

**VĂN BẢN**

**Về việc: Thực hiện báo cáo số liệu bà mẹ mang thai và trẻ sơ sinh tham gia Chương trình tầm soát chẩn đoán, điều trị bệnh, tạt trước sinh và sơ sinh**

- Thực hiện Công văn số 4635/SYT-NVY ngày 09/04/2026 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh về việc: Thực hiện báo cáo số liệu bà mẹ mang thai và trẻ sơ sinh tham gia Chương trình tầm soát chẩn đoán, điều trị bệnh, tạt trước sinh và sơ sinh;
- Căn cứ Thông tư 43/2025/TT-BYT ngày 15/11/2025 của Bộ Y tế về hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trạm Y tế xã thuộc tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Căn cứ Quyết định số 1999/QĐ-TTg ngày 07 tháng 12 năm 2020 của Thủ tướng Chính phủ về phê duyệt Chương trình mở rộng tầm soát, chẩn đoán, điều trị một số bệnh, tạt trước sinh và sơ sinh đến năm 2030;
- Căn cứ Quyết định số 3845/QĐ-BYT ngày 11 tháng 8 năm 2021 của Bộ Trưởng Bộ Y tế về việc ban hành danh mục một số bệnh, tạt bẩm sinh được tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh, sơ sinh thuộc gói dịch vụ cơ bản;
- Căn cứ Kế hoạch số 95/KH-UBND ngày 16 tháng 3 năm 2026 của Ủy ban nhân dân Thành phố về hoạt động công tác Dân số năm 2026 tại Thành phố Hồ Chí Minh;
- Giám đốc BVĐK Vạn Phước chỉ đạo các khoa/phòng/bộ phận thực hiện các nội dung sau:
  1. **Khoa Khám bệnh phối hợp với khoa Cận lâm sàng thực hiện** : thực hiện và gửi báo cáo về phòng KHTH-QLCL trước ngày 12 của tháng cuối quý (3,6,9,12)
    - Báo cáo danh sách quản lý bà mẹ mang thai, thực hiện sàng lọc trước sinh theo **Mẫu 1**;
    - Báo cáo tổng hợp số liệu bà mẹ mang thai, thực hiện Sàng lọc trước sinh theo **Mẫu 3**;
  2. **Khoa Sản phối hợp khoa Cận lâm sàng**: thực hiện và gửi báo cáo về phòng KHTH-QLCL trước ngày 12 của tháng cuối quý (3,6,9,12)
    - Báo cáo danh sách trẻ sơ sinh, thực hiện Sàng lọc sơ sinh theo **Mẫu 2**;
    - Trẻ sơ sinh, thực hiện sàng lọc sơ sinh theo **Mẫu 4**;
  3. **Phòng KHTH**:
    - Cung cấp các biểu mẫu báo cáo: biểu Mẫu 1,2,3,4 (Đính kèm công văn số 4635/SYT-NVY ngày 09/04/2026).
    - Nhận báo cáo từ khoa Khám bệnh, khoa Sản, khoa CLS. Tổng hợp báo cáo trình giám đốc phê duyệt trước ngày 14 của tháng cuối quý (3,6,9,12).
    - Gửi file mềm các biểu mẫu báo cáo cho Bộ phận Văn thư.

#### 4. Văn thư:

- Gửi báo cáo vào ngày 15 của tháng cuối quý (3, 6, 9, 12), gửi về **Chi cục Dân số, địa chỉ: số 250 Pasteur, phường Xuân Hòa, Thành phố Hồ Chí Minh**, đồng thời gửi file scan bảng tổng hợp số liệu đã ký và file mềm các biểu mẫu vào hộp thư điện tử: [dskhgd.ccds@tphcm.gov.vn](mailto:dskhgd.ccds@tphcm.gov.vn).

#### ❖ Ghi chú:

- Quý I năm 2026: các khoa/phòng thực hiện báo cáo và nộp về phòng KHTH trước 17 giờ ngày 20/04/2026.
- Phòng KHTH trình Giám đốc phê duyệt trước 17 giờ ngày 22/04/2026, gửi file mềm báo cáo cho bộ phận Văn thư.
- Văn thư gửi báo cáo theo quy định sau khi được Giám đốc phê duyệt.

Trên đây là Văn bản về việc: Thực hiện báo cáo số liệu bà mẹ mang thai và trẻ sơ sinh tham gia Chương trình tầm soát chẩn đoán, điều trị bệnh, tật trước sinh và sơ sinh tại BVĐK Vạn Phước năm 2026. Đề nghị các khoa/phòng/bộ phận nghiêm túc thực hiện, nếu có vướng mắc phản hồi về phòng KHTH-QLCL để được hỗ trợ kịp thời./.

