

1. Sử dụng thuốc theo đúng chỉ định của bác sỹ.

2. Hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về các thông tin được nêu trong đơn này.

Người bệnh *(Ký và ghi rõ họ tên)*	**Xác nhận của cơ sở khám, chữa bệnh** *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* Xác nhận bệnh nhân có tên trên hiện đang nằm điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Xác nhận bệnh nhân không có chống chỉ định sử dụng thuốc Methadone để điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện.

7. Thủ tục Cấp phát thuốc Methadone cho người bệnh đặc biệt điều trị tại nhà

- Trình tự thực hiện:

Bước 1: Người bệnh làm Đơn đề nghị được cấp thuốc Methadone tại nhà theo mẫu số 2 Phụ lục 7 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 gửi cơ sở điều trị Methadone.

Bước 2: Trường hợp cơ sở điều trị Methadone có đủ người thực hiện việc chuyển thuốc Methadone cho người bệnh thì tiến hành xác minh tình trạng sức khỏe của người bệnh để quyết định việc cấp phát thuốc Methadone cho người bệnh tại nhà.

Trường hợp người bệnh không có chống chỉ định, bác sỹ điều trị kê đơn thuốc Methadone cho người bệnh theo quy định tại Điểm đ Khoản 2 Điều 13 Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015.

Bước 3: Căn cứ đơn thuốc của bác sỹ điều trị, nhân viên cấp phát thuốc của cơ sở điều trị Methadone có trách nhiệm:

- Giao đủ số lượng thuốc Methadone sử dụng trong một (01) ngày và Phiếu theo dõi điều trị Methadone của người bệnh cho nhân viên y tế được người đứng đầu cơ sở điều trị Methadone giao nhiệm vụ chuyển thuốc (sau đây gọi tắt là người giao thuốc Methadone) để chuyển thuốc Methadone tới cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh;

- Ghi chép việc sử dụng thuốc của người bệnh vào Sổ theo dõi phát thuốc Methadone hằng ngày.

Bước 4: Người giao thuốc Methadone có trách nhiệm mang các giấy tờ sau khi chuyển thuốc Methadone cho người bệnh:

- Giấy giới thiệu của cơ sở điều trị Methadone hoặc cơ sở cấp phát thuốc Methadone:

- Đơn thuốc Methadone;

- Phiếu theo dõi điều trị Methadone của người bệnh.

Người giao thuốc trực tiếp chuyển thuốc Methadone và theo dõi việc uống thuốc Methadone của người bệnh, ký vào Phiếu theo dõi điều trị Methadone cùng người bệnh.

- Cách thức thực hiện: Gửi qua dịch vụ Bưu chính công ích hoặc nộp trực tiếp tại cơ sở điều trị

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

A) Thành phần hồ sơ, gồm: Đơn đề nghị uống thuốc Methadone tại nhà theo mẫu số 2 Phụ lục 7 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT.

B) Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

- Thời hạn giải quyết: Ngay sau khi tiếp nhận đơn đề nghị uống thuốc Methadone tại nhà của người bệnh

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cá nhân

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở điều trị Methadone

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Người bệnh được tiếp tục uống thuốc Methadone tại nhà

- Lệ phí: Không.

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này): Mẫu số 2 Phụ lục 7: Đơn đề nghị được cấp thuốc Methadone tại nhà

- Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính: Không.

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Luật Dược số 105/2016/QH13 ngày 06 tháng 4 năm 2016.

2. Nghị định số 54/2017/NĐ-CP ngày 08/5/2017 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật dược.

3. Nghị định số 96/2012/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2012 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế;

4. Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về quản lý thuốc Methadone.

Mẫu số 2

PHỤ LỤC 7

MẪU ĐƠN ĐỀ NGHỊ ĐƯỢC CẤP THUỐC METHADONE TẠI NHÀ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

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

……8……, ngày …….tháng ……. năm 20……

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

được cấp thuốc methadone tại nhà

Kính gửi: ……9……

Tên tôi là: ……Giới tính: .....

Sinh ngày: ……, tại .....

Nơi đăng ký thường trú:

……10.....

.....

Nơi ở hiện tại: ……11.....

Số CMND: ……..., cấp ngày: ……/……/…… tại: .....

Tôi đang tham gia điều trị Methadone tại ……12.....

Hiện nay tôi đang phải điều trị bệnh tại nhà nên không thể đến uống thuốc hàng ngày theo quy định. Do vậy, tôi làm Đơn này đề nghị cho phép được phép nhận thuốc và uống thuốc tại ……13……

Tôi xin cam kết:

1. Sử dụng thuốc theo đúng chỉ định của bác sỹ.

2. Hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về các thông tin được nêu trong đơn này.

Người bệnh *(Ký và ghi rõ họ tên)*	**Cơ sở điều trị Methadone xác nhận**

---

1 Địa danh

2 Tên cơ sở điều trị Methadone

3 Nơi đăng ký thường trú của người bệnh theo hộ khẩu

4 Nơi cư trú hiện tại của người bệnh

5 Ghi rõ tên và địa chỉ cơ sở điều trị Methadone

6 Ghi rõ tên và địa chỉ của bệnh viện nơi đang điều trị bệnh

7 Ghi rõ tên và địa chỉ của bệnh viện nơi đang điều trị bệnh

8 Địa danh

9 Tên cơ sở điều trị Methadone

10 Nơi đăng ký thường trú của người bệnh theo hộ khẩu

11 Nơi cư trú hiện tại của người bệnh

12 Ghi rõ tên và địa chỉ cơ sở điều trị Methadone

13 Ghi rõ tên và địa chỉ nơi người bệnh đang cư trú

V. LĨNH VỰC TÀI CHÍNH Y TẾ

1. Thủ tục Thẩm định và phê duyệt kế hoạch đấu thầu mua thuốc đối với các cơ sở khám, chữa bệnh (đơn vị) ngoài công lập (B-BYT-199882-TT)

- Trình tự thực hiện:

+ ***Bước 1:*** Đơn vị gửi hồ sơ trình duyệt kế hoạch đấu thầu mua thuốc lên Hội đồng quản trị cơ sở y tế ngoài công lập hoặc Thủ trưởng đơn vị y tế ngoài công lập (Cơ quan có thẩm quyền) phê duyệt kế hoạch

+ ***Bước 2:*** Cơ quan có thẩm quyền chỉ định cơ quan thẩm định để tổ chức thẩm định kế hoạch đấu thầu trước khi trình người có thẩm quyền phê duyệt

+ ***Bước 3:*** Cơ quan, tổ chức thẩm định có trách nhiệm thẩm định hồ sơ theo các nội dung đã qui định. Trường hợp hồ sơ chưa đầy đủ theo quy định, cơ quan, tổ chức thẩm định có trách nhiệm hướng dẫn bổ sung tài liệu và trả lại hồ sơ cho đơn vị trong vòng 5 ngày làm việc kể từ ngày nhận tài liệu.

- Trong vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ, tài liệu, Cơ quan, tổ chức thẩm định phải hoàn thành việc thẩm định hồ sơ tài liệu.

- Trong vòng 03 ngày làm việc, Cơ quan, tổ chức thẩm định phải hoàn thành báo cáo kết quả thẩm định trình người có thẩm quyền phê duyệt

+ ***Bước 4:*** Trong vòng 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được báo cáo kết quả thẩm định, Người có thẩm quyền phê duyệt kế hoạch đấu thầu mua thuốc xem xét, phê duyệt kế hoạch

+ ***Bước 5:*** Trả kết quả cho đơn vị trình duyệt

- Cách thức thực hiện: Qua dịch vụ Bưu chính công ích hoặc nộp trực tiếp tại cơ quan có thẩm quyền

- Thành phần, số lượng hồ sơ:

I. Thành phần hồ sơ bao gồm:

1. Tờ trình xin phê duyệt kế hoạch đấu thầu mua thuốc kèm theo phụ lục chi tiết các gói thầu

2. Báo cáo tóm tắt kết quả thực hiện kế hoạch đấu thầu mua thuốc của năm trước liền kề và giải trình vắn tắt kế hoạch đấu thầu mua thuốc đang trình duyệt

3. Hợp đồng Khám chữa bệnh bảo hiểm y tế

4. Biên bản họp Hội đồng Thuốc&Điều trị (với gói thầu thuốc theo tên biệt dược và tương đương điều trị) của đơn vị trình duyệt kế hoạch

5. Quyết định phê duyệt danh mục, số lượng và giá dự kiến từng mặt hàng thuốc của chủ đầu tư

II. Số lượng hồ sơ: 02 (bộ gốc)

- Thời hạn giải quyết: Trong thời hạn 18 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ

- Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Tổ chức (Cơ sở khám, chữa bệnh ngoài công lập mua thuốc bằng nguồn kinh phí từ ngân sách nhà nước, nguồn quỹ bảo hiểm y tế và các nguồn thu hợp pháp khác)

- Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở y tế ngoài công lập

- Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Quyết định phê duyệt

- Lệ phí (nếu có): Không

- Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm thủ tục này): Không

- Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính (nếu có):

1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT giữa đơn vị và cơ quan BHXH.

2. Tình hình thực tế mua và sử dụng thuốc của năm trước.

3. Dự kiến nhu cầu thuốc năm kế hoạch.

4. Kế hoạch đấu thầu được lập tối thiểu là 01 lần/năm.

- Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

1. Căn cứ Luật Dược số 105/2016/QH13 ngày 06/04/2016

2. Căn cứ Luật Đấu thầu số 43/ 2013/ QH13 ngày 26/11/2013

3. Căn cứ Nghị định số 63/2014/NĐ-CP ngày 26/06/2014 quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Đấu thầu về lựa chọn nhà thầu;

4. Căn cứ Nghị định số 54/2017/NĐ-CP ngày 08/ 05/ 2017 Quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Dược;

5. Căn cứ Thông tư số 11/2016/TT-BYT ngày 11 tháng 05 năm 2016 của Bộ Y tế Quy định việc đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập;