

**VĂN BẢN**

**V/v: Triển khai sử dụng các Biểu mẫu thực hiện khám sức khỏe định kỳ toàn dân tại BVĐK Vạn Phước**

- Thực hiện công văn số 7025/SYT-NVY ngày 27/05/2026 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh về việc: Thống nhất các biểu mẫu khám sức khỏe cho người dân;
- Thực hiện Kế hoạch số 228/KH-UBND về việc tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho người dân trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh năm 2025;
- Căn cứ Thông tư liên tịch số 13/2016/TTLT-BYT-BGDĐT ngày 12/05/2016 về quy định về công tác y tế trường học;
- Căn cứ Thông tư 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 về quy định chi tiết một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh.
- Căn cứ Quyết định số 1284/QĐ-BYT ngày 07/05/2026 của Bộ Y tế về ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn nội dung chuyên môn khám sức khỏe định kỳ cho trẻ em dưới 06 tuổi;
- Căn cứ Công văn số 3401/BYT-KCB ngày 12/05/2026 của Bộ Y tế về ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn nội dung chuyên môn khám sức khỏe định kỳ cho người dân;
- Giám đốc BVĐK Vạn Phước chỉ đạo các khoa/phòng/bộ phận liên quan nghiêm túc thực hiện các nội dung sau:

**1. Phòng KHTH:**

- Cập nhật các Biểu mẫu thực hiện công tác khám sức khỏe định kỳ cho người dân theo quy định, gồm có 14 biểu mẫu (đính kèm). Trong đó có 02 biểu mẫu Bệnh viện đã ban hành nhưng theo hướng dẫn của công văn, có cập nhật bổ sung một số trường thông tin.
- Giám sát khoa Khám bệnh thực hiện các biểu mẫu đúng theo quy định.

**2. Khoa Khám bệnh:**

- Trưởng khoa thông báo, tập huấn, hướng dẫn các bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên khác thực hiện khám sức khỏe định kỳ toàn dân về nội dung của các Biểu mẫu đã ban hành.
- Theo dõi, giám sát thực hiện nội dung của các Biểu mẫu trong các kỳ tổ chức thực hiện khám sức khỏe.



**3. Bộ phận Văn thư – Lưu trữ, hoặc khoa/phòng/bộ phận khác:** được chỉ đạo tham gia nhập liệu kết quả khám sức khỏe định kỳ toàn dân theo nội dung của các Biểu mẫu đảm bảo đầy đủ thông tin, đúng thời gian quy định.

Trên đây là Văn bản: Triển khai sử dụng các Biểu mẫu thực hiện khám sức khỏe định kỳ toàn dân tại BVĐK Vạn Phước tại BVĐK Vạn Phước. Đề nghị các khoa/phòng/bộ phận nghiêm túc thực hiện, trong quá thực hiện nếu có vướng mắc gì, phản hồi ngay về phòng KHTH để được hỗ trợ kịp thời./.

(Đính kèm 14 Biểu mẫu) 

**Nơi nhận:**

- Giám đốc.
- Các khoa/phòng/bộ phận.
- Lưu: VT, KHTH-QLCL



**Danh Mục**  
**CÁC BIỂU MẪU KHÁM SỨC KHỎE**

(Đính kèm theo Văn bản số 120/VB-BVĐKVP ngày 06 tháng 02 năm 2026 của BVĐK Vạn Phước)

1. Mẫu phiếu khám sức khỏe cho trẻ dưới 2 tháng tuổi.
2. Mẫu phiếu khám sức khỏe cho trẻ 2 - 3 tháng tuổi.
3. Mẫu phiếu khám sức khỏe cho trẻ 4 - 6 tháng tuổi
4. Mẫu phiếu khám sức khỏe cho trẻ 7 - 9 tháng tuổi.
5. Mẫu phiếu khám sức khỏe cho trẻ 10 - 12 tháng tuổi.
6. Mẫu phiếu khám sức khỏe cho trẻ 13 - 18 tháng tuổi.
7. Mẫu phiếu khám sức khỏe cho trẻ 19 - dưới 24 tháng tuổi.
8. Mẫu phiếu khám sức khỏe cho trẻ từ 2 tuổi đến dưới 6 tuổi.
9. Mẫu phiếu trắc nghiệm nguy cơ tự kỷ.
10. Mẫu phiếu khám, kiểm tra sức khỏe và tầm soát bệnh tật học đường cho trẻ từ 06 tuổi đến 18 tuổi đang học tại cơ sở giáo dục.
11. Mẫu phiếu khám sức khỏe cho người từ đủ 18 tuổi trở lên (khám tuyến).
12. Mẫu phiếu khám sức khỏe cho trẻ em từ đủ 06 tuổi đến dưới 18 tuổi.
13. Mẫu phiếu khám sức khỏe định kỳ cho người từ đủ 18 tuổi trở lên.
14. Mẫu phiếu khám sức khỏe định kỳ cho người cao tuổi

302  
CC  
T  
H VI  
N  
/NG

# Mẫu 1. MẪU PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ DƯỚI 2 THÁNG TUỔI

.....  
(Tên đơn vị).....

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

Số: /KSK-

**MẪU 1 - GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ DƯỚI 2 THÁNG TUỔI**  
(Ban hành kèm theo Quyết định số 1284/QĐ-BYT ngày 07 tháng 5 năm 2026  
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

A. HÀNH CHÍNH		
1. Họ và tên (In hoa): ..... Số định danh cá nhân: .....		
2. Sinh ngày: Sinh non: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tuần thai khi sinh: ___ tuần <input type="checkbox"/> KB		
3. Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		
4. Dân tộc: .....		
5. Địa chỉ nơi hiện ở của trẻ <sup>1</sup> : .....		
6. Họ tên người đi cùng trẻ: .....		
7. Mối quan hệ với trẻ: <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Ông/bà <input type="checkbox"/> Anh/chị <input type="checkbox"/> Họ hàng <input type="checkbox"/> Khác		
8. Tiền sử mẹ:		
- PARA: .....		
- Bất thường trong thai kỳ trước: .....		
- Bệnh lý trong thai kỳ: .....		
- Thuốc uống trong lúc mang thai: .....		
- Bệnh lý mẹ sàng lọc trước sinh: .....		
9. Tiền sử của trẻ		
- Kiểu sinh: <input type="checkbox"/> Sinh thường <input type="checkbox"/> Sinh mổ		
- Tình trạng của trẻ sau sinh: <input type="checkbox"/> Da kề da và nằm với mẹ đến khi ra viện <input type="checkbox"/> Điều trị tại Khoa sơ sinh		
- Bệnh lý của trẻ sau sinh (ghi rõ): .....		
- Sàng lọc sơ sinh <input type="checkbox"/> Máu gót chân. <input type="checkbox"/> Thính lực <input type="checkbox"/> Tim bẩm sinh		
- Dinh dưỡng: <input type="checkbox"/> Bú mẹ hoàn toàn <input type="checkbox"/> Bú mẹ + sữa công thức (SCT) <input type="checkbox"/> SCT hoàn toàn		
- Tiền sử tiếp xúc với người bệnh lao: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
10. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ: .....		
Căn cước công dân của mẹ hoặc người giám hộ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nghề nghiệp: ..... Điện thoại di động: .....		
B. ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU SINH TỒN		
Nhiệt độ:.... độ C	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Sốt <input type="checkbox"/> Hạ thân nhiệt	
Mạch:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Nhanh	
Nhịp thở:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Thở nhanh <input type="checkbox"/> Thở chậm	
C. ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG		
Chiều dài (cm).....	Chiều dài/Tuổi: .....SD	
Cân nặng (kg).....	Cân nặng/Tuổi: .....SD	
Vòng đầu (cm): .....cm	<input type="checkbox"/> Đầu to <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Đầu nhỏ	
D. ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN - VẬN ĐỘNG		
Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được	Kết quả	
	Có	Không
- Trẻ vận động tay, chân đồng đều cả 2 bên khi nằm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Kiểm tra “Thông tin cư trú” của mẹ/người giám hộ trên ứng dụng VNeID để xác định địa chỉ nơi ở hiện tại của trẻ. Trường hợp có thông tin “nơi thường trú” và “nơi tạm trú” trên VNeID phải lấy địa chỉ “nơi tạm trú”.

- Trẻ quay đầu hướng về âm thanh như tiếng chuông, tiếng nhạc, lời nói của bố mẹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bắt đầu có thể phát ra tiếng ê, a, gừ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nhìn theo khuôn mặt của bố/mẹ/người chăm sóc với khoảng cách 30cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E. ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG</b>		
<b>Kiểm tra sổ tiêm chủng</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>
- Viêm gan B mũi 1 (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lao (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tư vấn:</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>F. KHÁM LÂM SÀNG</b>		
<i>Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính.</i>		
<b>1. Toàn trạng</b>		
- Trẻ mở mắt tự nhiên	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Màu sắc da	<input type="checkbox"/> Hồng hào	<input type="checkbox"/> Nhợt <input type="checkbox"/> Tím <input type="checkbox"/> Vàng <input type="checkbox"/> Sạm da
- Sang thương da	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Bóng nước <input type="checkbox"/> Khác
Mô tả sang thương (nếu có): .....		
<b>2. Đầu - cổ</b>		
<b>2.1. Khám đầu - cổ</b>		
- Thóp:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Rộng <input type="checkbox"/> Hẹp <input type="checkbox"/> Thóp phồng
- Hình dạng đầu:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Vận động cổ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Giới hạn
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>2.2. Khám mắt</b>		
- Vị trí 2 mắt:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> 2 mắt xa nhau
- Mí mắt và kết mạc:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Sung/ đỏ <input type="checkbox"/> Chảy ghèn/mủ
- Đồng tử (kích thước, phản xạ):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Phản xạ Red reflex:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Bất thường (P) <input type="checkbox"/> Bất thường (T)
.....		
<b>2.3. Khám tai</b>		
- Vị trí tai:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Tai đóng thấp
- Số lượng tai:	<input type="checkbox"/> Đủ 2 bên tai	<input type="checkbox"/> Bất thường tai bên....
- Có khối sưng sau tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>2.4. Khám mũi</b>		
- Hình dạng mũi:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Mũi to, dày <input type="checkbox"/> Bất sản xương mũi
<b>2.5. Khám miệng</b>		
- Hình dạng:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Sứt môi, chẻ vòm
- Răng sữa sơ sinh:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Hình dạng lưỡi:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Lưỡi to bè
- Dính trắng lưỡi:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Nám miệng:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Cằm nhỏ, tụt về sau:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>3. Hô hấp</b>		
- Nhịp thở không đều:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có cơn ngưng thở trên 5 giây
- Thở rút lõm lồng ngực:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có

- Tiếng thở bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Nghe phổi:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<b>4. Tim mạch</b>		
- Đo SpO <sub>2</sub> :	% <input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Dưới <95%
- Vị trí mỏm tim:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Ổ đập bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn):	<input type="checkbox"/> Bắt rõ	<input type="checkbox"/> Mạch nhẹ <input type="checkbox"/> Không bắt được
- Tiếng tim:	<input type="checkbox"/> Điều, rõ, không âm thổi	<input type="checkbox"/> Không đều
	<input type="checkbox"/> Tiếng tim bất thường	<input type="checkbox"/> Âm thổi <input type="checkbox"/> Rung miêu
<b>5. Bụng và cơ quan sinh dục</b>		
- Hình dáng bụng, rốn:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Gan, lách to:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Lỗ hậu môn:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Cơ quan sinh dục nam (thoát vị bẹn, tinh hoàn ẩn, lỗ tiểu đóng thấp):	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Cơ quan sinh dục nữ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<b>6. Lưng và cột sống</b>		
- Hình dạng cột sống:	<input type="checkbox"/> Toàn vẹn, cân đối	<input type="checkbox"/> Hở cột sống <input type="checkbox"/> Vẹo cột sống
<b>7. Cơ xương và thần kinh</b>		
- Vận động không đối xứng:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Phản xạ bú:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Phản xạ nắm:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Phản xạ Moro:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Trương lực cơ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Tăng <input type="checkbox"/> Giảm
- Khớp háng:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Trật khớp háng
<b>G. KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN</b>		
<b>Kết luận về sức khỏe:</b>		
<input type="checkbox"/> Bình thường.		
<input type="checkbox"/> Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).		
<input type="checkbox"/> Có vấn đề về sức khỏe.		
Ghi rõ:		
<b>Tư vấn và hẹn khám lần sau:</b>		
.....		
.....		
.....		

**Hình thức chi trả khám sức khỏe:**

- Ngân sách Thành phố hỗ trợ
- Người dân tự chi trả
- Nguồn khác: .....

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

**Mẫu 2. MẪU PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 2 - 3 THÁNG TUỔI**

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

.....  
 (Tên đơn vị).....