(Đính kèm các biểu mẫu 1, 2, 3,4 của công văn số 4635/SYT-NVY ngày 09/04/2026) *n*

#### Nơi nhận:

- GD;
- Chi cục dân số (địa chỉ như phần 4 của Văn bản)
- Các khoa/phòng/bộ phận;
- Lưu: VT, KHTH-QLCL;



**LÊ NGUYỄN QUẾ MINH**

**Mẫu 1: Danh sách bà mẹ mang thai**

Đơn vị: .....

Địa chỉ: .....

Điện thoại: ..... Email: .....

Đơn vị gửi báo cáo về Chi cục Dân số trước ngày 15 của tháng cuối quý (3, 6, 9, 12) để tổng hợp báo cáo Sở Y tế

(Địa chỉ: 250 Pasteur, phường Xuân Hòa, TP.HCM; ĐT: 028.38203791; Email: dskhhgd.cdcs@tphcm.gov.vn)

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày .....tháng ..... năm 20.....

**BÁO CÁO QUÝ ..... NĂM.....****Danh sách bà mẹ mang thai, thực hiện chương trình sàng lọc trước sinh tại đơn vị**

(Thực hiện theo Công văn số ...../SYT-NVY ngày ..... của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh)

Số TT	Họ và tên mẹ	Năm sinh	Địa chỉ		Tuổi thai (tuần)	Ngày khám thai	Kết quả					Trả lời kết quả thực hiện Sàng lọc trước sinh tại đơn vị	Chuyên tuyến
			(ghi rõ số nhà, tên đường, khu phố/ấp)	(phường, xã, đặc khu)			Bệnh tan máu bẩm sinh Thalassemia	Hội chứng Down	Hội chứng Edwards	Hội chứng Patau	Các dị tật, bất thường NST khác		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Nguyễn Thị A	1991	01 khu hành chính Thanh Đa	Bình Quới	11	02/03/2026	1	2	1	1	1	1	TD
2	Nguyễn Thị B	1990	140 Trần Phú	Vũng Tàu	20	03/03/2026	1	1	1	1	3	2	HV
3	Phạm Thi E	1988	560 Trương Gia Mô	Cát Lái	32	04/03/2026	0	1	2	1	1	2	TD
4	Ngô Thị C	1987	509 Điện Biên Phủ, Kp 1	Bàn Cờ	13	05/03/2026	3	1	1	1	1	1	
5	Trần Kim D	1985	D11/314 Trịnh Quang Nghị, Ấp 4	Bình Hưng	12	06/03/2026	1	0	1	1	2	2	HV

Người báo cáo

(Ký tên, ghi rõ họ tên)

Thủ trưởng đơn vị

(Ký tên, đóng dấu, ghi rõ họ tên)

**Hướng dẫn cách ghi chép:**Cột số 8, 9, 10, 11, 12: Kết quả: **Không thực hiện:** ghi số 0; **Bình thường:** ghi số 1; **Bất bình thường:** ghi số 2; **Nghi ngờ cần theo dõi:** ghi số 3Cột số 13: Ghi rõ trả lời kết quả theo chỉ định của bác sĩ: **Ghi số 1:** Đình chỉ thai nghén; **Ghi số 2:** Giữ thai

Cột số 14: (Chuyên tuyến): Viết tắt những chữ cái đầu tiên của tên bệnh viện chuyển đến, Ví dụ: Bệnh viện Từ Dũ (TD); Bệnh viện Hùng Vương (HV)...

**Danh sách trên bao gồm tất cả những trường hợp đến khám thai tại đơn vị (Kể cả những trường hợp đến khám thai tại đơn vị nhưng không có chỉ định Sàng lọc trước sinh)**

Đơn vị: .....

Địa chỉ: .....

Điện thoại: ..... Email: .....

**Mẫu 2: Danh sách Trẻ sơ sinh**

Đơn vị gửi báo cáo về Chi cục Dân số trước ngày 15 của tháng cuối quý (3, 6, 9, 12) để tổng hợp báo cáo Sở Y tế

(Địa chỉ: 250 Pasteur, phường Xuân Hòa, TP.HCM; ĐT: 028.38203791; Email: dskhhgd.ccds@tphcm.gov.vn)

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 20...

