

Số: 70 /VB-BVĐKVP

Long Hương, ngày 03 tháng 03 năm 2026

**VĂN BẢN KIẾN TOÀN**

**Triển khai, tổ chức thực hiện Khám sức khỏe (KSK) tại BVĐK Vạn Phước**

**Kính gửi: Các khoa/phòng/bộ phận.**

- Thực hiện Công văn số 189/SYT-NV ngày 17/01/2024 Về việc Triển khai Thông tư số 32/2023/TT-BYT về tiêu chuẩn và việc khám sức khỏe
- Căn cứ Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 về quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh. Có hướng dẫn về tiêu chuẩn và việc khám sức khỏe.
- Căn cứ Thông tư 33/2025/TT-BYT ngày 01/07/2025 “Quy định thời hạn lưu trữ hồ sơ, tài liệu ngành y tế.
- Căn cứ luật lưu trữ 2024.
- Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27/02/2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của bộ y tế.
- Giám đốc Bệnh viện đa khoa Vạn Phước chỉ đạo các khoa/phòng/bộ phận các nội dung như sau:

**1. Phòng KHTH-QLCL:**

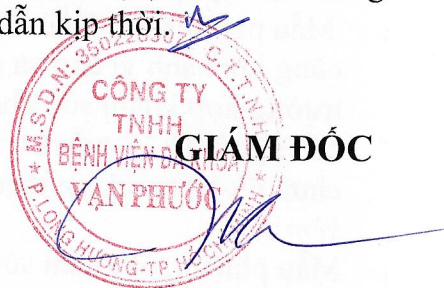
- Xây dựng quy trình, quy định về hoạt động khám sức khỏe tại Bệnh viện, cập nhật, cung cấp các biểu mẫu phiếu KSK thực hiện theo TT 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 (đính kèm) như sau:
  - Mẫu phiếu khám sức khỏe cho người từ 18 tuổi trở lên: thực hiện theo Mẫu số 01 Phụ lục số XXIV.
  - Mẫu phiếu khám sức khỏe cho người chưa đủ 18 tuổi: thực hiện theo Mẫu số 02 Phụ lục số XXIV.
  - Mẫu phiếu KSK Đối với người mất năng lực hành vi dân sự hoặc hạn chế năng lực hành vi dân sự đề nghị khám sức khỏe (nhưng không thuộc trường hợp khám sức khỏe định kỳ) bao gồm: Mẫu phiếu khám sức khỏe cho người từ 18 tuổi trở lên hoặc Mẫu phiếu khám sức khỏe cho người chưa đủ 18 tuổi kèm theo Văn bản đồng ý của thân nhân người bệnh (đính kèm).
  - Mẫu phiếu (sổ) khám sức khỏe định kỳ: thực hiện theo Mẫu số 03 Phụ lục số XXIV; Đối với lao động nữ, khi khám sức khỏe định kỳ được khám chuyên khoa phụ sản theo danh mục quy định tại Phụ lục số XXV (đính kèm).
- Triển khai đầy đủ các nội dung khám sức khỏe, phân loại sức khỏe theo đúng quy định.
- Khám sức khỏe theo phạm vi tổ chức hoạt động Bệnh viện đã được cấp phép.
- Kế hoạch tổ chức KSK (Mẫu 03 Phụ lục IV ban hành kèm theo Nghị định này).
- Báo cáo công tác khám sức khỏe: định kỳ 2 lần/năm theo đường dẫn:  
<https://forms.gle/voEcdCboLDyADpCk7> cụ thể thời gian báo cáo như sau:

- Ngày 20/06 báo cáo 6 tháng (chốt số liệu từ 15/12 năm trước đến 15/06 năm sau).
  - Ngày 20/12 báo cáo năm (chốt số liệu từ 15/06 đến 14/12 hàng năm).
  - Báo cáo bằng văn bản giấy theo mẫu quy định (Phụ lục XXVI Thông tư 32/2023/TT-BYT) gửi về Sở Y tế.
- 2. Văn thư – lưu trữ:** Việc cấp và lưu giấy khám sức khỏe:
- Giấy KSK được cấp 01 bản cho người KSK, bệnh viện lưu 01 bản ngay sau khi cấp cho khách hàng bằng chính.
  - Thời gian lưu giấy KSK 02 năm (bảo quản hồ sơ, tài liệu chuyên môn nghiệp vụ ngành y tế theo Thông tư 33/2025/TT-BYT ngày 01/07/2025).
  - Hồ sơ KSK định kỳ do đơn vị quản lý người được KSK bảo quản và lưu trữ.
  - Thời hạn trả giấy KSK, sổ KSK định kỳ:
    - + Với người KSK đơn lẻ: Trong 24 giờ kể từ khi kết thúc việc KSK (ngoại trừ có yêu cầu xét nghiệm).
    - + Đối với trường hợp KSK tập thể theo hợp đồng: trả theo hợp đồng đã ký.
  - Giá trị sử dụng của giấy KSK, kết quả KSK định kỳ: Giấy KSK có giá trị trong 12 tháng kể từ ngày ký kết luận sức khỏe.
- 3. Phòng TCKT-QTNS:** Chuẩn bị hồ sơ đăng ký Bệnh viện được phép KSK lưu động (khi đủ điều kiện):
- Đơn đề nghị cho phép KSK lưu động (mẫu 01 phụ lục IV nghị định 96/2023/NĐ-CP ngày 31/12/2023).
  - Bản kê khai danh sách các thành viên tham gia KSK, quyết định phân công của trưởng đoàn và giấy phép hành nghề của trưởng đoàn. (mẫu số 02 phụ lục IV Nghị định 96/2023/NĐ-CP).
  - Bản sao hợp lệ văn bằng, chứng chỉ chuyên môn của người trực tiếp tham gia khám bệnh, chữa bệnh nhưng không thuộc diện phải có giấy phép hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh (nếu có).
  - Kế hoạch tổ chức KSK lưu động (mẫu số 3 phụ lục IV Nghị định 96/2023/NĐ-CP).

Trên đây là Văn bản kiện toàn Triển khai, tổ chức thực hiện KSK tại BVĐK Vạn Phước. Đề nghị các khoa/phòng/bộ phận triển khai thực hiện, nếu có vấn đề gì vướng mắc, phản hồi về phòng KHTH-QLCL để được hướng dẫn kịp thời.

**Nơi nhận:**

- Giám đốc;
- Trưởng các khoa/ phòng;
- Lưu: VT, KHTH;

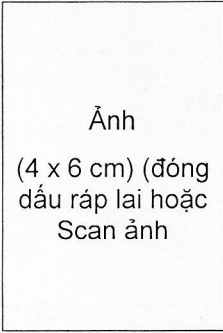


**LÊ NGUYỄN QUẾ MINH**

Mẫu số 03

MẪU SỐ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ  
CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ



1. Họ và tên (viết chữ in hoa): .....
2. Giới tính: Nam  Nữ
3. Sinh Ngày tháng năm (Tuổi:.....)
4. Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD : .....
5. Cấp ngày...../...../..... Tại.....
6. Chỗ ở hiện tại:.....;
- Số điện thoại liên hệ: .....

\* **Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân

7. Nghề nghiệp: .....
8. Nơi công tác, học tập: .....
9. Ngày bắt đầu vào làm việc tại đơn vị hiện nay:..... /..... / .....
10. Nghề, công việc trước đây (liệt kê công việc đã làm trong 10 năm gần đây, tính từ thời điểm gần nhất):
- a) ..... thời gian làm việc....  
năm..... tháng từ ngày ...../...../..... đến...../...../.....
- b) ..... thời gian làm việc...  
năm..... tháng từ ngày ...../...../..... đến...../...../.....
11. Tiền sử bệnh, tật của gia đình: .....

12. Tiền sử bệnh, tật của bản thân:

Tên bệnh	Phát hiện năm	Tên bệnh nghề nghiệp	Phát hiện năm
a)		a)	
b)		b)	
c)		c)	
d)		d)	

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

..... ngày..... tháng..... năm.....  
Người lập sổ KSK định kỳ  
(Ký và ghi rõ họ, tên)



# KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

## I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT

(Bác sỹ khám sức khỏe hỏi và ghi chép)

### Tiền sử sản phụ khoa (Đối với nữ):

- Bắt đầu thấy kinh nguyệt năm bao nhiêu tuổi:

- Tính chất kinh nguyệt:  Thường  Không đều

Chu kỳ kinh:  ngày

Lượng kinh:  ngày

Đau bụng kinh:  Có  Không

- Đã lập gia đình:  Có  Chưa

- PARA:

- Số lần mổ sản, phụ khoa:  Có  Ghi rõ: ..... Chưa

- Có đang áp dụng BPTT không?  Có  Ghi rõ: ..... Không

## II. KHÁM THỂ LỰC

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

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

Phân loại thể lực: .....

## III. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
phải khám đầy đủ các nội dung theo chuyên khoa để khẳng định có/hay không có bệnh, tật theo quy định tại Quyết định...		
<b>1. Nội khoa</b>		
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	
<b>Ngoại khoa, Da liễu:</b>		
	- Ngoại khoa:.....	
<b>2.</b>	Phân loại:	
	- Da liễu:.....	
	Phân loại:	
<b>3.</b>	<b>Sản phụ khoa:</b> Chi tiết nội dung khám theo danh mục tại phụ lục XXV ban hành kèm theo Thông tư này.	

	Phân loại: .....	
<b>4. Mắt:</b>		
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:		
<b>5. Tai - Mũi - Họng</b>		
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:		
<b>6. Răng - Hàm - Mặt</b>		
Kết quả khám:		
Hàm trên:		
.....		
Hàm dưới:		
.....		
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):		
Phân loại		



#### IV. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

* 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: .....	
.....	
.....	

#### V. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:<sup>1</sup> .....
2. Các bệnh, tật (nếu có):<sup>2</sup> .....
- .....

**NGƯỜI KẾT LUẬN**  
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)



## PHỤ LỤC SỐ XXV

(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)  
DANH MỤC KHÁM CHUYÊN KHOA PHỤ SẢN TRONG KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ CHO LAO ĐỘNG NỮ

TT	NỘI DUNG KHÁM	GHI CHÚ
<b>I.</b>	<b>Khám phụ khoa</b>	
1.	Khám vùng bụng dưới và vùng bẹn.	
2.	Khám bộ phận sinh dục ngoài.	
3.	Khám âm đạo bằng mỏ vịt kết hợp quan sát cổ tử cung bằng mắt thường.	- Chỉ thực hiện nếu tiếp cận được bằng đường âm đạo và có sự đồng ý của lao động nữ sau khi được nhân viên y tế tư vấn.
4.	Khám âm đạo phối hợp nắn bụng (khám bằng hai tay).	
5.	Khám trực tràng phối hợp nắn bụng (khám bằng hai tay).	- Chỉ thực hiện nếu không tiếp cận được bằng đường âm đạo hoặc bệnh cảnh cụ thể đòi hỏi phải đánh giá thêm bằng khám trực tràng. - Chỉ thực hiện nếu có sự đồng ý của lao động nữ sau khi được nhân viên y tế tư vấn.
<b>II.</b>	<b>Sàng lọc ung thư cổ tử cung</b> <i>Thực hiện sàng lọc, phát hiện sớm tổn thương cổ tử cung bằng ít nhất một trong các kỹ thuật sau:</i>	- Chỉ thực hiện nếu tiếp cận được bằng đường âm đạo và có sự đồng ý của lao động nữ sau khi được nhân viên y tế tư vấn.
1.	Nghiệm pháp quan sát cổ tử cung với dung dịch Acid Acetic (VIA test)	- Thực hiện theo hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế.
2.	Nghiệm pháp quan sát cổ tử cung với dung dịch Lugol (VILI test)	
3.	Xét nghiệm tế bào cổ tử cung	
4.	Xét nghiệm HPV	
<b>III</b>	<b>Sàng lọc ung thư vú</b> <i>Thực hiện sàng lọc, phát hiện sớm tổn thương vú bằng ít nhất một trong các kỹ thuật sau:</i>	
1.	Khám lâm sàng vú	
2.	Siêu âm tuyến vú hai bên	
3.	Chụp Xquang tuyến vú	
<b>IV.</b>	<b>Siêu âm tử cung-phần phụ</b> (khi có chỉ định của bác sỹ khám)	

Mẫu số 02

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI DƯỚI 18 TUỔI

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

Số: ...../GSKS-.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Ảnh  
(4 x 6 cm) (đóng  
dấu ráp lại hoặc  
Scan ảnh

- Họ và tên (viết chữ in hoa): .....
- Giới tính: Nam  Nữ ; 3. Sinh Ngày tháng năm; Tuổi:.....
- Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD : .....
- Cấp ngày...../...../..... Tại.....
- Chỗ ở hiện tại:.....
- Chỗ ở hiện tại:.....

\* **Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân.

- Lý do khám sức khỏe:.....

TIỀN SỬ BỆNH TẬT

1. Tiền sử gia đình

Có ai trong gia đình mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh truyền nhiễm không:

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

2. Tiền sử bản thân:

a) Sản khoa:

- Bình thường.

