



CÔNG BÁO

Thành phố Hồ Chí Minh

Số 89 + 90

Ngày 01 tháng 4 năm 2020

MỤC LỤC

Trang

PHẦN VĂN BẢN KHÁC

ỦY BAN NHÂN DÂN THÀNH PHỐ

11-3-2020- Quyết định số 862/QĐ-UBND về việc phê duyệt quy trình nội bộ giải quyết thủ tục hành chính thuộc phạm vi chức năng quản lý của Sở Y tế.

2

PHẦN VĂN BẢN KHÁC

ỦY BAN NHÂN DÂN THÀNH PHỐ

**ỦY BAN NHÂN DÂN
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

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

Số: 862/QĐ-UBND

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 11 tháng 3 năm 2020

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc phê duyệt quy trình nội bộ giải quyết thủ tục hành chính
thuộc phạm vi chức năng quản lý của Sở Y tế**

CHỦ TỊCH ỦY BAN NHÂN DÂN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

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

Căn cứ Nghị định số 63/2010/NĐ-CP ngày 08 tháng 6 năm 2010 của Chính phủ về kiểm soát thủ tục hành chính; Nghị định số 92/2017/NĐ-CP ngày 07 tháng 8 năm 2017 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của các Nghị định liên quan đến kiểm soát thủ tục hành chính; Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính;

Căn cứ Thông tư số 01/2018/TT-VPCP ngày 23 tháng 11 năm 2018 của Bộ trưởng, Chủ nhiệm Văn phòng Chính phủ hướng dẫn thi hành một số quy định của Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính;

Xét đề nghị của Sở Y tế tại Tờ trình số 632/TTr-SYT ngày 12 tháng 02 năm 2020,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Phê duyệt kèm theo Quyết định này 23 quy trình nội bộ giải quyết thủ

tục hành chính thuộc phạm vi chức năng quản lý của Sở Y tế.

Danh mục và nội dung chi tiết của các quy trình nội bộ được đăng tải trên Cổng thông tin điện tử của Văn phòng Ủy ban nhân dân thành phố tại địa chỉ <https://vpub.hochiminhcity.gov.vn/portal/KenhTin/Quy-trinh-noi-bo-TTHC.aspx>.

Điều 2. Tổ chức thực hiện

1. Các quy trình nội bộ giải quyết thủ tục hành chính đã được phê duyệt là cơ sở để xây dựng quy trình điện tử, thực hiện việc tiếp nhận, giải quyết và trả kết quả thủ tục hành chính trên Cổng dịch vụ công và Hệ thống thông tin một cửa điện tử theo Nghị định số 61/2018/NĐ-CP tại các cơ quan, đơn vị.

2. Cơ quan, đơn vị thực hiện thủ tục hành chính có trách nhiệm:

a) Tuân thủ theo quy trình nội bộ đã được phê duyệt khi tiếp nhận, giải quyết thủ tục hành chính cho cá nhân, tổ chức; không tự đặt thêm thủ tục, giấy tờ ngoài quy định pháp luật.

b) Thường xuyên rà soát, cập nhật các quy trình nội bộ giải quyết thủ tục hành chính được phê duyệt mới, sửa đổi, bổ sung, thay thế, hủy bỏ, bãi bỏ khi có biến động theo quy định pháp luật.

Điều 3. Hiệu lực thi hành

Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký.

Điều 4. Trách nhiệm thi hành

Chánh Văn phòng Ủy ban nhân dân thành phố, Giám đốc Sở Y tế và các tổ chức, cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

CHỦ TỊCH

Nguyễn Thành Phong

**QUY TRÌNH NỘI BỘ GIẢI QUYẾT THỦ TỤC HÀNH CHÍNH
THUỘC PHẠM VI CHỨC NĂNG QUẢN LÝ CỦA SỞ Y TẾ**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 862/QĐ-UBND
ngày 11 tháng 3 năm 2020 của Chủ tịch Ủy ban nhân dân thành phố)*