**BÁO CÁO QUÝ ..... NĂM.....**

**Danh sách trẻ sơ sinh, thực hiện chương trình sàng lọc sơ sinh tại đơn vị**

(Thực hiện theo Công văn số ...../SYT-NVY ngày ..... của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh)

Số TT	Họ tên mẹ	Năm sinh	Địa chỉ		Họ tên con	Sinh ngày, tháng, năm	Giới tính	Ngày lấy mẫu	Ngày gửi mẫu	Kết quả						Triển khai lấy mẫu máu gót chân
			(ghi rõ số nhà, tên đường, khu phố/ấp)	(phường, xã, đặc khu)						Suy giáp bẩm sinh	Thiếu men G6PD	Tăng sản thượng thận bẩm sinh	Kiểm thính bẩm sinh	Bệnh tim bẩm sinh	Khác	
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
8	Nguyễn Thị A	1979	01 khu hành chính Thanh Đa	Bình Quới	Trần Văn A	02/03/2026	1	02/03/2026	03/06/2024	1	1	1	1	1	1	1
2	Trần Thị C	1982	140 Trần Phú	Vũng Tàu	Phạm Thị B	03/03/2026	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Trần Thị C	1979	560 Trương Gia Mô	Cát Lái	Phan Thị C	04/03/2026	2	04/03/2026	05/03/2026	2	1	1	1	1	1	1
4	Phạm Thị D	1990	509 Điện Biên Phủ, Kp 1	Bàn Cờ	Ngô Văn D	05/03/2026	1	05/03/2026	06/03/2026	3	1	1	1	1	1	1
5	Phan Thị E	1986	D11/314 Trịnh Quang Nghị, Ấp 4	Bình Hưng	Nguyễn Thị H	06/03/2026	2	06/03/2026	07/03/2026	1	1	1	1	2	1	1

Người báo cáo  
(Ký tên, ghi rõ họ tên)

Thủ trưởng đơn vị  
(Ký tên, đóng dấu, ghi rõ họ tên)

**Hướng dẫn cách ghi chép:**

- Cột số 9 (Giới tính): 1. Nam; 2. Nữ

- Cột số 12, 13, 14, 15, 16, 17: Kết quả: **Không thực hiện:** ghi số 0; **Bình thường:** ghi số 1; **Bất bình thường:** ghi số 2; **Nghi ngờ, đang theo dõi:** ghi số 3

- Cột số 18: Thực hiện lấy mẫu máu gót chân tại đơn vị: **Có thực hiện** ghi số 1; **Không thực hiện** ghi số 0;

**Danh sách trên bao gồm tất cả trẻ sinh sống tại đơn vị (Trong đó, có cả những trẻ sơ sinh chưa được lấy mẫu máu gót chân để thực hiện Sàng lọc sơ sinh)**

**Mẫu 3: BC/Tổng hợp số liệu Sàng lọc trước sinh**

Đơn vị: .....

Địa chỉ: .....

ĐT liên hệ: .....

Email: .....

Đơn vị gửi báo cáo về Chi cục Dân số trước ngày 15 của tháng cuối quý (3, 6, 9, 12) để tổng hợp báo cáo Sở Y tế

(Địa chỉ: 250 Pasteur, phường Xuân Hòa, TP.HCM; ĐT: 028.38203791; Email: dskhhgd.ccds@tphcm.gov.vn)

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 20.....

**BÁO CÁO QUÝ .....NĂM .....****Tổng hợp số liệu, thực hiện chương trình sàng lọc trước sinh tại đơn vị**

(Thực hiện theo Công văn số .....SYT-NVY ngày ..... của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh)

STT	Đối tượng	Tổng số phụ nữ mang thai	Số phụ nữ mang thai được Sàng lọc trước sinh 4 bệnh (gói cơ bản)	Số phụ nữ được sàng lọc trước sinh bằng kỹ thuật xét nghiệm (mẫu máu khô, mẫu máu tươi, huyết thanh)	Số ca nghi ngờ nguy cơ mắc dị tật bào thai	Số ca chẩn đoán xác định mắc dị tật bào thai						Điều trị	
						Tổng số	Bệnh tan máu bẩm sinh Thalassemia	Hội chứng Down	Hội chứng Edwards	Hội chứng Patau	Các dị tật, bất thường NST khác	Số ca đình chỉ thai nghén	Số ca theo dõi
1	2	3	4	5	6	7 = 8 + ... + 12	8	9	10	11	12	13	14
1	Phụ nữ đến khám thai tại đơn vị ( <b>Cư trú tại Thành phố Hồ Chí Minh</b> ) Trong đó:												
1.1	- <b>Hộ nghèo</b> (Hỗ trợ theo Quyết định 1999)												
1.2	- <b>Hộ cận nghèo</b> (Hỗ trợ theo Quyết định 1999)												
1.3	- <b>Đối tượng bảo trợ xã hội</b> (Hỗ trợ theo Quyết định 1999)												
1.4	- <b>Đối tượng sống tại xã đảo</b> (Hỗ trợ theo Quyết định 1999)												
1.3	- Dịch vụ tự chi trả, xã hội hóa												
2	Phụ nữ đến khám thai tại đơn vị ( <b>Cư trú tại tỉnh/thành khác</b> )												
3	Nhân viên được tập huấn trong kỳ báo cáo về Kỹ năng Tư vấn Sàng lọc trước sinh	- Số người: .....											
		- Số lượt: .....											