Số: /KSK-

**MẪU 2 - GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 2 - 3 THÁNG TUỔI**  
 (Ban hành kèm theo Quyết định số 1284/QĐ-BYT ngày 07 tháng 5 năm 2026  
 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

<b>A. HÀNH CHÍNH</b>		
1. Họ và tên (In hoa): ..... Số định danh cá nhân: .....		
2. Sinh ngày: Sinh non: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tuần thai khi sinh: ___ tuần <input type="checkbox"/> KB		
3. Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		
4. Dân tộc: .....		
5. Địa chỉ nơi hiện ở của trẻ <sup>2</sup> : .....		
6. Họ tên người đi cùng trẻ: .....		
7. Mối quan hệ với trẻ: <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Ông/bà <input type="checkbox"/> Anh/chị <input type="checkbox"/> Họ hàng <input type="checkbox"/> Khác		
8. Tiền sử:		
- Bản thân: .....		
- Gia đình: .....		
- Tiền sử tiếp xúc với người bệnh lao: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
9. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ: .....		
Căn cước công dân của mẹ hoặc người giám hộ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nghề nghiệp: ..... Điện thoại di động: .....		
<b>B. ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU SINH TỒN</b>		
Nhiệt độ: ..... độ C	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Mạch: ..... lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Nhịp thở: ..... lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<b>C. ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG</b>		
Chiều dài (cm)..... Chiều dài/Tuổi: .....SD		
Cân nặng (kg)..... Cân nặng/Tuổi: .....SD		
Chu vi vòng cánh tay (mm):		
Vòng đầu (cm):		
<input type="checkbox"/> Phù dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Dấu hiệu thiếu máu <input type="checkbox"/> Dấu hiệu còi xương <input type="checkbox"/> Suy dinh dưỡng		
<input type="checkbox"/> Thừa cân/béo phì		
<b>D. ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN - VẬN ĐỘNG</b>		
Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được	Kết quả	
	Có	Không
- Phát ra tiếng khàn khàn, gừ gừ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cười mỉm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nhấc được đầu khi nằm sấp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trẻ ngoan/yên khi được vỗ về, hát ru, đung đưa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mắt nhìn theo đồ vật chuyển động	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E. ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG</b>		
Kiểm tra sổ tiêm chủng	Có	Không
- Viêm gan B mũi 1 (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lao (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>2</sup> Kiểm tra “Thông tin cư trú” của mẹ/người giám hộ trên ứng dụng VNeID để xác định địa chỉ nơi ở hiện tại của trẻ. Trường hợp có thông tin “nơi thường trú” và “nơi tạm trú” trên VNeID phải lấy địa chỉ “nơi tạm trú”.

- Uống vắc xin bại liệt lần 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tư vấn:</b>		
.....		
.....		
<b>F. KHÁM LÂM SÀNG</b>		
<i>Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính.</i>		
<b>1. Da</b>		
- Lòng bàn tay:	<input type="checkbox"/> Không nhợt	<input type="checkbox"/> Nhợt
- Các lỗ rò trên da: Rò luân nhĩ (trước tai), rò xoang bì (vùng cùi cụt/đọc theo cột sống)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Vàng da kéo dài:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>2. Đầu - cổ</b>		
<b>2.1. Khám đầu - cổ</b>		
- Thóp:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Kích thước và hình dạng đầu:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>2.2. Khám mắt</b>		
- Mí mắt và kết mạc:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Rung giật nhãn cầu/lác/vận động mắt bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Đồng tử (kích thước, phản xạ):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
.....		
<b>2.3. Khám tai</b>		
- Đáp ứng với âm thanh:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Có khối sưng sau tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>2.4. Khám miệng</b>		
	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
.....		
<b>3. Hô hấp</b>		
- Dấu hiệu suy hô hấp:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Tiếng thở bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Nghe phổi:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
.....		
<b>4. Tim mạch</b>		
- Vị trí mỏm tim:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Nghe tim (rối loạn nhịp tim, tiếng thổi):	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>5. Bụng và cơ quan sinh dục</b>		
- Hình dáng bụng, rốn:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Gan, lách to:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Cơ quan sinh dục nam (thoát vị bẹn, tinh hoàn ẩn):	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Cơ quan sinh dục nữ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
.....		
<b>6. Cơ xương và thần kinh</b>		
- Vận động không đối xứng:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Phản xạ cơ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường



- |                             |                                      |  |
|-----------------------------|--------------------------------------|--|
| - Trương lực cơ bất thường: | <input type="checkbox"/> Không       | <input type="checkbox"/> Có                |
| - Khớp háng:                | <input type="checkbox"/> Bình thường | <input type="checkbox"/> Không bình thường |
| - Dấu hiệu còi xương:       | <input type="checkbox"/> Không       | <input type="checkbox"/> Có                |

### G. KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN

#### Kết luận về sức khỏe:

- Bình thường.  
 Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).  
 Có vấn đề về sức khỏe.

Ghi rõ:

#### Tư vấn và hẹn khám lần sau:

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

#### Hình thức chi trả khám sức khỏe:

- Ngân sách Thành phố hỗ trợ  
 Người dân tự chi trả  
 Nguồn khác: .....

Ngày tháng năm

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)



- Cầm nắm được đồ vật trong tay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ngồi khi được giữ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết lẫy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E. ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG</b>		
<b>Kiểm tra sổ tiêm chủng</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>
- Viêm gan B mũi 1 (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lao (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiêm vắc xin bại liệt IPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tư vấn:</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>F. KHÁM LÂM SÀNG</b>		
<i>Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính.</i>		
<b>1. Da</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Lòng bàn tay	<input type="checkbox"/> Bình thường (Không nhợt)	<input type="checkbox"/> Không bình thường (Nhợt)
.....		
<b>2. Đầu - cổ</b>		
<b>2.1. Khám đầu - cổ</b>		
- Thóp:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Kích thước và hình dạng đầu:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>2.2. Khám mắt</b>		
- Mí mắt và kết mạc:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Rung giật nhãn cầu/lác/vận động mắt bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Đồng tử (kích thước, phản xạ):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
.....		
<b>2.3. Khám tai</b>		
- Màng nhĩ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Đáp ứng với âm thanh:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Có khối sưng sau tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>2.4. Khám miệng</b>		
	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
.....		
<b>3. Hô hấp</b>		
- Dấu hiệu suy hô hấp:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Tiếng thở bất thường	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Nghe phổi	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
.....		
<b>4. Tim mạch</b>		
- Vị trí mỏm tim:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Nghe tim (rối loạn nhịp tim, tiếng thổi):	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có

**5. Bụng và cơ quan sinh dục**

- |                         |                                      |  |
|-------------------------|--------------------------------------|--|
| - Hình dáng bụng, rốn:  | <input type="checkbox"/> Bình thường | <input type="checkbox"/> Không bình thường |
| - Gan, lách to:         | <input type="checkbox"/> Không       | <input type="checkbox"/> Có                |
| - Khối bất thường:      | <input type="checkbox"/> Không       | <input type="checkbox"/> Có                |
| - Cơ quan sinh dục nam: | <input type="checkbox"/> Bình thường | <input type="checkbox"/> Không bình thường |
| - Cơ quan sinh dục nữ:  | <input type="checkbox"/> Bình thường | <input type="checkbox"/> Không bình thường |

**6. Cơ xương và thần kinh**

- |                             |                                      |  |
|-----------------------------|--------------------------------------|--|
| - Vận động không đối xứng:  | <input type="checkbox"/> Không       | <input type="checkbox"/> Có                |
| - Phản xạ cơ:               | <input type="checkbox"/> Bình thường | <input type="checkbox"/> Không bình thường |
| - Trương lực cơ bất thường: | <input type="checkbox"/> Không       | <input type="checkbox"/> Có                |
| - Khớp háng:                | <input type="checkbox"/> Bình thường | <input type="checkbox"/> Không bình thường |
| - Dấu hiệu còi xương:       | <input type="checkbox"/> Không       | <input type="checkbox"/> Có                |

**G. KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN****Kết luận về sức khỏe:**

- Bình thường.  
 Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).  
 Có vấn đề về sức khỏe.

Ghi rõ:

**Tư vấn và hẹn khám lần sau:**

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

**Hình thức chi trả khám sức khỏe:**

- Ngân sách Thành phố hỗ trợ  
 Người dân tự chi trả  
 Nguồn khác: .....

Ngày tháng năm

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

**Mẫu 4. MẪU PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 7 - 9 THÁNG TUỔI**

.....  
(Tên đơn vị).....

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

Số: /KSK-

**MẪU 4 - GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 7 - 9 THÁNG TUỔI**  
(Ban hành kèm theo Quyết định số 1284/QĐ-BYT ngày 07 tháng 5 năm 2026  
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

<b>A. HÀNH CHÍNH</b>		
1. Họ và tên (In hoa): .....Số định danh cá nhân (CCCD):.....		
2. Sinh ngày:..... Sinh non: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tuần thai khi sinh: ___ tuần <input type="checkbox"/> KB		
3. Giới: ..... <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		
4. Dân tộc: .....		
5. Địa chỉ nơi hiện ở của trẻ <sup>4</sup> :.....		
6. Họ tên người đi cùng trẻ:.....		
7. Mối quan hệ với trẻ: <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Ông/bà <input type="checkbox"/> Anh/chị <input type="checkbox"/> Họ hàng <input type="checkbox"/> Khác		
8. Tiền sử:		
- Bản thân: .....		
- Gia đình:.....		
- Tiền sử tiếp xúc với người bệnh lao: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
9. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ: .....		
Căn cước công dân của mẹ hoặc người giám hộ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nghề nghiệp: .....Điện thoại di động:.....		
<b>B. ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU SINH TỒN</b>		
Nhiệt độ:.....độ C	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Mạch:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Nhịp thở:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<b>C. ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG</b>		
Chiều dài (cm).....Chiều dài/Tuổi: .....SD		
Cân nặng (kg).....Cân nặng/Tuổi: .....SD		
Chu vi vòng cánh tay (mm):		
Vòng đầu (cm):		
<input type="checkbox"/> Phù dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Dấu hiệu thiếu máu <input type="checkbox"/> Dấu hiệu còi xương <input type="checkbox"/> Suy dinh dưỡng		
<input type="checkbox"/> Thừa cân/béo phì		
<b>D. ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN -VẬN ĐỘNG</b>		
Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được	Kết quả	
	Có	Không
- Bập bẹ chuỗi âm thanh khác nhau (b b, ư, ơ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Phát ra âm thanh (khóc, la hét) hoặc cử chỉ để thu hút sự chú ý và đòi giúp đỡ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Chơi các trò chơi tương tác với người chăm sóc (chạm mũi, ú òa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Quay đầu về phía tiếng gọi hoặc người nói chuyện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết nhìn theo đồ vật bị giấu đi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nhận biết được lạ - quen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ngồi được không cần hỗ trợ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>4</sup> Kiểm tra “Thông tin cư trú” của mẹ/người giám hộ trên ứng dụng VNeID để xác định địa chỉ nơi ở hiện tại của trẻ. Trường hợp có thông tin “nơi thường trú” và “nơi tạm trú” trên VNeID phải lấy địa chỉ “nơi tạm trú”.

- Dùng ngón cái đối diện các ngón còn lại để túm, lấy đồ vật	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Đứng khi được xúc nách	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E. ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG</b>		
<b>Kiểm tra sổ tiêm chủng</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>
- Viêm gan B mũi 1 (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lao (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiêm vắc xin bại liệt IPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sởi đơn (9 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tư vấn:</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>F. KHÁM LÂM SÀNG</b>		
<i>Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính</i>		
<b>1. Da</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
Lòng bàn tay: <input type="checkbox"/> Bình thường (Không nhợt) <input type="checkbox"/> Không bình thường (Nhợt)		
.....		
<b>2. Đầu - cổ</b>		
<b>2.1. Khám đầu - cổ</b>		
- Sờ thóp: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
- Kích thước và hình dạng đầu: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
- Khối bất thường: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
.....		
<b>2.2. Khám mắt</b>		
- Mí mắt và kết mạc: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
- Rung giật nhãn cầu/lác/vận động mắt bất thường: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
- Đồng tử (kích thước, phản xạ): <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
.....		
<b>2.3. Khám tai</b>		
- Tai và màng nhĩ: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
- Có khối sưng sau tai: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
.....		
<b>2.4. Khám mũi họng</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
.....		
<b>2.5. Bất thường răng miệng</b> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
.....		
<b>3. Hô hấp</b>		
- Dấu hiệu suy hô hấp: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
- Tiếng thở bất thường: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
- Nghe phổi: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
.....		
<b>4. Tim mạch</b>		
- Vị trí mỏm tim: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn): <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		

- Nghe tim (rối loạn nhịp tim, tiếng thổi):  Không  Có

### 5. Bụng và cơ quan sinh dục

- Hình dáng bụng, rốn:  Bình thường  Không bình thường  
 - Gan, lách to:  Không  Có  
 - Khối bất thường:  Không  Có  
 - Cơ quan sinh dục ngoài:  Bình thường  Không bình thường

### 6. Cơ xương và thần kinh

- Vận động không đối xứng:  Không  Có  
 - Trương lực cơ:  Bình thường  Không bình thường  
 - Phản xạ cơ:  Bình thường  Không bình thường  
 - Dấu hiệu còi xương:  Không  Có

## G. KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN

### Kết luận về sức khỏe:

- Bình thường.  
 Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).  
 Có vấn đề về sức khỏe.

Ghi rõ:

### Tư vấn và hẹn khám lần sau:

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

### Hình thức chi trả khám sức khỏe:

- Ngân sách Thành phố hỗ trợ  
 Người dân tự chi trả  
 Nguồn khác: .....

Ngày tháng năm

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

**Mẫu 5. MẪU PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 10 - 12 THÁNG TUỔI**

.....  
(Tên đơn vị).....

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

Số: /KSK-

**MẪU 5 - GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 10 - 12 THÁNG TUỔI**  
(Ban hành kèm theo Quyết định số 1284/QĐ-BYT ngày 07 tháng 5 năm 2026  
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

<b>A. HÀNH CHÍNH</b>		
1. Họ và tên (In hoa): ..... Số định danh cá nhân (CCCD): .....		
2. Sinh ngày: ..... Sinh non: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tuần thai khi sinh: ____ tuần <input type="checkbox"/> KB		
3. Giới: ..... <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		
4. Dân tộc: .....		
5. Địa chỉ nơi hiện ở của trẻ <sup>5</sup> : .....		
6. Họ tên người đi cùng trẻ: .....		
7. Mối quan hệ với trẻ: <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Ông/bà <input type="checkbox"/> Anh/chị <input type="checkbox"/> Họ hàng <input type="checkbox"/> Khác		
8. Tiền sử:		
- Bản thân: .....		
- Gia đình: .....		
- Tiền sử tiếp xúc với người bệnh lao: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
9. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ: .....		
Căn cước công dân của mẹ hoặc người giám hộ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nghề nghiệp: ..... Điện thoại di động: .....		
<b>B. ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU SINH TỒN</b>		
Nhiệt độ:.....độ C	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Mạch:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Nhịp thở:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<b>ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG</b>		
Chiều dài (cm).....Chiều dài/Tuổi: .....SD		
Cân nặng (kg).....Cân nặng/Tuổi: .....SD		
Chu vi vòng cánh tay (mm):		
Vòng đầu (cm):		
<input type="checkbox"/> Phù dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Dấu hiệu thiếu máu <input type="checkbox"/> Dấu hiệu còi xương <input type="checkbox"/> Suy dinh dưỡng		
<input type="checkbox"/> Thừa cân/béo phì		
<b>C. ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN - VẬN ĐỘNG</b>		
Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được	Kết quả	
	Có	Không
- Đáp ứng, quay về phía người gọi tên trẻ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hiểu một số câu hỏi đơn giản, quen thuộc (Quả bóng ở đâu? Bó đâu? Mẹ đâu?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bập bẹ được một số từ gồm cả nguyên âm và phụ âm (ba, bà, ma, da, đi...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bắt chước được một vài động tác: vỗ tay hoan hô, vẫy tay, lắc đầu, ú òa...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nhìn được đồ vật theo hướng tay của cha mẹ chỉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>5</sup> Kiểm tra “Thông tin cư trú” của mẹ/người giám hộ trên ứng dụng VNeID để xác định địa chỉ nơi ở hiện tại của trẻ. Trường hợp có thông tin “nơi thường trú” và “nơi tạm trú” trên VNeID phải lấy địa chỉ “nơi tạm trú”.

- Lo lắng khi bị tách khỏi bố mẹ/người chăm sóc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Đứng vịn được, biết đứng lên khi được kéo tay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Có thể đi chuyên hoặc lết bằng mông	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D. ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG</b>		
<b>Kiểm tra sổ tiêm chủng</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>
- Viêm gan B mũi 1 (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lao (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiêm vắc xin bại liệt IPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sởi đơn (9 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm não Nhật Bản mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm não Nhật Bản mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Khác (ghi rõ):		
<b>Tư vấn:</b>		
.....		
.....		
.....		
.....		
<b>E. KHÁM LÂM SÀNG</b>		
<i>Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính</i>		
<b>1. Da</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Lòng bàn tay:	<input type="checkbox"/> Bình thường (Không nhợt)	<input type="checkbox"/> Không bình thường (Nhợt)
.....		
<b>2. Đầu - cổ</b>		
<b>2.1. Khám đầu - cổ</b>		
- Sờ thóp:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Kích thước và hình dạng đầu:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>2.2. Khám mắt</b>		
- Mí mắt và kết mạc:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Rung giật nhãn cầu/lác/vận động mắt bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Đồng tử (kích thước, phản xạ):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
.....		
<b>2.3. Khám tai</b>		
- Tai và màng nhĩ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Có khối sưng sau tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>2.4. Khám mũi họng</b>		
	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
.....		
<b>2.5. Bất thường răng miệng</b>		
	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>3. Hô hấp</b>		
- Dấu hiệu suy hô hấp:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Tiếng thở bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có

- Nghe phổi:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<b>4. Tim mạch</b>		
- Vị trí mỏm tim:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Nghe tim (rối loạn nhịp tim, tiếng thổi):	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
<b>5. Bụng và cơ quan sinh dục</b>		
- Hình dáng bụng, rốn:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Gan, lách to:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Cơ quan sinh dục ngoài:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<b>6. Cơ xương và thần kinh</b>		
- Vận động không đối xứng:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Trương lực cơ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Phản xạ cơ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Dấu hiệu còi xương:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
<b>F. KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN</b>		
<b>Kết luận về sức khỏe:</b>		
<input type="checkbox"/> Bình thường.		
<input type="checkbox"/> Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).		
<input type="checkbox"/> Có vấn đề về sức khỏe.		
Ghi rõ:		
<b>Tư vấn và hẹn khám lần sau:</b>		
.....		
.....		
.....		

**Hình thức chi trả khám sức khỏe:**

- Ngân sách Thành phố hỗ trợ
- Người dân tự chi trả
- Nguồn khác: .....

Ngày tháng năm

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

**Mẫu 6. MẪU PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 13 - 18 THÁNG TUỔI**

.....  
(Tên đơn vị).....

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

Số: /KSK-

**MẪU 6 - GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 13 - 18 THÁNG TUỔI**  
(Ban hành kèm theo Quyết định số 1284/QĐ-BYT ngày 07 tháng 5 năm 2026  
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

<b>A. HÀNH CHÍNH</b>		
1. Họ và tên (In hoa): .....Số định danh cá nhân (CCCD): .....		
2. Sinh ngày: .....Sinh non: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tuần thai khi sinh: ___ tuần <input type="checkbox"/> KB		
3. Giới: ..... <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		
4. Dân tộc: .....		
5. Địa chỉ nơi hiện ở của trẻ <sup>6</sup> : .....		
6. Họ tên người đi cùng trẻ: .....		
7. Mối quan hệ với trẻ: <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Ông/bà <input type="checkbox"/> Anh/chị <input type="checkbox"/> Họ hàng <input type="checkbox"/> Khác		
8. Tiền sử:		
- Bản thân: .....		
- Gia đình: .....		
- Tiền sử tiếp xúc với người bệnh lao: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
9. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ: .....		
Căn cước công dân của mẹ hoặc người giám hộ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nghề nghiệp: .....Điện thoại di động: .....		
<b>B. ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU SINH TỒN</b>		
Nhiệt độ:.....độ C	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Mạch:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Nhịp thở:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<b>C. ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG</b>		
Chiều dài (cm).....Chiều dài/Tuổi: .....SD		
Cân nặng (kg).....Cân nặng/Tuổi: .....SD		
Chu vi vòng cánh tay (mm):		
Vòng đầu (cm):		
<input type="checkbox"/> Phù dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Dấu hiệu thiếu máu <input type="checkbox"/> Dấu hiệu còi xương <input type="checkbox"/> Suy dinh dưỡng		
<input type="checkbox"/> Thừa cân/béo phì		
<b>D. ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN - VẬN ĐỘNG</b>		
Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được	Kết quả	
	Có	Không
- Nói được từ 5-20 từ đơn có nghĩa, có chủ đích (VD: bố, mẹ, bà, xe, chó). Phát âm có thể chưa rõ ràng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết dùng tay để cầm và ăn thức ăn cứng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sợ hãi khi tiếp xúc với người lạ hoặc đến nơi lạ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bất chước được tiếng nói và cử chỉ của người khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết tìm đến bố mẹ/người chăm sóc thân thiết khi buồn, sợ hãi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Thể hiện sự hứng thú với trẻ khác: nhìn, lại gần, cười, chơi cùng,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tự cởi mũ/dép mà không cần bố mẹ trợ giúp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết bò/dò dẫm đi lên được 3-4 bậc cầu thang, tam cấp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>6</sup> Kiểm tra “Thông tin cư trú” của mẹ/người giám hộ trên ứng dụng VNeID để xác định địa chỉ nơi ở hiện tại của trẻ. Trường hợp có thông tin “nơi thường trú” và “nơi tạm trú” trên VNeID phải lấy địa chỉ “nơi tạm trú”.

- Làm được các yêu cầu đơn giản bằng lời nói không có chỉ dẫn (lấy được đồ vật/đồ chơi quen thuộc theo yêu cầu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dùng ngón trỏ để chỉ cho người khác biết thứ mình muốn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trả lời hoặc quay đầu về phía người gọi tên trẻ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Đi được khi có người dắt, bám vào thành tủ, giường để di chuyển (trẻ <15 tháng); đi mà không cần trợ giúp (biết đi) (trẻ 18 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cố gắng ngồi xổm để nhặt đồ chơi dưới sàn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E. ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG</b>		
<b>Kiểm tra sổ tiêm chủng</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>
- Viêm gan B mũi 1 (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lao (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiêm vắc xin bại liệt IPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sởi đơn (9 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm não Nhật Bản mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm não Nhật Bản mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 4 (18 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sởi- Rubella (MR - 18 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Khác (ghi rõ):		
<b>Tư vấn:</b>		
.....		
.....		
.....		
.....		
<b>F. KHÁM LÂM SÀNG</b>		
<b>Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính</b>		
<b>1. Da</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Lòng bàn tay:	<input type="checkbox"/> Bình thường (không nhợt)	<input type="checkbox"/> Không bình thường (nhợt)
.....		
<b>2. Đầu - cổ</b>		
<b>2.1. Khám đầu - cổ</b>		
- Thóp:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Kích thước và hình dạng đầu:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>2.2. Khám mắt</b>		
- Mí mắt và kết mạc:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Rung giật nhãn cầu/lác/vận động mắt bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Đồng tử (kích thước, phản xạ):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
.....		
<b>2.3. Khám tai</b>		
- Tai và màng nhĩ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Có khối sưng sau tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>2.4. Khám mũi họng</b>		
	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường

2630

ÔNG  
TNH  
VIỆN  
N PH

NG-TI

<b>2.5. Bất thường răng miệng</b>	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
<b>3. Hô hấp</b>		
- Dấu hiệu suy hô hấp:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Tiếng thở bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Nghe phổi:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<b>4. Tim mạch</b>		
- Vị trí mỏm tim:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Nghe tim (rối loạn nhịp tim, tiếng thổi):	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
<b>5. Bụng và cơ quan sinh dục</b>		
- Hình dáng bụng, rốn:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Gan, lách to:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Cơ quan sinh dục ngoài:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<b>6. Cơ xương và thần kinh</b>		
- Vận động không đối xứng:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Trương lực cơ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Phản xạ cơ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Kiểm tra lưng:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Khám tứ chi và khớp:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Quan sát dáng đi:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<b>G. KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN</b>		
<b>Kết luận về sức khỏe:</b>		
<input type="checkbox"/> Bình thường.		
<input type="checkbox"/> Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).		
<input type="checkbox"/> Có vấn đề về sức khỏe.		
Ghi rõ:		
<b>Tư vấn và hẹn khám lần sau:</b>		
.....		
.....		
.....		
.....		

Hình thức chi trả khám sức khỏe:

- Ngân sách Thành phố hỗ trợ
- Người dân tự chi trả
- Nguồn khác: .....

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



- Đi lùi 2 bước mà không cần trợ giúp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết cho đồ vật vào hộp hoặc lọ có miệng nhỏ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E. ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỨNG</b>		
Kiểm tra sổ tiêm chủng	Có	Không
- Viêm gan B mũi 1 (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lao (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiêm vắc xin bại liệt IPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sởi đơn (9 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm não Nhật Bản mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm não Nhật Bản mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván-Viêm gan B-Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 4 (18 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sởi- Rubella (MR - 18 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Khác (ghi rõ):		
<b>Tư vấn:</b>		
.....		
.....		
.....		
.....		
<b>F. KHÁM LÂM SÀNG</b>		
<i>Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính</i>		
<b>1. Da</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Lòng bàn tay:	<input type="checkbox"/> Bình thường (không nhợt)	<input type="checkbox"/> Không bình thường (nhợt)
.....		
<b>2. 2. Đầu - cổ</b>		
<b>2.1. Khám đầu-cổ</b>		
- Thóp:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Kích thước và hình dạng đầu:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
.....		
<b>2.2. Khám mắt</b>		
- Mí mắt và kết mạc:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Rung giật nhãn cầu/lác/vận động mắt bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Đồng tử (kích thước, phản xạ):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
.....		
<b>2.3. Khám tai</b>		
- Tai và màng nhĩ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Có khối sưng sau tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>2.4. Khám mũi họng</b>		
	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
.....		
<b>2.5. Bất thường răng miệng</b>		
	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>3. Hô hấp</b>		
- Dấu hiệu suy hô hấp:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có

- Tiếng thở bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Nghe phổi:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<b>4. Tim mạch</b>		
- Vị trí mỏm tim:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Nghe tim (rối loạn nhịp tim, tiếng thổi):	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
<b>5. Bụng và cơ quan sinh dục</b>		
- Hình dáng bụng, rốn:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Gan, lách to:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Cơ quan sinh dục ngoài:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<b>6. Cơ xương và thần kinh</b>		
- Vận động không đối xứng:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Trương lực cơ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Phản xạ cơ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Kiểm tra lưng:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Khám tứ chi và khớp:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Quan sát dáng đi:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<b>G. KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN</b>		
<b>Kết luận về sức khỏe:</b>		
<input type="checkbox"/> Bình thường.		
<input type="checkbox"/> Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).		
<input type="checkbox"/> Có vấn đề về sức khỏe.		
Ghi rõ:		
<b>Tư vấn và hẹn khám lần sau:</b>		
.....		
.....		
.....		
.....		

**Hình thức chi trả khám sức khỏe:**

- Ngân sách Thành phố hỗ trợ
- Người dân tự chi trả
- Nguồn khác: .....

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



**Mẫu 8. MẪU PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ TỪ 2 TUỔI ĐẾN DƯỚI 6 TUỔI**

.....  
(Tên đơn vị).....