DANH MỤC QUY TRÌNH NỘI BỘ

STT	Tên quy trình nội bộ
I. Lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh	
1	Cấp giấy chứng nhận sức khỏe đối với thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam đủ tiêu chuẩn sức khỏe theo quy định tại Phụ lục số I
2	Cấp giấy chứng nhận sức khỏe đối với thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam đủ tiêu chuẩn sức khỏe theo quy định tại Phụ lục số I nhưng mắc một hoặc một số bệnh, tật quy định tại Phụ lục số II
3	Khám sức khỏe định kỳ đối với thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam
4	Khám và cấp giấy khám sức khỏe người từ đủ 18 (mười tám) tuổi trở lên; người chưa đủ 18 (mười tám) tuổi; người mất năng lực hành vi dân sự hoặc không có năng lực hành vi dân sự hoặc hạn chế năng lực hành vi dân sự nhưng không thuộc trường hợp KSK định kỳ; người được KSK định kỳ
5	Cấp giấy khám sức khỏe đối với người lái xe
6	Cấp giấy khám sức khỏe định kỳ đối với người lái xe ô tô
II. Lĩnh vực y tế dự phòng	
7	Đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện đang cư trú tại cộng đồng.
8	Cấp thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng.
9	Cấp lại thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng
10	Đăng ký tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện đối với người có tiền sử nghiện chất dạng thuốc phiện trong các cơ sở trại giam, trại tạm giam, cơ sở cai nghiện bắt buộc, cơ sở giáo dục bắt buộc, trường giáo dưỡng.

11	Chuyên tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện giữa các cơ sở quản lý.
12	Chuyên tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cho người nghiện chất dạng thuốc phiện được trở về cộng đồng từ cơ sở quản lý.
13	Cấp phát thuốc Methadone cho người bệnh điều trị đặc biệt tại cơ sở khám, chữa bệnh.
14	Cấp phát thuốc Methadone cho người bệnh điều trị đặc biệt tại nhà.
15	Chuyên tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện ngoài cộng đồng.
16	Cấp giấy chứng nhận tiêm chủng quốc tế hoặc áp dụng biện pháp dự phòng
17	Kiểm dịch y tế đối với thi thể, hài cốt, tro cốt
18	Kiểm dịch y tế đối với mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người
19	Kiểm dịch y tế đối với phương tiện vận tải
20	Kiểm dịch y tế đối với hàng hóa
III. Lĩnh vực dân số và kế hoạch hóa gia đình	
21	Cấp lại giấy chứng sinh đối với trường hợp bị nhầm lẫn khi ghi chép Giấy chứng sinh
22	Cấp lại giấy chứng sinh đối với trường hợp bị mất hoặc hư hỏng
23	Cấp giấy chứng sinh cho trường hợp trẻ sinh ra do thực hiện kỹ thuật mang thai hộ

QUY TRÌNH 01**Cấp giấy chứng nhận sức khỏe đối với thuyền viên****làm việc trên tàu biển Việt Nam****đủ tiêu chuẩn sức khỏe theo quy định tại Phụ lục số I***(Ban hành kèm theo Quyết định số 862/QĐ-UBND**ngày 11 tháng 3 năm 2020 của Chủ tịch Ủy ban nhân dân thành phố)***I. THÀNH PHẦN HỒ SƠ**

STT	Tên hồ sơ	Số lượng	Ghi chú
01	Giấy khám sức khỏe thuyền viên theo mẫu quy định tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế, có dán ảnh chân dung cỡ 4 x 6cm, được chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 06 (sáu) tháng tính đến ngày nộp hồ sơ khám sức khỏe của thuyền viên, còn rõ nét và nhận dạng được	01	Bản chính

II. NƠI TIẾP NHẬN, TRẢ KẾT QUẢ, THỜI GIAN VÀ LỆ PHÍ

Nơi tiếp nhận và trả kết quả	Thời gian xử lý	Lệ phí
Bộ phận tiếp nhận hồ sơ - Cơ sở khám chữa bệnh	<p>1. Đối với trường hợp khám sức khỏe thuyền viên đơn lẻ: cơ sở khám sức khỏe thuyền viên trả Giấy khám sức khỏe thuyền viên, Sổ khám sức khỏe thuyền viên định kỳ cho người được khám sức khỏe thuyền viên trong vòng 24 (hai mươi tư) giờ kể từ khi kết thúc việc khám sức khỏe thuyền viên, trừ những trường hợp phải khám hoặc xét nghiệm bổ sung theo yêu cầu của người thực hiện khám sức khỏe thuyền viên;</p> <p>2. Đối với trường hợp khám sức khỏe thuyền viên tập thể theo hợp đồng: cơ sở khám sức khỏe thuyền viên trả Giấy khám sức khỏe thuyền viên, Sổ khám sức khỏe thuyền viên định kỳ cho người được khám sức khỏe thuyền viên theo thỏa thuận đã ghi trong hợp đồng.</p>	Nộp phí theo mức phí thu viện phí hiện hành