- Không bình thường: Để thiếu tháng; Để thừa cân; Để có can thiệp; Để 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 mãn 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

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
1.	<b>Nhi khoa</b>	
	a) <i>Tuần hoàn</i>	
b)	<i>Hô hấp</i>	
c)	<i>Tiêu hóa</i>	
d)	<i>Thận-Tiết niệu</i>	
đ)	<i>Thần kinh</i>	
e)	<i>Tâm thần</i>	
g)	<i>Khám lâm sàng khác</i>	
<b>2. Mắt:</b>		
Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
Các bệnh về mắt (nếu có):		
3.	<b>Tai - Mũi - Họng</b>	



## PHỤ LỤC SỐ XXIV

(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

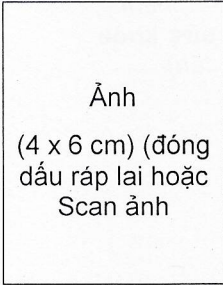
### Mẫu số 1.

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

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

Số: ...../GKSK-.....

### GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



- Họ và tên (viết chữ in hoa): .....
- Giới tính: Nam  Nữ
- Sinh Ngày tháng năm (Tuổi:.....)
- Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD : .....
- Cấp ngày...../...../..... Tại.....
- Chỗ ở hiện tại:.....

\* **Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân

7. 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:

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thính giác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt slent mạch, ghép tim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



11	Nghiện rượu, bia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi rõ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	------------------	--------------------------	--------------------------	----	--------------------	--------------------------	--------------------------

**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 và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
1.	<b>Nội khoa</b>	
	a) <i>Tuần hoàn</i>	
	Phân loại	
b)	<i>Hô hấp</i>	
	Phân loại	
c)	<i>Tiêu hóa</i>	
	Phân loại	
d)	<i>Thận-Tiết niệu</i>	
	Phân loại	
đ)	<i>Nội tiết</i>	
	Phân loại	
e)	<i>Cơ - xương - khớp</i>	
	Phân loại	
g)	<i>Thần kinh</i>	
	Phân loại	
h)	<i>Tâm thần</i>	
	Phân loại	
2.	<b>Ngoại khoa, Da liễu:</b>	
	- Ngoại khoa:	
	Phân loại:	
	- Da liễu:	
	Phân loại:	
3.	<b>Sản phụ khoa:</b>	

	..... Phân loại: .....	
<b>4. Mắt:</b>		
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:		
<b>5. Tai - Mũi - Họng</b>		
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:		
<b>6. Răng - Hàm - Mặt</b>		
Kết quả khám:      Hàm trên: ..... Hàm dưới: .....		
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):		
Phân loại		

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<b>1. Xét nghiệm máu:</b> 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):	
<b>2. Xét nghiệm nước tiểu:</b> a) Đường: ..... b) Protein: ..... c) Khác (nếu có): .....	
<b>3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):</b> ..... ..... .....	

### IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:.....

2. Các bệnh, tật (nếu có): .....

.....

.....ngày..... tháng..... năm.....

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)



Phụ lục I (Ban hành kèm Văn bản số: 70/VB-BVĐKVP ngày 03/03/2026)

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

**VĂN BẢN ĐỒNG Ý CỦA THÂN NHÂN NGƯỜI BỆNH**

Họ và tên người bệnh:

Ngày tháng năm sinh:

Số hồ sơ bệnh án tại cơ sở KCB (nếu có):

Người ký đồng ý (thân nhân/người đại diện):

- Họ và tên: .....
- Mối quan hệ với người bệnh: .....
- Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: .....
- Địa chỉ liên hệ: .....

**Nội dung đồng ý:**

Tôi, Ông/Bà ....., là thân nhân/người đại diện hợp pháp của người bệnh nêu trên, xin đồng ý cho người bệnh..... được khám bệnh, chữa bệnh, áp dụng các phương pháp chữa trị được bác sĩ chỉ định tại cơ sở ..... theo đúng chỉ định chuyên môn.

Tôi xác nhận đã được người hành nghề y tế cung cấp đầy đủ thông tin, bao gồm:

1. Tình trạng bệnh lý và chẩn đoán ban đầu;
2. Phương pháp điều trị được chỉ định;
3. Các rủi ro, lợi ích, biến chứng có thể xảy ra;
4. Những lựa chọn điều trị khác (nếu có);
5. Tôi hoàn toàn hiểu rõ và đồng ý cho người bệnh thực hiện việc khám, chữa bệnh theo nội dung trên.

Tôi chịu trách nhiệm về quyết định này và cam kết không yêu cầu bồi thường liên quan đến quyết định khám, chữa bệnh đã được tư vấn đầy đủ, trừ các quy định pháp luật khác có liên quan.

Ngày ... tháng ... năm ...

**Người làm văn bản đồng ý**

(Ký và ghi rõ họ tên)