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

Số: /KSK-

**MẪU 8 - GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 2 - DƯỚI 6 TUỔI**  
(Ban hành kèm theo Quyết định số 1284/QĐ-BYT ngày 07 tháng 5 năm 2026  
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

<b>A. HÀNH CHÍNH</b>		
1. Họ và tên (In hoa): ..... Số định danh cá nhân (CCCD): .....		
2. Sinh ngày: ..... Sinh non: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tuần thai khi sinh: ___ tuần <input type="checkbox"/> KB		
3. Giới: ..... <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		
4. Dân tộc: .....		
5. Địa chỉ nơi hiện ở của trẻ <sup>8</sup> : .....		
6. Trẻ có đi học: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (chuyển qua câu 9)		
7. Tên Trường (nếu có): ..... Lớp: .....		
8. Địa chỉ trường: .....		
Xã/Phường: .....		
9. Họ tên người đi cùng trẻ: ..... Số điện thoại: .....		
10. Mối quan hệ với trẻ: <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Ông/bà <input type="checkbox"/> Anh/chị <input type="checkbox"/> Họ hàng <input type="checkbox"/> Khác		
11. Tiền sử:		
- Bản thân: .....		
- Gia đình: .....		
- Tiền sử tiếp xúc với người bệnh lao: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
12. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ: .....		
Căn cước công dân của mẹ hoặc người giám hộ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nghề nghiệp: ..... Điện thoại di động: .....		
<b>B. ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU SINH TỒN</b>		
Nhiệt độ:.....độ C	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Mạch:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Nhịp thở:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<b>C. ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG</b>		
Chiều dài (cm).....Chiều dài/Tuổi: .....SD		
Cân nặng (kg).....Cân nặng/Tuổi: .....SD		
<input type="checkbox"/> Phù dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Suy dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Thừa cân/béo phì		
<b>D. ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN - VẬN ĐỘNG 2 - &lt;3 TUỔI</b>		
Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được	Kết quả	
	Có	Không
- Thực hiện được 2-3 yêu cầu liên tiếp (VD: lấy dép và đội mũ/cởi mũ, cởi giày và cất dép lên kệ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nhận biết các hình, đồ vật, bộ phận cơ thể theo yêu cầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nói được câu khoảng 4-5 từ; Biết nói tên, tuổi của trẻ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Chơi các trò chơi bắt chước (chơi nấu ăn, cho búp bê ăn,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vịn cầu thang để bước lên các bậc, nhảy bật lên phía trước bằng cả 2 chân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>8</sup> Kiểm tra “Thông tin cư trú” của mẹ/người giám hộ trên ứng dụng VNeID để xác định địa chỉ nơi ở hiện tại của trẻ. Trường hợp có thông tin “nơi thường trú” và “nơi tạm trú” trên VNeID phải lấy địa chỉ “nơi tạm trú”.

- Đứng một chân khoảng 1 giây mà không cần vịn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cầm được bút vẽ đường thẳng, hình tròn; tô màu; cầm kéo cắt giấy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mở được nắp chai nước, vặn nắm cửa. Lật, mở từng trang sách	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trẻ có thể dùng muỗng, thìa để tự ăn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tập trung nghe nhạc hoặc nghe đọc truyện trong thời gian từ 5-10 phút	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E. ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN -VẬN ĐỘNG 3 - &lt;4 TUỔI</b>		
<b>Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được</b>	<b>Kết quả</b>	
	<b>Có</b>	<b>Không</b>
- Thực hiện được yêu cầu làm 3 hoạt động không liên quan (VD: cất đồ chơi vào thùng; đội mũ; đưa đồ vật cho bố mẹ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nói được câu dài, bắt đầu thích kể chuyện (VD: Con đi chơi công viên; Con muốn ôm mẹ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hỏi và trả lời được nhiều câu hỏi (VD: Tại sao? Con muốn đi đâu? Con muốn ăn gì?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết so sánh và đưa ra sự khác biệt (to hơn- nhỏ hơn; đẹp hơn- xấu hơn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Đứng yên bằng 1 chân khoảng 5 giây; tự tin lên xuống cầu thang bằng 2 chân, nhảy lò cò	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Có thể cài hoặc mở khuy áo, kéo khoá kéo, rửa tay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Có thể cầm kéo, nặn, tô màu theo hình	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trẻ tự ăn uống bằng thìa/ muỗng; có thể tự lấy thức ăn không làm rơi vãi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tự mặc và cởi quần áo không cần hỗ trợ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nói đúng được các thông tin của bản thân: tên, tuổi, tên bố mẹ; số điện thoại	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Thể hiện cảm xúc rõ ràng và biết an ủi người khác khi họ buồn, lo lắng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F. ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN -VẬN ĐỘNG 4 - &lt;5 TUỔI</b>		
<b>Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được</b>	<b>Kết quả</b>	
	<b>Có</b>	<b>Không</b>
- Có thể đếm to hoặc đếm bằng ngón tay khi được hỏi (VD: có bao nhiêu quả táo trên bàn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nói những câu hoàn chỉnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết ném và bắt bóng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Có thể nhảy lò cò bằng 1 chân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tự mặc và cởi quần áo không cần hỗ trợ nhiều	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hầu như luôn vâng lời người lớn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Có thể tách rời bố mẹ hoặc người chăm sóc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kể lại được câu chuyện khi được nghe nhiều lần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G. ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN -VẬN ĐỘNG 5 - &lt;6 TUỔI</b>		
<b>Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được</b>	<b>Kết quả</b>	
	<b>Có</b>	<b>Không</b>
- Biết họ tên đầy đủ, tuổi, giới tính, địa chỉ nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nói rõ ràng, sử dụng câu dài và kể lại sự việc chi tiết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hiểu và làm theo nhiều hướng dẫn liên tiếp (4-5 bước)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nhận biết chữ cái, con số; có thể viết tên mình	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Đếm được đến 20 trở lên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vẽ người với nhiều chi tiết (tay, chân, quần áo, tóc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết tự chăm sóc bản thân: mặc quần áo, đánh răng, buộc dây giày	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vận động: chạy nhanh, nhảy xa, ném - bắt bóng tốt, đi thẳng bằng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết chơi trò chơi tập thể, tuân thủ luật lệ, chờ đến lượt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H. ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG</b>		
<b>Kiểm tra sổ tiêm chủng</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván- Bại liệt (nhắc lại)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

226

HỘI  
TNI  
VIỆN  
N P

ONG-

- Sởi - Quai bị- Rubella (nhắc lại)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm gan B (nhắc lại)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm não Nhật Bản B (nhắc lại)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Thủy đậu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cúm mùa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Khác (ghi rõ):		
<b>Tư vấn:</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>I. KHÁM LÂM SÀNG</b>		
<i>Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính</i>		
<b>1. Da</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Lòng bàn tay:	<input type="checkbox"/> Bình thường (không nhợt)	<input type="checkbox"/> Không bình thường (nhợt)
Bất thường về da:	<input type="checkbox"/> Chàm <input type="checkbox"/> Ghẻ <input type="checkbox"/> Nấm <input type="checkbox"/> Bướu máu <input type="checkbox"/> Dấu xuất huyết	
.....		
<b>2. 2. Đầu - cổ</b>		
<b>2.1. Khám đầu - cổ</b>		
- Tóc:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Rụng tóc
- Kích thước và hình dạng đầu:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
.....		
<b>2.2. Khám mắt</b>		
- Mí mắt và kết mạc:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Lác mắt:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Không nhìn theo đồ vật:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Đồng tử (kích thước, phản xạ):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
.....		
<b>2.3. Khám tai</b>		
- Tai và màng nhĩ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Đáp ứng với âm thanh:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Có khối sưng sau tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>2.4. Khám mũi họng</b>		
- Chảy nước mũi:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Nghẹt mũi:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Họng:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
.....		
<b>2.5. Bất thường răng miệng</b>		
- Nấm miệng:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Vết sâu, mảng bám, lỗ trên răng:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Vết loét ở niêm mạc miệng:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
<b>3. Hô hấp</b>		
- Dấu hiệu suy hô hấp:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Tiếng thở bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Nghe phổi:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
.....		
<b>4. Tim mạch</b>		

- Vị trí mỏm tim:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Nghe tim (rối loạn nhịp tim, tiếng thổi):	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có

### 5. Bụng và cơ quan sinh dục

- Hình dáng bụng, rốn:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Gan, lách to:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Táo bón:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Tiêu chảy kéo dài:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Cơ quan sinh dục ngoài:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường

### 6. Cơ xương và thần kinh

- Vận động không đối xứng:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Trương lực cơ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Phản xạ cơ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Kiểm tra lưng:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Khám tứ chi và khớp:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Quan sát dáng đi:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường

### J. KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN

#### Kết luận về sức khỏe:

- Bình thường.  
 Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).  
 Có vấn đề về sức khỏe.

Ghi rõ:

#### Tư vấn và hẹn khám lần sau:

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

#### Hình thức chi trả khám sức khỏe:

- Ngân sách Thành phố hỗ trợ  
 Người dân tự chi trả  
 Nguồn khác: .....

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

**Mẫu 9. MẪU PHIẾU TRẮC NGHIỆM NGUY CƠ TỰ KỶ (M-CHAT-R)<sup>9</sup>**

.....  
(Tên đơn vị).....

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

Số: /KSK-

**MẪU 9 - MẪU TRẮC NGHIỆM NGUY CƠ TỰ KỶ (M-CHAT-R)**  
(Ban hành kèm theo Quyết định số 1284/QĐ-BYT ngày 07 tháng 5 năm 2026  
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

**A. HÀNH CHÍNH**

1. Họ tên trẻ (In hoa): .....
- Số định danh cá nhân (CCCD): .....
2. Ngày sinh:..... Tuổi:.....
3. Giới:  Nam  Nữ
4. Dân tộc: .....
5. Địa chỉ nơi hiện ở của trẻ<sup>10</sup>:.....
6. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ:.....
- Căn cước công dân của mẹ hoặc người giám hộ:
- Nghề nghiệp: ..... Điện thoại di động:.....
7. Trẻ có đi học:  Có  Không (chuyển qua câu 10)
8. Tên Trường (nếu có):..... Lớp:.....
9. Địa chỉ trường: .....
- Xã/Phường: .....

**B. NỘI DUNG ĐÁNH GIÁ**

10. Ngày đánh giá:.....
11. Người đánh giá:  Bố  Mẹ  Người chăm sóc khác: .....
- Anh/chị hãy trả lời các câu hỏi dưới đây về những hành vi có thể gặp ở con mình.  
Nếu hành vi nào xảy ra rất ít khi (chỉ thấy 1-2 lần) thì coi như không có.

Nội dung	Có	Không
1. Nếu bạn chỉ vào một điểm trong phòng, con bạn có nhìn theo không? (Ví dụ: nếu bạn chỉ vào đồ chơi hay con vật, con bạn có nhìn vào đồ chơi đó hay con vật đó không?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bạn có bao giờ tự hỏi liệu con bạn có bị điếc không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Con bạn có chơi trò tưởng tượng hoặc giả vờ không? (Ví dụ: giả vờ uống nước từ một cái cốc rỗng, giả vờ nói chuyện điện thoại hay giả vờ cho búp bê, thú bông ăn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Con bạn có thích leo trèo lên đồ vật không? (Ví dụ: trèo lên đồ đạc trong nhà, đồ chơi ngoài trời hoặc leo cầu thang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Con bạn có làm các cử động ngón tay một cách bất thường gần mắt của trẻ không? (Ví dụ: con bạn có vẫy/đưa qua đưa lại ngón tay gần mắt của trẻ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Con bạn có dùng ngón tay trỏ để yêu cầu việc gì đó, hoặc để muốn được giúp đỡ không? (Ví dụ: chỉ vào bím bím hoặc đồ chơi ngoài tầm với)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Con bạn có dùng một ngón tay để chỉ cho bạn thứ gì đó thú vị mà trẻ thích thú không? (Ví dụ: chỉ vào máy bay trên bầu trời hoặc một cái xe tải lớn trên đường)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>9</sup> Áp dụng cho trẻ từ 16 - 30 tháng tuổi

<sup>10</sup> Kiểm tra “Thông tin cư trú” của mẹ/người giám hộ trên ứng dụng VNeID để xác định địa chỉ nơi ở hiện tại của trẻ. Trường hợp có thông tin “nơi thường trú” và “nơi tạm trú” trên VNeID phải lấy địa chỉ “nơi tạm trú”.

8. Con bạn có thích chơi với những đứa trẻ khác không? ( <i>Ví dụ: con bạn có quan sát những đứa trẻ khác, cười với những trẻ này hoặc tới chơi với chúng không?</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Con bạn có khoe với bạn những đồ vật bằng cách cầm hoặc mang chúng đến cho bạn xem, không phải để được bạn giúp đỡ mà chỉ để chia sẻ với bạn không? ( <i>Ví dụ: khoe với bạn một bông hoa, thú bông hoặc một cái xe tải đồ chơi</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Con bạn có đáp lại khi được gọi tên không? ( <i>Ví dụ: con bạn có ngược lên tìm người gọi, đáp chuyện hay bập bẹ, hoặc ngừng việc đang làm khi bạn gọi tên của trẻ?</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Khi bạn cười với con bạn, con bạn có cười lại với bạn không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Con bạn có cảm thấy khó chịu bởi những tiếng ồn xung quanh? ( <i>Ví dụ: con bạn có hét lên hay la khóc khi nghe tiếng ồn của máy hút bụi hoặc tiếng nhạc to?</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Con bạn có biết đi không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Con bạn có nhìn vào mắt bạn khi bạn đang nói chuyện với trẻ, chơi cùng trẻ hoặc mặc quần áo cho trẻ không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Con bạn có bắt chước những điều bạn làm không? ( <i>Ví dụ: vẫy tay bye bye, vỗ tay hoặc bắt chước tạo ra những âm thanh vui vẻ</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nếu bạn quay đầu để nhìn gì đó, con bạn có nhìn xung quanh để xem bạn đang nhìn cái gì không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Con bạn có gây sự chú ý để bạn phải nhìn vào trẻ không? ( <i>Ví dụ: con bạn có nhìn bạn để được bạn khen ngợi hoặc trẻ nói “nhìn” hay “nhìn con”</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Con bạn có hiểu bạn nói gì khi bạn yêu cầu con làm không? ( <i>Ví dụ: Nếu bạn không chỉ tay, con bạn có hiểu “đặt sách lên ghế”, “đưa mẹ/bố cái chăn” không?</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nếu có điều gì mới lạ, con bạn có nhìn bạn để xem bạn cảm thấy thế nào về việc xảy ra không? ( <i>Ví dụ: nếu trẻ nghe thấy một âm thanh lạ hoặc thú vị, hay nhìn thấy một đồ chơi mới, con bạn có nhìn bạn không?</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Con bạn có thích những hoạt động mang tính chất chuyển động không? ( <i>Ví dụ: được lắc lư hoặc nhún nhảy trên đầu gối của bạn</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tổng dấu hiệu nguy cơ</b>		

**Chú ý:** Câu 2, 5, 12: câu trả lời “Có” là có ý nghĩa nguy cơ.

**Cách chấm điểm:**

- Các câu 2, 5, 12 nếu trả lời “Có” thì chấm 1 điểm, trả lời “Không” thì chấm 0 điểm.
- Các câu còn lại nếu trả lời “Có” thì chấm 0 điểm, trả lời “Không” thì chấm 1 điểm.