III. TRÌNH TỰ XỬ LÝ CÔNG VIỆC

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B1	Nộp hồ sơ	Tổ chức, cá nhân	Giờ hành chính	Theo mục I	Thành phần hồ sơ theo mục I
	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ	NV bộ phận Tiếp nhận hồ sơ	01 giờ	Theo mục I	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ cho bộ phận chuyên môn và thu phí
B2	Thẩm định hồ sơ, đề xuất kết quả giải quyết	Bác sĩ được ủy quyền/phân công thụ lý hồ sơ	20 giờ	- Giấy KSK	<ul style="list-style-type: none"> - Bác sĩ được ủy quyền/phân công thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, kiểm tra, đối chiếu ảnh trong hồ sơ KSK thuyền viên với người đến KSK thuyền viên, đóng dấu giáp lai vào ảnh sau khi thực hiện việc đối chiếu, hướng dẫn quy trình KSK cho người được KSK - Thực hiện việc KSK theo quy trình - Kết luận vào giấy KSK
B3	Phát hành văn bản	Văn thư	1 giờ	Theo mục I	<ul style="list-style-type: none"> - Cấp số và đóng dấu giấy KSK; - Trả kết quả cho Tổ chức/cá nhân. - Thống kê, theo dõi.

IV. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Mẫu giấy khám sức khỏe thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam (Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT)

V. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Mẫu giấy khám sức khỏe thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam (Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT)
2	//	Các thành phần hồ sơ khác (nếu có) theo quy định hiện hành.

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

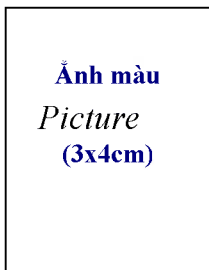
- Căn cứ Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế về Hướng dẫn khám sức khỏe.

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

- Thông tư số 17/2018/TT-BYT ngày 06/8/2018 của Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12 tháng 5 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tiêu chuẩn sức khỏe của thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam và công bố cơ sở khám sức khỏe cho thuyền viên.

- Thông tư 01/2018/TT-VPCP ngày 23 tháng 11 năm 2018 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn thi hành một số quy định của Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính.

Phụ lục số IV
Mẫu Giấy khám sức khỏe thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam
(Ban hành kèm theo Thông tư số 22 /2017/TT-BYT ngày 12 tháng 5 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



Ảnh màu
Picture
(3x4cm)

BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN.....
MINISTRY OF HEALTH
HOSPITAL

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
THE SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

GIẤY KHÁM SỨC KHOẺ

No:..... /.....

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

(Medical examination)

ile): , Nữ (

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

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

Địa chỉ thường trú (*Permanent address*) :

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

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

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

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

TIỀN SỬ SỨC KHOẺ (*Examinee's Medical History*)
(*Assistance should be offered by medical staff*)

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

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

Câu hỏi bổ sung (*Additional questions*):

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

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

.....

.....

.....

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

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

.....

....

- **Chứng nhận chủng vacxin** (*Vaccination status recorded*):

Yes

No

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

Chữ ký của người khai

(*Signature of examinee*)

PHẦN KHÁM

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

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

- Lực bóp tay không thuận (*pressed force of unfavourable hand*): (kg); **Bác sĩ khám ký**(*Doctor*)::

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

- Huyết áp tâm thu (*Systolic*):(mm Hg); - Huyết áp tâm trương (*Diastolic*):(mm Hg); **Bác sĩ khám ký**(*Doctor*)::

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

tissue)					
---------	--	--	--	--	--

Thị giác (Sight):
(Visual fields)

Thị lực (Visual acuity)

Thị trường

	Không kính (Unaided)			Có kính (Aided)			Bình thường (Normal)	Hạn chế (Defective)
	Mắt phải (Right eye)	Mắt Trái (Left eye)	Hai mắt (Binocular)	Mắt phải (Right eye)	Mắt trái (Left eye)	Hai mắt (Binocular)		
Xa (Distant) (5m)							Mắt phải (Right eye)	
Gần (Near)							Mắt trái (Left eye)	

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

Bác sĩ khám ký(Doctor):

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

Pure tone and audio metry (threshold values in dB)

Speech and whisper test (meters)

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

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

Bác sĩ khám ký(Doctor):

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

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

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

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

Bác sĩ XN ký(Doctor):

- Kết quả chụp X.Quang (*result of chest X-ray*)

..... **Bác sĩ XQ ký(Doctor):**

- Kết quả điện tim (*ECG*): **Bác sĩ ký(Doctor):**; Chức năng hô hấp (*Respiratory function*):..... **Bác sĩ ký(Doctor):**

- Kết quả Siêu âm ổ bụng (*Results of abdominal ultrasound*): **Bác sĩ SA ký(Doctor):**

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

.....

- Khả năng chịu sóng (*seawave withstand capacity*): Tốt (*good* ; Trung bình (*Average*) ; Kém (*Bad*) **Bác sĩ khám ký(Doctor):**

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

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

examinee medically):

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

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

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

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

.....

.....

Ngày hết hạn của giấy khám sức khỏe (Ngày// 20.....