**Người báo cáo**  
(Ký tên, ghi rõ họ tên)

**Thủ trưởng đơn vị**  
(Ký tên, ghi rõ họ tên)



Đơn vị: .....

Địa chỉ: .....

Điện thoại: ..... Email: .....

**Mẫu 4: Tổng hợp số liệu thực hiện sàng lọc sơ sinh**

Đơn vị gửi báo cáo về Chi cục Dân số trước ngày 15 của tháng cuối quý (3, 6, 9, 12) để tổng hợp báo cáo Sở Y tế

(Địa chỉ: 250 Pasteur, phường Xuân Hòa, TP.HCM; ĐT: 028.38203791; Email: dskhgd.ccds@tphcm.gov.vn)

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày .....tháng ..... năm 20.....

**BÁO CÁO QUÝ .....NĂM .....**

**Tổng hợp số liệu, thực hiện chương trình sàng lọc sơ sinh tại đơn vị**

(Thực hiện theo Công văn số ...../SYT-NVY ngày .....của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh)

S T T	Đối tượng	Tổng số trẻ sinh sống	Số trẻ được Sàng lọc sơ sinh 05 bệnh (gói cơ bản)	Số ca nguy cơ mắc các bất thường bẩm sinh							Số ca chẩn đoán xác định							Số ca được theo dõi, điều trị								
				Tổng số	Suy giáp bẩm sinh	Thiếu men G6PD	Tăng sản thượng thận bẩm sinh	Khiếm thính bẩm sinh	Bệnh tim bẩm sinh	Khác	Tổng số	Suy giáp bẩm sinh	Thiếu men G6PD	Tăng sản thượng thận bẩm sinh	Khiếm thính bẩm sinh	Bệnh tim bẩm sinh	Khác	Tổng số	Suy giáp bẩm sinh	Thiếu men G6PD	Tăng sản thượng thận bẩm sinh	Khiếm thính bẩm sinh	Bệnh tim bẩm sinh	Khác		
1	2	3	4	5 = 6 +...+ 11	6	7	8	9	10	11	12= 13 +...+ 18	13	14	15	16	17	18	19= 20 +...+ 24	20	21	22	23	24	25		
1	Số trẻ sinh sống tại đơn vị (Cư trú TP.HCM). Trong đó:																									
1.1	- Hộ nghèo (Hỗ trợ theo Quyết định 1999)																									
1.2	- Hộ cận nghèo (Hỗ trợ theo Quyết định 1999)																									
1.3	- Đối tượng bảo trợ xã hội (Hỗ trợ theo Quyết định 1999)																									
1.4	- Đối tượng sống tại xã đảo (Hỗ trợ theo Quyết định 1999)																									
1.5	- Dịch vụ tự chi trả, xã hội hóa																									
2	Số trẻ sinh sống tại đơn vị (Cư trú tỉnh/thành khác)																									
3	Đủ điều kiện thực hiện sàng lọc sơ sinh tại đơn vị	..... (01 trẻ/mẫu)																								

4	Đơn vị chỉ lấy mẫu và chuyên đơn vị tuyển trên thực hiện sàng lọc sơ sinh	..... (01 trẻ/mẫu)
---	---	--------------------

**Người báo cáo**  
(Ký tên, ghi rõ họ tên)

**Thủ trưởng đơn vị**  
(Ký tên, đóng dấu, ghi rõ họ tên)

**Lưu ý:**

- Sàng lọc sơ sinh 05 bệnh (gói cơ bản) gồm: Suy giáp bẩm sinh; Thiếu men G6PD; Tăng sản thượng thận bẩm sinh; Khiếm thính bẩm sinh; Bệnh tim bẩm sinh.
- Sàng lọc sơ sinh **không đủ 05 bệnh** (gói cơ bản): Ghi rõ số lượng, danh mục bệnh sàng lọc.
- Báo cáo chính thức (có dấu) và file Excel gửi về hộp thư điện tử: [dskhgd.ceds@tphcm.gov.vn](mailto:dskhgd.ceds@tphcm.gov.vn).