Tổng điểm/phiên giải nguy cơ:

- 1-2 điểm: Trẻ có yếu tố nguy cơ thấp, quan sát thêm và đến 24 tháng tuổi đi kiểm tra lại.
- Từ 3 điểm trở lên: Trẻ nên đi khám chuyên khoa.

**Hình thức chi trả khám sức khỏe:**

- Ngân sách Thành phố hỗ trợ
- Người dân tự chi trả
- Nguồn khác: .....

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

**Mẫu 10. MẪU PHIẾU KHÁM, KIỂM TRA SỨC KHỎE VÀ TẦM SOÁT BỆNH TẬT HỌC ĐƯỜNG CHO TRẺ TỪ 06 TUỔI ĐẾN 18 TUỔI ĐANG HỌC TẠI CƠ SỞ GIÁO DỤC**

.....  
(Tên đơn vị).....

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

Số: /KSK-

**MẪU PHIẾU KHÁM, KIỂM TRA SỨC KHỎE VÀ TẦM SOÁT BỆNH TẬT HỌC ĐƯỜNG CHO TRẺ TỪ 06 TUỔI ĐẾN 18 TUỔI ĐANG HỌC TẠI CƠ SỞ GIÁO DỤC**

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 13/2016/TTLT-BYT-BGDĐT ngày 12 tháng 5 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo)

**A. THÔNG TIN HÀNH CHÍNH (phụ huynh tự khai)**

1. Tên trường: ..... Lớp: .....

2. Địa chỉ trường: .....

Xã/Phường: .....

3. Họ và tên trẻ: .....

4. Ngày sinh: ...../...../..... Giới tính:  Nam  Nữ

5. Địa chỉ nơi hiện ở của trẻ<sup>11</sup>: .....

Xã/Phường: .....

6. Mã định danh cá nhân của trẻ:

7. Số thẻ BHYT:  -

8. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ: .....

Căn cước công dân của mẹ hoặc người giám hộ:

Nghề nghiệp: ..... Điện thoại di động: .....

9. Quá trình sinh trưởng:

- Con thứ mấy: ..... Tổng số con trong gia đình: .....

- Tuổi thai lúc sinh: ..... tuần

- Cân nặng lúc sinh: ..... gram

- Cách sinh:

Sinh thường  Sinh mổ  Sinh mổ chủ động

Sinh chỉ huy  Giác hút  Forceps

- Dị tật bẩm sinh (nếu có): .....

.....

10. Bệnh lý của mẹ trong thai kỳ: .....

11. Tiền sử gia đình (bao gồm bố mẹ, anh chị em ruột):

Ung thư nguyên bào vông mạc

Tim bẩm sinh  Hen  Dị ứng, ghi rõ: .....

Động kinh  Rối loạn giảm chú ý - tăng động

12. Trẻ đã từng được chẩn đoán mắc các bệnh sau đây:

Không

Có:

Hen phế quản  Tim bẩm sinh  Động kinh

Rối loạn giảm chú ý - tăng động  Dị ứng (ghi rõ): .....

Khác (ghi rõ): .....

**B. BỘ CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ TÂM THẦN (Người thực hiện hoặc là phụ huynh hoặc giáo viên hoặc đối tượng học sinh nếu khả năng nhận thức của trẻ tốt).**

<sup>11</sup> Kiểm tra “Thông tin cư trú” của mẹ/người giám hộ trên ứng dụng VNeID để xác định địa chỉ nơi ở hiện tại của trẻ. Trường hợp có thông tin “nơi thường trú” và “nơi tạm trú” trên VNeID phải lấy địa chỉ “nơi tạm trú”.

**B1. Bảng câu hỏi sàng lọc rối loạn giảm chú ý - tăng động**  
 Đánh dấu (X) vào các cột “Không có”, “Thỉnh thoảng” hoặc “Thường xuyên” phù hợp nhất với mô tả về hành vi của trẻ trong thời gian 6 tháng vừa qua.

TT	Nội dung	Không có	Thỉnh thoảng	Thường xuyên
1.	Thường không chú ý đến chi tiết hoặc mắc lỗi do thiếu cẩn thận trong học tập, công việc hoặc các hoạt động khác.			
2.	Thường gặp khó khăn khi duy trì sự chú ý trong các hoạt động hằng ngày hoặc hoạt động vui chơi.			
3.	Thường có vẻ như không chú ý lắng nghe khi nói chuyện trực tiếp.			
4.	Thường không thực hiện được các hướng dẫn và không thể hoàn tất việc học ở trường ( <i>không phải do không hiểu được các hướng dẫn</i> ).			
5.	Thường gặp khó khăn khi thực hiện các nhiệm vụ và các hoạt động.			
6.	Thường né tránh, không thích, hoặc miễn cưỡng tham gia các nhiệm vụ cần nỗ lực tập trung chú ý kéo dài ( <i>ví dụ, làm bài tập ở trường hoặc làm bài tập ở nhà</i> ).			
7.	Thường đánh mất những vật dụng cần thiết cho các hoạt động ( <i>ví dụ, bài tập ở trường, bút chì hoặc sách, dụng cụ học tập khác</i> ).			
8.	Thường dễ bị xao lãng bởi các kích thích bên ngoài.			
9.	Thường hay quên trong các hoạt động hằng ngày.			
10.	Thường có vẻ bồn chồn, tay chân không yên hoặc uốn éo vụng vọ người khi ngồi.			
11.	Thường rời khỏi chỗ ngồi trong lớp học hoặc trong những tình huống khác mà trẻ cần phải ngồi tại chỗ.			
12.	Thường chạy tới lui, lăng xăng hoặc leo trèo quá mức trong những tình huống không phù hợp ( <i>ở thanh thiếu niên, có thể chỉ là cảm giác bồn chồn, không yên</i> ).			
13.	Thường khó khăn khi cần giữ yên lặng trong lúc chơi hoặc khó khăn khi tham gia các hoạt động thư giãn, yên tĩnh.			
14.	Thường “bận rộn hoạt động” hoặc hoạt động như thể không biết mệt mỏi.			
15.	Thường nói quá nhiều.			
16.	Thường nói bật ra câu trả lời khi câu hỏi chưa được nói xong.			
17.	Thường gặp khó khăn khi phải chờ đợi tới lượt.			
18.	Thường ngắt lời người khác hoặc chen ngang ( <i>ví dụ, chen ngang vào cuộc nói chuyện hoặc trò chơi của người khác</i> ).			

**Lưu ý:**

- Đây là bảng câu hỏi sàng lọc dùng để nhận diện rối loạn giảm chú ý – tăng động. Bảng câu hỏi này không thay thế cho sự đánh giá chuyên sâu của các chuyên gia lâm sàng.
- Từ câu 1 đến câu 9 : Nếu có từ 6 câu trở lên trả lời “Thỉnh thoảng” hoặc “Thường xuyên” cần đưa trẻ đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa để được đánh giá lại tình trạng giảm chú ý.
- Từ câu 10 đến câu 18 : Nếu có từ 6 câu trở lên trả lời “Thỉnh thoảng” hoặc “Thường xuyên”

cần đưa trẻ đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa để được đánh giá lại tình trạng tăng động.

**B2. Bảng câu hỏi sàng lọc rối loạn phổ tự kỷ<sup>12</sup>.**

Đánh dấu (X) vào các cột “Hoàn toàn đồng ý”, “Có chút đồng ý”, “Có chút không đồng ý”, “Hoàn toàn không đồng ý” phù hợp nhất với mô tả về hành vi của trẻ.

TT	Nội dung	Hoàn toàn đồng ý	Có chút đồng ý	Có chút không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý
1.	Trẻ thường chú ý đến những âm thanh nhỏ khi người khác không chú ý đến.				
2.	Trẻ thường tập trung chú ý vào toàn bộ bức tranh hơn là những chi tiết nhỏ.				
3.	Trong một nhóm xã hội, trẻ có thể dễ dàng theo dõi cuộc trò chuyện của nhiều người khác nhau.				
4.	Trẻ thấy dễ dàng khi thay đổi tới lui giữa các hoạt động khác nhau.				
5.	Trẻ không biết cách duy trì cuộc trò chuyện với các bạn đồng trang lứa của mình.				
6.	Trẻ giỏi trong các cuộc tán gẫu, nói chuyện phiếm xã hội.				
7.	Khi trẻ đang đọc một câu chuyện, trẻ cảm thấy khó khăn khi trình bày ý muốn và cảm xúc của nhân vật.				
8.	Trước khi trẻ vào học lớp 1, trẻ thường thích chơi các trò chơi liên quan đến sắm vai giả vờ với trẻ khác.				
9.	Trẻ thấy dễ dàng khi trình bày những gì trẻ đang suy nghĩ hoặc cảm thấy bằng cách nhìn vào gương mặt của trẻ.				
10.	Trẻ thấy khó khăn khi kết bạn mới.				

**Lưu ý:**

- Chỉ lựa chọn 1 kết quả phù hợp nhất cho mỗi câu hỏi.
- Đối với câu 1, 5, 7 và 10: Nếu bạn chọn “Hoàn toàn đồng ý” hoặc “Có chút đồng ý”, chấm 1 điểm cho mỗi câu hỏi.
- Đối với câu 2, 3, 4, 6, 8 và 9: Nếu bạn chọn “Hoàn toàn không đồng ý” hoặc “Có chút không đồng ý”, chấm 1 điểm cho mỗi câu hỏi.
- Nếu tổng điểm  $\geq 6$ , cần nhắc giới thiệu trẻ đến khám tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa để được đánh giá chẩn đoán phù hợp.

<sup>12</sup> Chỉ đánh giá đối với trẻ từ 6 đến 11 tuổi

**A. KHÁM SỨC KHỎE** (Do bác sĩ khám, đánh giá)

Ngày khám:...../...../.....

**C1. Thể lực**

- Chiều cao: ..... cm; Mạch: ..... lần/phút;  
 - Cân nặng: ..... kg; Huyết áp: ..... mmHg;  
 Nhịp thở: ..... lần/phút;

**C2. Lâm sàng**

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký bác sĩ
<p><b>C2.1 Nội khoa</b></p> <p>a) Da - niêm mạc <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường (ghi rõ): .....</p> <p>b) Tuần hoàn <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường (ghi rõ): .....</p> <p>c) Hô hấp <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường (ghi rõ): .....</p> <p>d) Tiêu hóa <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường (ghi rõ): .....</p> <p>e) Thận-Tiết niệu <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường (ghi rõ): .....</p> <p>f) Thần kinh-Tâm thần</p> <p><input type="checkbox"/> Trẻ có dấu hiệu nghi ngờ chậm phát triển (trẻ học tiếp thu kém).</p> <p><input type="checkbox"/> Trẻ có dấu hiệu nghi ngờ rối loạn giảm chú ý-tăng động</p> <p><input type="checkbox"/> Trẻ có dấu hiệu nghi ngờ rối loạn phổ tự kỷ</p> <p><input type="checkbox"/> Trẻ có dấu hiệu nghi ngờ rối loạn lo âu</p> <p><input type="checkbox"/> Trẻ có dấu hiệu nghi ngờ rối loạn trầm cảm</p> <p><input type="checkbox"/> Khác</p> <p>g) Khác: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>h) Kết luận:</p> <p><input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.</p> <p><input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD .....</p> <p><input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD .....</p>	
<p><b>C2.2 Tai-Mũi-Họng</b></p> <p>a) Kiểm tra thính lực:</p> <p>- Tai trái: Nói thường: .....m; Nói thầm: ..... m</p> <p>- Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm: ..... m</p> <p>b) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có, ghi rõ theo mã ICD):.....</p> <p>.....</p> <p>c) Kết luận:</p> <p><input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.</p> <p><input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD .....</p> <p><input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD .....</p>	
<p><b>C2.3 Ngoại khoa</b> (chỉ khám đối với trẻ 11 tuổi và 16 tuổi)</p> <p>a) Cột sống</p> <p><input type="checkbox"/> Bình thường</p> <p><input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p>Còng cột sống: <input type="checkbox"/> Gù <input type="checkbox"/> Uõn <input type="checkbox"/> Bẹt</p> <p>Vẹo cột sống: <input type="checkbox"/> Hình chữ S <input type="checkbox"/> Hình chữ C</p> <p>Mức độ của vẹo cột sống: <input type="checkbox"/> Nhẹ (góc xoay thân &lt; 5 độ)</p> <p><input type="checkbox"/> Vừa (5-7 độ)</p> <p><input type="checkbox"/> Nặng (góc xoay thân &gt;7 độ)</p> <p>Các bệnh cơ xương khớp khác (nếu có):.....</p> <p>.....</p> <p>b) Cơ quan sinh dục ngoài:.....</p> <p>.....</p>	

0226  
 CỘNG  
 HÒA  
 XÃ HỘI  
 CHỦ NGHĨA  
 VIỆT NAM  
 ĐẢNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký bác sĩ																																																																																																																																																																																
c) Kết luận: <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD .....																																																																																																																																																																																	
<b>C2.4 Mắt</b> a) Kết quả đo thị lực - Không kính: Mắt phải: ...../10      Mắt trái: ...../10 - Có kính:    Mắt phải: ...../10      Mắt trái: ...../10 b) Các bệnh về mắt (nếu có)              Mắt phải                      Mắt trái - Đồng tử trắng <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Sụp mi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Lé <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Bệnh lý khác..... ..... c) Kết luận: <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD .....																																																																																																																																																																																	
<b>C2.5 Răng - Hàm - Mặt</b> a) Tình trạng răng <b>Ghi chú:</b> <b>Tình trạng răng</b> <table border="1" data-bbox="228 1055 1270 1778"> <thead> <tr> <th>Răng vĩnh viễn</th> <th>Răng sữa</th> <th>Tình trạng</th> <th>Mặt nhai</th> <th>Mặt ngoài</th> <th>Mặt trong</th> <th>Mặt gần</th> <th>Mặt xa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>18</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td>55</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td>54</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td>53</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td>52</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td>51</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>21</td><td>61</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>22</td><td>62</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>23</td><td>63</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>24</td><td>64</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>25</td><td>65</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>27</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>28</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="228 1816 1270 2076"> <thead> <tr> <th>Răng vĩnh viễn</th> <th>Răng sữa</th> <th>Tình trạng</th> <th>Mặt nhai</th> <th>Mặt ngoài</th> <th>Mặt trong</th> <th>Mặt gần</th> <th>Mặt xa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>38</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>37</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>36</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>35</td><td>75</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Răng vĩnh viễn	Răng sữa	Tình trạng	Mặt nhai	Mặt ngoài	Mặt trong	Mặt gần	Mặt xa	18								17								16								15	55							14	54							13	53							12	52							11	51							21	61							22	62							23	63							24	64							25	65							26								27								28								Răng vĩnh viễn	Răng sữa	Tình trạng	Mặt nhai	Mặt ngoài	Mặt trong	Mặt gần	Mặt xa	38								37								36								35	75							
Răng vĩnh viễn	Răng sữa	Tình trạng	Mặt nhai	Mặt ngoài	Mặt trong	Mặt gần	Mặt xa																																																																																																																																																																										
18																																																																																																																																																																																	
17																																																																																																																																																																																	
16																																																																																																																																																																																	
15	55																																																																																																																																																																																
14	54																																																																																																																																																																																
13	53																																																																																																																																																																																
12	52																																																																																																																																																																																
11	51																																																																																																																																																																																
21	61																																																																																																																																																																																
22	62																																																																																																																																																																																
23	63																																																																																																																																																																																
24	64																																																																																																																																																																																
25	65																																																																																																																																																																																
26																																																																																																																																																																																	
27																																																																																																																																																																																	
28																																																																																																																																																																																	
Răng vĩnh viễn	Răng sữa	Tình trạng	Mặt nhai	Mặt ngoài	Mặt trong	Mặt gần	Mặt xa																																																																																																																																																																										
38																																																																																																																																																																																	
37																																																																																																																																																																																	
36																																																																																																																																																																																	
35	75																																																																																																																																																																																

## Nội dung khám

Họ tên,  
chữ ký  
bác sĩ

34	74						
33	73						
32	72						
31	71						
41	81						
42	82						
43	83						
44	84						
45	85						
46							
47							
48							

## b) Tình trạng vệ sinh răng miệng (OHI-S)

PI (chỉ số mảng bám)			CI (Chỉ số vôi răng)		
17 – 16N	11N	26 – 27N	17 – 16N	11N	26 – 27N
(55N)	(51N)	(65N)	(55N)	(51N)	(65N)
47 – 46T	31N	36 – 37T	47 – 46T	31N	36 – 37T
(85T)	(71N)	(75T)	(85T)	(71N)	(75T)

**Ghi chú:**

0: Không có mảng bám

1: Mảng bám 1/3 cổ răng/vết dính

2: Mảng bám 2/3 răng

3: Mảng bám &gt; 2/3 răng

X: Không có răng

0: Không có vôi răng

1: Vôi răng 1/3 cổ răng/vết dính

2: Vôi răng 2/3 răng

3: Vôi răng &gt; 2/3 răng

X: Không có răng

## c) Kết quả kiểm tra

- Tình trạng răng và nha chu

 Sâu răng Viêm nướu Viêm nha chu Mất răng Thiếu sản men răng Răng nhiễm Fluor

- Bệnh lý niêm mạc miệng

 Viêm lưỡi Nấm lưỡi Áp tợ, viêm loét miệng

- Dị tật bẩm sinh

 Dính thắng lưỡi Khe hở môi Khe hở vòm miệng

## d) Đề nghị

 Trám răng Nhổ răng Điều trị tủy Cạo vôi/đánh bóng Bôi vecni fluor/sealant VSRM/tái khám định kỳ

Vấn đề khác: .....

## e) Kết luận:

 Chưa phát hiện bất thường. Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD .....

**C3. Tổng kết****1. Nhận xét:****a) Phát triển thể chất:**

.....  
 .....

**b) Phát triển tâm thần – vận động:**

.....  
 .....

**2. Kết luận:**

Chưa phát hiện bất thường.

Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD.....

Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD.....

**3. Đề nghị:**

.....  
 .....

**Hình thức chi trả khám sức khỏe:**

Nguồn kinh phí từ y tế học đường

Người dân tự chi trả

Nguồn khác: .....

Ngày tháng năm

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

**Mẫu 11. MẪU PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN  
(KHÁM TUYỂN<sup>13</sup>)**

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

Số: ...../GKSK-.....

**MẪU 01 - GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**

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

Ảnh  
(4 x 6 cm)  
(đóng dấu giáp  
lai hoặc Scan  
ảnh)

- Họ và tên (viết chữ in hoa): .....
- Giới tính:  Nam  Nữ
- Ngày tháng năm sinh: .....
- Số CCCD: .....
- 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. 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:

- Không  
 Có, ghi cụ thể tên bệnh: .....

**2. Tiền sử bệnh, tật của bản thân:**

Tên bệnh, tật	Có triệu chứng
<input type="checkbox"/> Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/> Khó thở
<input type="checkbox"/> Bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/> Nghiện rượu, bia
<input type="checkbox"/> Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/> Mất ý thức, rối loạn ý thức
<input type="checkbox"/> Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/> Ngất, chóng mặt
<input type="checkbox"/> Đái tháo đường	<input type="checkbox"/> Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to
<input type="checkbox"/> Bệnh hô hấp (hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính)	<input type="checkbox"/> Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục
<input type="checkbox"/> Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/> Sử dụng ma túy và chất gây nghiện
<input type="checkbox"/> Bệnh tâm thần	
<input type="checkbox"/> Bệnh tiêu hóa	
<input type="checkbox"/> Bệnh hoặc tổn thương cột sống	
<input type="checkbox"/> Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	
<input type="checkbox"/> Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng	
<input type="checkbox"/> Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các	

<sup>13</sup> Khám tuyển là

bệnh tim mạch khác

Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt slent mạch, ghép tim)

Bệnh khác (ghi rõ): .....

### 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 sản phụ khoa (Đối với nữ độ tuổi sinh đẻ 18-49 tuổi):

- Bắt đầu thấy kinh nguyệt năm bao nhiêu tuổi:

- Tính chất kinh nguyệt:  Điều  Không điều

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:  Chưa  Có, Ghi rõ: .....

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

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)

**KHÁM SỨC KHỎE****I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT**

Bác sĩ khám sức khỏe hỏi và ghi chép các tiền sử bệnh tật, bệnh nghề nghiệp theo mã ICD

.....

.....

.....

**II. KHÁM THỂ LỰC**

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

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

**- Phân loại thể lực:**

Loại I     Loại II     Loại III     Loại IV     Loại V

**III. KHÁM LÂM SÀNG**

<b>Nội dung khám: BS 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 của Bộ Y tế</b>		<b>Họ tên, chữ ký của BS chuyên khoa</b>
<b>1. Nội khoa</b>		
	<b>Tuần hoàn</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. a) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD ..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<b>Hô hấp</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. b) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD ..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<b>Tiêu hóa</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. c) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD ..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<b>Thận-Tiết niệu</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. d) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD ..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<b>Nội tiết</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. đ) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD ..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<b>Cơ - xương - khớp</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. e) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD .....	



	Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
g)	<b>Thần kinh</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD ..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
h)	<b>Tâm thần</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD ..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
<b>2. Ngoại khoa, Da liễu</b>		
	<b>Ngoại khoa</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD ..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<b>Da liễu</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD ..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
<b>3. Sản phụ khoa</b>		
	<b>Sản khoa</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD ..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<b>Phụ khoa</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD ..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
4.	<b>Mắt</b> <b>Khám thị lực</b> Không kính: MP      MT Kính lỗ:      MP      MT Có kính:      MP      MT	<b>Khám khúc xạ (nếu có)</b> MP: độ cầu – độ trụ - trục MT: độ cầu – độ trụ - trục
	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD ..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
5.	<b>Tai - Mũi - Họng</b> <b>Kết quả khám thính lực:</b> <b>Tai trái:</b> Nói thường..... m; Nói thầm..... m	

<b>Tai phải:</b> Nói thường..... m; Nói thầm..... m <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD ..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
<b>6. Răng - Hàm - Mặt</b>	
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Hàm trên Hàm dưới 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 <b>Tình trạng răng</b> 0: Bình thường      1: Sâu      2: Trám sâu lại      3: Trám tốt      4: Mất do sâu 5: Mất lý do khác      6: Bít hổ rãnh      7: Trụ, cầu, implant      8: Chưa mọc      9: Loại trừ	
<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD ..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	

#### IV. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

##### 1. Kết quả xét nghiệm:

###### 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. Nước tiểu:

- Đường: .....
- Protein: .....

##### 2. Kết quả XQuang tim phổi thẳng:

.....  
 .....

#### V. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:<sup>14</sup> .....

2. Các bệnh, tật (nếu có)<sup>15</sup>, ghi rõ theo mã ICD:.....

3. Đề nghị<sup>16</sup>: .....

Hình thức chi trả khám sức khỏe:

- Người dân tự chi trả
- Nguồn khác: .....

Ngày tháng năm

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

<sup>14</sup> Phân loại sức khỏe theo quy định của Bộ Y tế

<sup>15</sup> Ghi rõ các bệnh, tật đang mắc phải hoặc nghi ngờ

<sup>16</sup> Ghi rõ phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh (nếu có)

**Mẫu 12. MẪU PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ EM TỪ ĐỦ 06 TUỔI ĐẾN DƯỚI 18 TUỔI<sup>17</sup>**

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

Số: ...../GKSK-.....

**MẪU 02 - GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**

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

Ảnh (4 x 6 cm) (đóng dấu ráp lại hoặc Scan ảnh)	1. Họ và tên (viết chữ in hoa).....
	2. Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
	3. Ngày sinh: ...../...../.....
	4. Số CCCD /mã định danh: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	5. Số thẻ BHYT: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	6. Chỗ ở hiện tại <sup>18</sup> : .....
	7. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ: .....
Căn cước công dân của mẹ hoặc người giám hộ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Điện thoại di động: .....	
<p><b>Lưu ý:</b> 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.</p>	
7. Lý do khám sức khỏe:.....	

**TIỀN SỬ BỆNH TẬT**

**1. Tiền sử gia đình** (bao gồm bố mẹ, anh chị em ruột)

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

Ung thư nguyên bào vông mạc

Tim bẩm sinh

Hen

Dị ứng, ghi rõ:.....

Động kinh

Rối loạn giảm chú ý - tăng động

Khác, ghi rõ: .....

**2. Tiền sử bản thân:**

a) Quá trình sinh trưởng:

- Con thứ mấy: ..... Tổng số con trong gia đình: .....

- Tuổi thai lúc sinh:..... tuần

- Cân nặng lúc sinh: ..... gram

- Cách sinh:

Sinh thường

Sinh mổ

Sinh mổ chủ động

Sinh chỉ huy

Giác hút

Forceps

- Dị tật bẩm sinh (nếu có):

<sup>17</sup> Không áp dụng đối với trẻ đang học tại các cơ sở giáo dục. Đối với trẻ đang học tại cơ sở giáo dục áp dụng theo mẫu số 10 kèm theo Công văn này.

<sup>18</sup> Kiểm tra “Thông tin cư trú” trên ứng dụng VNeID để xác định địa chỉ nơi ở hiện tại. Trường hợp có thông tin “nơi thường trú” và “nơi tạm trú” trên VNeID phải lấy địa chỉ “nơi tạm trú”.

## b) Tiêm chủng:

Phòng bệnh	Lịch khuyến cáo	Tên vắc xin	Mũi tiêm/uống	Ngày tiêm/uống	Tình trạng tiêm/uống vắc xin (Đánh dấu "X" vào các ô tương ứng)			Ghi chú
					Đã tiêm	Chưa tiêm	Không nhớ rõ	
Lao	Sơ sinh		Mũi 1	.../.../...	..	..	..	
Viêm gan siêu vi B	Trong vòng 24 giờ sau sinh		Mũi 1	.../.../...	..	..	..	
	02 tháng		Mũi 2	.../.../...	..	..	..	
	03 tháng		Mũi 3	.../.../...	..	..	..	
	04 tháng		Mũi 4	.../.../...	..	..	..	
Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	02 tháng		Mũi 1	.../.../...	..	..	..	
	03 tháng		Mũi 2	.../.../...	..	..	..	
	04 tháng		Mũi 3	.../.../...	..	..	..	
	18 tháng		Mũi 4	.../.../...	..	..	..	
Bại liệt	02 tháng (uống)		Liều 1	.../.../...	..	..	..	
	03 tháng (uống)		Liều 2	.../.../...	..	..	..	
	04 tháng (uống)		Liều 3	.../.../...	..	..	..	
	05 tháng (tiêm)		Mũi 1	.../.../...	..	..	..	
	09 tháng (tiêm)		Mũi 2	.../.../...	..	..	..	
Viêm phổi, viêm màng não do Hib/ <i>Hemophilus influenzae</i> type B (Hib)	02 tháng		Mũi 1	.../.../...	..	..	..	
	03 tháng		Mũi 2	.../.../...	..	..	..	
	04 tháng		Mũi 3	.../.../...	..	..	..	
Sởi	09 tháng		Mũi 1	.../.../...	..	..	..	
	18 tháng		Mũi 2	.../.../...	..	..	..	
Sởi - Rubella	18 tháng		Mũi 1	.../.../...	..	..	..	
Viêm não Nhật Bản	12 tháng		Mũi 1	.../.../...	..	..	..	
	Cách 1-2 tuần sau mũi 1		Mũi 2	.../.../...	..	..	..	
	24 tháng		Mũi 3	.../.../...	..	..	..	

3079  
 G TY  
 H  
 ĐA KI  
 HƯỞ  
 P.HỒ C

c) Tiền sử bệnh/tật: (Các bệnh bẩm sinh và mãn tính)

Không

Có:

Hen phế quản

Tim bẩm sinh

Động kinh

Rối loạn giảm chú ý - tăng động

Dị ứng (ghi rõ):

Khác (ghi rõ): .....

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; Mạch: ..... lần/phút;

- Cân nặng: .....kg; Huyết áp: .....mmHg (trẻ >3 tuổi);

Nhịp thở: ..... lần/phút;

Phân loại thể lực: Phân loại  Loại I  Loại II  Loại III  Loại IV   
Loại V

## II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên, chữ ký BS
1.	<b>Nhi khoa</b>	
	<i>Tuần hoàn</i>	
	a) <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD .....	
	b) <i>Hô hấp</i> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD .....	
c) <i>Tiêu hóa</i> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD .....		
d) <i>Thận-Tiết niệu</i>		

	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD .....	
d)	<i>Thần kinh</i> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD .....	
e)	<i>Tâm thần</i> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD .....	
g)	<i>Khám lâm sàng khác</i> ..... .....	
2.	<b>Mắt:</b> <b>Kết quả khám thị lực:</b> Không kính: Mắt phải..... Mắt trái..... Có kính: Mắt phải..... Mắt trái ..... <b>Các bệnh về mắt:</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD .....	
3.	<b>Tai - Mũi - Họng</b> <b>Kết quả khám thính lực:</b> Tai trái: Nói thường..... m; Nói thầm..... m Tai phải: Nói thường..... m; Nói thầm..... m <b>Các bệnh về tai mũi họng:</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD .....	
4.	<b>Răng - Hàm - Mặt</b>	
	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 Hàm trên Hàm dưới 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 <b>Tình trạng răng</b> 0/A: Bình thường      2/C: Trám sâu lại      4/E: Mất do sâu      6/F: Bít hố rãnh      8: Chưa mọc 1/B: Sâu      3/D: Trám tốt      5: Mất lý do khác      7/G: Trụ, cầu      9: Loại trừ	
	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD.....	

<input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD.....	
--	--

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

<b>Nội dung khám</b>	<b>Họ tên, chữ ký người thực hiện</b>
Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: a) Kết quả xét nghiệm: ..... b) Kết quả chẩn đoán hình ảnh: .....	

### IV. KẾT LUẬN CHUNG:

#### Tình trạng sức khỏe

- Chưa phát hiện bất thường.  
 Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD.....  
 Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD.....

#### Đề nghị:

.....  
 .....

#### Hình thức chi trả khám sức khỏe:

- Ngân sách Thành phố hỗ trợ  
 Người dân tự chi trả  
 Nguồn khác: .....

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



<input type="checkbox"/> Rối loạn lipid máu <input type="checkbox"/> Bệnh tim thiếu máu cục bộ <input type="checkbox"/> Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) <input type="checkbox"/> Hen phế quản <input type="checkbox"/> Bệnh gan mạn tính (viêm gan B, C) <input type="checkbox"/> Bệnh lao <input type="checkbox"/> Rối loạn chức năng thận mạn <input type="checkbox"/> Bệnh cơ xương khớp <input type="checkbox"/> Rối loạn sức khỏe tâm thần (stress, lo âu, trầm cảm, mất ngủ) <input type="checkbox"/> Bệnh tuyến giáp <input type="checkbox"/> Viêm dạ dày mạn tính <input type="checkbox"/> Ung thư	<input type="checkbox"/> Bệnh bụi phổi amiăng nghề nghiệp <input type="checkbox"/> Bệnh nhiễm độc chì nghề nghiệp <input type="checkbox"/> Bệnh nhiễm độc benzen và đồng đẳng benzen nghề nghiệp <input type="checkbox"/> Bệnh điếc nghề nghiệp do tiếng ồn <input type="checkbox"/> Bệnh rung chuyển nghề nghiệp <input type="checkbox"/> Bệnh viêm da tiếp xúc nghề nghiệp <input type="checkbox"/> Bệnh da nghề nghiệp do tiếp xúc ánh sáng <input type="checkbox"/> Bệnh đục nhân mắt nghề nghiệp <input type="checkbox"/> Bệnh phóng xạ nghề nghiệp <input type="checkbox"/> Nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp <input type="checkbox"/> Bệnh lao nghề nghiệp <input type="checkbox"/> Bệnh viêm gan virus B nghề nghiệp <input type="checkbox"/> Bệnh viêm gan virus C nghề nghiệp <input type="checkbox"/> Bệnh viêm đường hô hấp cấp do COVID-19 nghề nghiệp
---	--

**Người đề nghị khám sức khỏe**  
(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 sĩ khám sức khỏe hỏi và ghi chép các tiền sử bệnh tật, bệnh nghề nghiệp theo mã ICD

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

**Tiền sử sản phụ khoa** (Đối với nữ độ tuổi sinh đẻ 18-49 tuổi):

- Bắt đầu thấy kinh nguyệt năm bao nhiêu tuổi:

- Tính chất kinh nguyệt: Đều  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:  Chưa  Có, *Ghi rõ*: .....

- Có đang áp dụng BPTT không?  Chưa  Có, *Ghi rõ*: .....

### II. KHÁM THỂ LỰC

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

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

- **Phân loại thể lực:**

Loại I     Loại II     Loại III     Loại IV     Loại V

## III. KHÁM LÂM SÀNG

<b>Nội dung khám:</b> BS 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 của Bộ Y tế		Họ tên, chữ ký của BS chuyên khoa
<b>1. Nội khoa</b>		
	<p><i>Tuần hoàn</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. a) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<p><i>Hô hấp</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. b) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<p><i>Tiêu hóa</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. c) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<p><i>Thận-Tiết niệu</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. d) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<p><i>Nội tiết</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. đ) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<p><i>Cơ - xương - khớp</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. e) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<p><i>Thần kinh</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. g) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<p><i>Tâm thần</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. h) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	



<b>2.</b>	<b>Ngoại khoa, Da liễu</b>											
	<b>Ngoại khoa</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V											
	<b>Da liễu</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V											
<b>3.</b>	<b>Sản phụ khoa</b>											
	Sản khoa <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V											
	Phụ khoa ( <i>đối với nữ phải kết luận khám sàng lọc ung thư cổ tử cung và ung thư vú theo TT32/2023/TT-BYT</i> ) <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V											
<b>4.</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Mắt</b></td> <td style="width: 50%;"><b>Khám khúc xạ (nếu có)</b></td> </tr> <tr> <td><b>Khám thị lực</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Không kính: MP      MT</td> <td>MP: độ cầu – độ trụ - trục</td> </tr> <tr> <td>Kính lỗ:    MP      MT</td> <td>MT: độ cầu – độ trụ - trục</td> </tr> <tr> <td>Có kính:    MP      MT</td> <td></td> </tr> </table>	<b>Mắt</b>	<b>Khám khúc xạ (nếu có)</b>	<b>Khám thị lực</b>		Không kính: MP      MT	MP: độ cầu – độ trụ - trục	Kính lỗ:    MP      MT	MT: độ cầu – độ trụ - trục	Có kính:    MP      MT		
<b>Mắt</b>	<b>Khám khúc xạ (nếu có)</b>											
<b>Khám thị lực</b>												
Không kính: MP      MT	MP: độ cầu – độ trụ - trục											
Kính lỗ:    MP      MT	MT: độ cầu – độ trụ - trục											
Có kính:    MP      MT												
	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V											
<b>5.</b>	<b>Tai - Mũi - Họng</b> <b>Kết quả khám thính lực:</b> Tai trái: Nói thường..... m; Nói thầm..... m Tai phải: Nói thường..... m; Nói thầm..... m <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V											
<b>6.</b>	<b>Răng - Hàm - Mặt</b>											
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="text-align: center;">18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28</td> </tr> <tr> <td>Hàm trên</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hàm dưới</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38</td> </tr> </table>		18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Hàm trên		Hàm dưới			48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38			
	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28											
Hàm trên												
Hàm dưới												
	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38											

<b>Tình trạng răng</b> 0: Bình thường      1: Sâu      2: Trám sâu lại      3: Trám tốt      4: Mất do sâu 5: Mất lý do khác      6: Bít hố rãnh      7: Trụ, cầu, implant      8: Chưa mọc      9: Loại trừ	
<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	

#### IV. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

##### 1. Kết quả xét nghiệm:

###### 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. Nước tiểu:

- Đường: .....
- Protein: .....

###### d. Phết tế bào cổ tử cung (nếu có)

.....  
 .....

###### e. Khác:

.....  
 .....

##### 2. Kết quả chẩn đoán hình ảnh

###### a. XQuang tim phổi thẳng:

.....  
 .....

###### b. XQuang nhũ (nếu có)

.....  
 .....

###### c. Siêu âm 02 tuyến vú (nếu có)

.....  
 .....

#### V. KẾT LUẬN

##### 1. Phân loại sức khỏe:<sup>20</sup>

Phân loại     Loại I     Loại II     Loại III     Loại IV     Loại V

##### 2. Các bệnh, tật (nếu có)

- Chưa phát hiện bất thường.
- Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD.....
- Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD.....

##### 3. Đề nghị<sup>21</sup>:

<b>Hình thức chi trả khám sức khỏe:</b> <input type="checkbox"/> Ngân sách Thành phố hỗ trợ <input type="checkbox"/> Người sử dụng lao động chi trả <input type="checkbox"/> Người dân tự chi trả <input type="checkbox"/> Nguồn khác: .....	Ngày tháng năm <b>NGƯỜI KẾT LUẬN</b> (Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)
--	--

<sup>20</sup> Phân loại sức khỏe theo quy định của Bộ Y tế

<sup>21</sup> Ghi rõ phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh (nếu có)

2630  
 NG  
 NH  
 TIÊN  
 PH  
 G-TP

**Mẫu 14. MẪU PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ CHO NGƯỜI CAO TUỔI**

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

Số: ...../SKSK-.....

**Mẫu 03 - SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**

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

Ảnh (4 x 6 cm) (đóng dấu giáp lai hoặc Scan ảnh)	<b>A. THÔNG TIN HÀNH CHÍNH</b>	
	1. Họ và tên (viết chữ in hoa): .....	
	2. Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
	3. Ngày tháng năm sinh: .....	
	4. Số CCCD: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	5. Số thẻ BHYT: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	6. Chỗ ở hiện tại <sup>22</sup> : .....	
7. Số điện thoại liên hệ: .....		

**Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có sổ 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

**Người đề nghị khám sức khỏe**  
 (Ký và ghi rõ họ, tên)

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

**B. TIỀN SỬ GIA ĐÌNH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN SỨC KHỎE**

B1	<b>Trong gia đình, ông, bà, bố, mẹ, anh, chị em ruột có mắc các bệnh dưới đây không?</b>		
	[ ] Không		
	[ ] Có		
B1.1.	[ ] Tim mạch sớm (nam < 55 tuổi, nữ < 65 tuổi)		
B1.2.	[ ] Tăng huyết áp		
B1.3.	[ ] Đái tháo đường		
B1.4.	[ ] Phổi tắc nghẽn mạn tính		
B1.5.	[ ] Hen phế quản/các bệnh dị ứng		
B1.6.	[ ] Trầm cảm, lo âu		
B1.7.	[ ] Ung thư		
<b>C</b>	<b>KHÁM THỰC THỂ</b>		
C1.	Chiều cao: .....cm	C4.	Mạch.....lần/phút
C2.	Cân nặng Hiện tại: .....Kg; 1 năm trước: .....Kg	C5.	Huyết áp TT: .....mmHg
		C6.	Huyết áp TTr: .....mmHg
C3.	Vòng bụng:.....cm	C7.	Nhịp thở:.....lần/phút
	<b>Phân loại thể lực:</b>		
	<input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V		

<sup>22</sup> Kiểm tra “Thông tin cư trú” trên ứng dụng VNeID để xác định địa chỉ nơi ở hiện tại. Trường hợp có thông tin “nơi thường trú” và “nơi tạm trú” trên VNeID phải lấy địa chỉ “nơi tạm trú”.

D	<b>HỎI BỆNH VÀ KHÁM LÂM SÀNG</b>		
<b>D1</b>  D1.1. D1.2. D1.3. D1.4. D1.5. D1.6. D1.7. D1.8. D1.9. D1.10. D1.11. D1.12. D1.13. D1.14.	<b>Ông, bà có đang hoặc đã từng mắc các bệnh dưới đây không?</b> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có  <input type="checkbox"/> Tăng huyết áp <input type="checkbox"/> Đái tháo đường <input type="checkbox"/> Phổi tắc nghẽn mạn tính <input type="checkbox"/> Hen phế quản <input type="checkbox"/> Ung thư <input type="checkbox"/> Suy tim <input type="checkbox"/> Thoái hoá khớp <input type="checkbox"/> Bệnh thận mạn <input type="checkbox"/> Bệnh tim thiếu máu cục bộ <input type="checkbox"/> Nhồi máu cơ tim <input type="checkbox"/> Đột quỵ <input type="checkbox"/> Trầm cảm <input type="checkbox"/> Rối loạn lo âu <input type="checkbox"/> Sa sút trí tuệ <input type="checkbox"/> Khác: .....	CS KBCB đang điều trị: ..... CS KBCB đang điều trị: ..... CS KBCB đang điều trị: ..... CS KBCB đang điều trị: ..... CS KBCB đang điều trị: ..... CS KBCB đang điều trị: ..... CS KBCB đang điều trị: ..... CS KBCB đang điều trị: ..... CS KBCB đang điều trị: ..... CS KBCB đang điều trị: ..... CS KBCB đang điều trị: ..... CS KBCB đang điều trị: ..... CS KBCB đang điều trị: ..... CS KBCB đang điều trị: ..... CS KBCB đang điều trị: ..... CS KBCB đang điều trị: .....	
1	<b>Nội khoa</b>		<b>Họ tên, chữ ký của BS chuyên khoa</b>
<b>D2</b>	<b>Tầm soát về bệnh đái tháo đường</b> (Nếu D1.2 chọn "Có" thì bỏ qua phần D2. Nếu D1.2 chọn "Không" thì hỏi từ D2.1 đến D2.5). <b>Ông, bà có các triệu chứng nào dưới đây không?</b>		
D2.1.	Gần đây có cảm thấy mau đói, ăn nhiều lần trong ngày. <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
D2.2.	Cảm thấy khát nước, uống nhiều nước (uống trên 3 lít/ 24 giờ). <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
D2.3.	Đi tiểu nhiều lần trong ngày (bình thường 4-7 lần/24 giờ). <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
D2.4.	Gần đây có thấy bị sụt cân nhiều (mặc quần áo rộng hơn trước). <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
D2.5	Xuất hiện những vết thương ngoài da khó lành. <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
<b>D3</b>	<b>Tầm soát về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính</b> (Nếu D1.3 chọn "Có" thì bỏ qua phần D3. Nếu D1.3 chọn "Không" thì hỏi từ D3.1 đến D3.3). <b>Ông, bà có các triệu chứng nào dưới đây không?</b>		
D3.1.	Ho vài lần trong ngày ở hầu hết các ngày. <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
D3.2.	Khạc đàm ở hầu hết các ngày. <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
D3.3	Dễ bị khó thở hơn những người cùng tuổi. <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
<b>D4</b>	<b>Tầm soát về bệnh hen phế quản</b> (Nếu D1.4 chọn "Có" thì bỏ qua phần D4. Nếu D1.4 chọn "Không" thì tiếp tục hỏi từ D4.1 đến D4.8). <b>Ông, bà có các triệu chứng nào dưới đây không?</b>		
D4.1.	Xuất hiện những cơn khò khè/ thở rít hay những đợt khò khè, thở rít tái đi tái lại. <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
D4.2.	Ho gây khó chịu lúc đêm khuya. <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
D4.3.	Bị thức giấc vì cơn ho hay khó thở bất cứ khi nào. <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
D4.4.	Ho, khò khè hay thở rít sau khi vận động thể lực (chạy, tập thể dục). <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
D4.5.	Có vấn đề hô hấp vào mùa nhất định nào đó trong năm. <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		

9-c  
TY  
AKH  
ĐC  
HOC

D4.6.	Ho, khô khè hay nặng ngực khi hít phải chất kích thích trong không khí. [ ] Không [ ] Có	
D4.7.	Bị những đợt cảm lạnh “nhập vào phổi” HOẶC phải điều trị hơn mười ngày mới khỏi. [ ] Không [ ] Có	
D4.8.	Khi có những triệu chứng hô hấp, có cải thiện với điều trị hen thích hợp. [ ] Không [ ] Có	
<b>D5</b>	<b>Tầm soát về bệnh ung thư (Hiện tại, ông/bà có những dấu hiệu nào dưới đây không)?</b>	
D5.1.	Những vết loét trên cơ thể lâu lành. [ ] Không [ ] Có	
D5.2.	Ho dai dẳng hoặc khàn tiếng. [ ] Không [ ] Có	
D5.3.	Ăn không tiêu hoặc nuốt khó. [ ] Không [ ] Có	
D5.4.	Thay đổi thói quen của ruột và bàng quang (tiêu, tiêu nhiều lần hoặc tiêu chảy xen kẽ táo bón). [ ] Không [ ] Có	
D5.5.	Có một chỗ dày lên hoặc một cục u ở vú hoặc ở nơi nào đó trong cơ thể. [ ] Không [ ] Có	
D5.6.	Xuất hiện những nốt ruồi bị thay đổi về màu, hình ảnh, kích thước. [ ] Không [ ] Có	
D5.7.	Sờ thấy ở cổ, nách, bẹn có những hạch to không bình thường. [ ] Không [ ] Có	
D5.8.	Bị ù tai, nghẹt mũi kéo dài uống thuốc không giảm. [ ] Không [ ] Có	
D5.9.	Sụt cân, da xanh xao thiếu máu không rõ nguyên nhân. [ ] Không [ ] Có	
D5.10.	Chảy máu hoặc tiết dịch bất thường ở đầu vú. [ ] Không [ ] Có	
D5.11.	Bị chảy máu, dịch ra bất thường ở âm đạo (chỉ áp dụng đối với nữ). [ ] Không [ ] Có	
<b>D6</b>	<b>Tầm soát rối loạn trầm cảm (Nếu D1.12 chọn “Có” thì bỏ qua phần D6. Nếu D1.12 chọn “Không” thì tiếp tục hỏi từ D6.1 đến D6.9). Trong vòng 2 tuần vừa qua, có bao nhiêu lần ông, bà bị lo lắng buồn phiền vì những vấn đề được liệt kê dưới đây?</b>	
D6.1.	Ít hứng thú hoặc là không có niềm vui thích làm việc gì. [ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày	
D6.2.	Cảm thấy chán nản kiệt sức, hay tuyệt vọng. [ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày	
D6.3.	Khó ngủ, ngủ không lâu hoặc ngủ quá nhiều. [ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày	
D6.4.	Cảm thấy mệt mỏi hoặc ít sức lực (ít năng lượng hoạt động). [ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày	
D6.5.	Cảm thấy ăn không ngon miệng hoặc ăn quá nhiều. [ ] Hầu như không	

	<input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mọi ngày	
D6.6.	Cảm thấy mình tệ, cho rằng mình là người thất bại hoặc đã làm cho chính mình hay gia đình thất vọng. <input type="checkbox"/> Hầu như không <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mọi ngày	
D6.7.	Khó tập trung vào những việc như đọc sách, báo, hoặc xem tivi. <input type="checkbox"/> Hầu như không <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mọi ngày	
D6.8.	Đi đứng hoặc nói năng chậm chạp đến nỗi mọi người lưu ý. Hoặc ngược lại: quá bồn chồn, đứng ngồi không yên cho nên phải đi quanh quẩn nhiều hơn bình thường. <input type="checkbox"/> Hầu như không <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mọi ngày	
D6.9.	Có ý nghĩ làm điều gì đó gây đau đớn cho bản thân hoặc nghĩ rằng thả mình chết đi cho rồi. <input type="checkbox"/> Hầu như không <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mọi ngày	
D7	<b>Tâm soát rối loạn lo âu (Nếu D1.13 chọn "Có" thì bỏ qua phần D7. Nếu D1.13 chọn "Không" thì tiếp tục hỏi từ D7.1 đến D7.7).</b> <b>Trong vòng 2 tuần vừa qua, ông bà có bao nhiêu lần bị lo lắng buồn phiền vì những vấn đề được liệt kê dưới đây?</b>	
D7.1.	Cảm thấy căng thẳng, lo lắng hoặc bất an. <input type="checkbox"/> Hầu như không <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mọi ngày	
D7.2.	Cảm thấy không thể ngưng hoặc kiểm soát lo lắng. <input type="checkbox"/> Hầu như không <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mọi ngày	
D7.3.	Lo lắng quá mức về nhiều thứ. <input type="checkbox"/> Hầu như không <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mọi ngày	
D7.4.	Khó thư giãn. <input type="checkbox"/> Hầu như không <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mọi ngày	
D7.5.	Bứt rứt đến mức khó ngồi yên. <input type="checkbox"/> Hầu như không <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mọi ngày	
D7.6.	Trở nên dễ bực bội hoặc cáu kỉnh. <input type="checkbox"/> Hầu như không <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày	

	<input type="checkbox"/> Gần như mọi ngày	
D7.7.	Cảm thấy lo lắng như thể điều gì khủng khiếp có thể xảy ra. <input type="checkbox"/> Hầu như không <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mọi ngày	
	<b>Kết luận chuyên khoa nội</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
2.	<b>Ngoại khoa, Da liễu</b>	
	<b>Ngoại khoa</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<b>Da liễu</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
3.	<b>Sản phụ khoa</b>	
	Sản khoa <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	Phụ khoa ( <i>đối với nữ phải kết luận khám sàng lọc ung thư cổ tử cung và ung thư vú theo TT32/2023/TT-BYT</i> ) <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
4.	<b>Mắt</b> <b>Khám thị lực</b> Không kính: MP            MT Kính lỗ:    MP            MT Có kính:    MP            MT <b>Khám khúc xạ (nếu có)</b> MP: độ cầu – độ trụ - trục MT: độ cầu – độ trụ - trục <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
5.	<b>Tai - Mũi - Họng</b> <b>Kết quả khám thính lực:</b> <b>Tai trái: Nói thường..... m; Nói thầm..... m</b> <b>Tai phải: Nói thường.....m; Nói thầm..... m</b> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	

	<b>Răng - Hàm - Mặt</b>	
	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Hàm trên Hàm dưới 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 <i>Tình trạng răng</i> 0: Bình thường 1: Sâu 2: Trám sâu lại 3: Trám tốt 4: Mất do sâu 5: Mất lý do khác 6: Bít hố rãnh 7: Trụ, cầu, implant 8: Chưa mọc 9: Loại trừ <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
<b>D8</b>	<b>Đánh giá thể chất, tinh thần, vận động</b>	
<b>D8.1</b>	<b>Các hoạt động sống cơ bản hàng ngày của ông, bà hiện nay như thế nào?</b>	
D8.1.1.	Có thể tự tắm.	[ ] Không [ ] Có
D8.1.2.	Có thể tự mặc quần áo.	[ ] Không [ ] Có
D8.1.3.	Có thể tự đi vệ sinh.	[ ] Không [ ] Có
D8.1.4.	Có thể tự di chuyển ra khỏi giường.	[ ] Không [ ] Có
D8.1.5.	Có thể kiểm soát việc tiêu tiểu của mình.	[ ] Không [ ] Có
D8.1.6.	Ông/bà có thể tự ăn uống.	[ ] Không [ ] Có
<b>D8.2</b>	<b>Các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của ông, bà hiện nay như thế nào?</b>	
D8.2.1.	Có thể tự nghe được điện thoại.	[ ] Không [ ] Có
D8.2.2.	Có thể tự mua được tất cả vật dụng cần thiết của mình.	[ ] Không [ ] Có
D8.2.3.	Có thể tự nấu một bữa ăn hoàn chỉnh, từ dự tính món, sơ chế đến nấu chín.	[ ] Không [ ] Có
D8.2.4.	Có thể tự làm được tất cả các công việc nhà.	[ ] Không [ ] Có
D8.2.5.	Có thể tự giặt được quần áo cá nhân, những món đồ nhỏ như vớ, khăn nhỏ.	[ ] Không [ ] Có
D8.2.6.	Có thể tự lái xe hoặc tự bắt xe đi ra khỏi nhà.	[ ] Không [ ] Có
D8.2.7.	Có thể tự chia và tự lấy thuốc uống đúng liều và đúng cỡ.	[ ] Không [ ] Có
D8.2.8.	Có thể tự giữ tiền, quản lý tiền của mình.	[ ] Không [ ] Có
<b>D8.3</b>	<b>Đánh giá tình trạng suy yếu</b>	
D8.3.1.	Số lần cảm thấy mệt mỏi trong 4 tuần qua.	[ ] Tất cả mọi lúc/hầu hết thời gian [ ] Không/Một số lần
D8.3.2.	Có gặp khó khăn khi leo liên tiếp 10 bậc thang không nghỉ và không có sự trợ giúp.	[ ] Không [ ] Có
D8.3.4.	Có gặp khó khăn khi tự đi bộ vài trăm mét.	[ ] Không [ ] Có
<b>D8.4</b>	<b>Đánh giá nguy cơ té ngã</b>	
D8.4.1.	Trong năm qua, có bị té.	[ ] Không [ ] Có
D8.4.2.	Có lo sợ về việc bị té ngã.	[ ] Không [ ] Có
D8.4.4.	Có cảm giác đi đứng không vững.	[ ] Không [ ] Có
<b>D8.5</b>	<b>Đánh giá mức độ giảm nhận thức</b> - Nếu D1.14 chọn "Có" thì bỏ qua phần D8.5. - Nếu D1.14 chọn "Không" thì tiếp tục hỏi D8.5.1. + Nếu D8.5.1 trả lời "Có", tiếp tục D8.5.2, D8.5.3. + Nếu D8.5.1 trả lời "Không", bỏ qua D8.5.2, D8.5.3.	
D8.5.1.	Có thấy trí nhớ bị giảm.	[ ] Không [ ] Có
D8.5.2.	Hãy ghi nhớ 3 từ sau: bông hoa, cánh cửa, cây lúa.	[ ] Không [ ] Có

	<b>Định hướng không gian, thời gian:</b> Hôm nay là ngày mấy? (ngày, tháng, năm) và bây giờ ông/bà đang ở đâu? (nhà, trạm y tế,...). (Nếu trả lời không đúng cả hai câu: chọn “Không”; Nếu trả lời đúng cả hai câu, chọn “Có”).	
D8.5.3.	Hãy nhớ và nói lại ba từ đã nhớ lúc này. (Nếu không nhớ đủ ba từ: chọn “Không”; Nếu nhớ đủ ba từ, chọn “Có”)	[ ] Không [ ] Có

### E. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

#### 3. Kết quả xét nghiệm

##### 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. Nước tiểu:

- Đường: .....
- Protein: .....

##### d. Phết tế bào cổ tử cung (nếu có)

.....  
.....

#### 4. Kết quả chẩn đoán hình ảnh

##### a. XQuang tim phổi thẳng

.....  
.....

##### b. X-Quang nhũ (nếu có)

.....  
.....

### V. KẾT LUẬN

#### 1. Phân loại sức khỏe:<sup>23</sup>

Phân loại  Loại I  Loại II  Loại III  Loại IV  Loại V

#### 2. Các bệnh, tật (nếu có)

- Chưa phát hiện bất thường.
- Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD.....
- Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD.....

#### 3. Đề nghị<sup>24</sup>: .....

#### Hình thức chi trả khám sức khỏe:

- Ngân sách Thành phố hỗ trợ
- Người dân tự chi trả
- Nguồn khác: .....

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

23 Phân loại sức khỏe theo quy định của Bộ Y tế

24 Ghi rõ phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh (nếu có)