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

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

CHỮ KÝ CỦA BÁC SĨ KẾT LUẬN

(Sign, full name, seal of authorized physician)

QUY TRÌNH 02

**Cấp giấy chứng nhận sức khỏe cho thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam
đủ tiêu chuẩn sức khỏe theo quy định tại Phụ lục số I nhưng mắc một**

hoặc một số bệnh, tật quy định tại Phụ lục số II

(Ban hành kèm theo Quyết định số 862/QĐ-UBND

ngày 11 tháng 3 năm 2020 của Chủ tịch Ủy ban nhân dân thành phố)

I. THÀNH PHẦN HỒ SƠ

STT	Tên hồ sơ	Số lượng	Ghi chú
01	Giấy Khám sức khỏe thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam (theo mẫu)	01	Bản chính
02	Văn bản đề nghị của chủ tàu	01	Bản chính
03	Giấy cam kết tự nguyện đi làm việc trên tàu biển theo mẫu quy định (theo mẫu)	01	Bản chính

II. NƠI TIẾP NHẬN, TRẢ KẾT QUẢ, THỜI GIAN VÀ LỆ PHÍ

Nơi tiếp nhận và trả kết quả	Thời gian xử lý	Lệ phí
Bộ phận tiếp nhận - Cơ sở khám chữa bệnh	<p>1. Đối với trường hợp khám sức khỏe thuyền viên đơn lẻ: cơ sở khám sức khỏe thuyền viên trả Giấy khám sức khỏe thuyền viên, Sổ khám sức khỏe thuyền viên định kỳ cho người được khám sức khỏe thuyền viên trong vòng 24 (hai mươi tư) giờ kể từ khi kết thúc việc khám sức khỏe thuyền viên, trừ những trường hợp phải khám hoặc xét nghiệm bổ sung theo yêu cầu của người thực hiện khám sức khỏe thuyền viên;</p> <p>2. Đối với trường hợp khám sức khỏe thuyền viên tập thể theo hợp đồng: cơ sở khám sức khỏe thuyền viên trả Giấy khám sức khỏe thuyền viên, Sổ khám sức khỏe thuyền viên định kỳ cho người được khám sức khỏe thuyền viên theo thỏa thuận đã ghi trong hợp đồng.</p>	Không

III. TRÌNH TỰ XỬ LÝ CÔNG VIỆC

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B1	Nộp hồ sơ	Tổ chức, cá nhân	Giờ hành chính	Theo mục I	Thành phần hồ sơ theo mục I
	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ	NV bộ phận Tiếp nhận hồ sơ	01 giờ	Theo mục I	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ cho bộ phận chuyên môn và thu phí
B2	Thẩm định hồ sơ, đề xuất kết quả giải quyết	Bác sĩ được ủy quyền/p hân công thụ lý hồ sơ	20 giờ	Theo mục I	<ul style="list-style-type: none"> - Bác sĩ được ủy quyền/phân công thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, kiểm tra, đối chiếu ảnh trong hồ sơ KSK thuyền viên với người đến KSK thuyền viên, đóng dấu giáp lai vào ảnh sau khi thực hiện việc đối chiếu, hướng dẫn quy trình KSK cho người được KSK - Thực hiện việc KSK theo quy trình - Kết luận vào giấy KSK
B3	Phát hành văn bản	Văn thư	1 giờ	Theo mục I	<ul style="list-style-type: none"> - Cấp số và đóng dấu giấy KSK; - Trả kết quả cho Tổ chức/cá nhân. - Thống kê, theo dõi.

IV. BIỂU MẪU**Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:**

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Mẫu giấy khám sức khỏe thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam (Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT)
2	BM 02	Mẫu Giấy cam kết tự nguyện làm việc trên tàu (Phụ lục VI ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT)

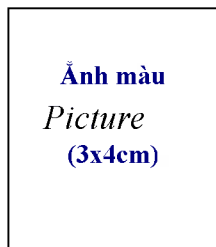
V. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Mẫu giấy khám sức khỏe thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam (Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT)
2	BM 02	Mẫu Giấy cam kết tự nguyện làm việc trên tàu (Phụ lục VI ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT)
3	//	Các thành phần hồ sơ khác (nếu có) theo quy định hiện hành

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Luật hàng hải Việt Nam số 95/2015/QH13 ngày 25 tháng 11 năm 2015;
- Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế về Hướng dẫn khám sức khỏe.
- Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế quy định tiêu chuẩn sức khỏe của thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam và công bố cơ sở khám sức khỏe cho thuyền viên.
- Thông tư 01/2018/TT-VPCP ngày 23 tháng 11 năm 2018 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn thi hành một số quy định của Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính.

Phụ lục số IV
Mẫu Giấy khám sức khỏe thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam
(Ban hành kèm theo Thông tư số 22 /2017/TT-BYT
ngày 12 tháng 5 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN
 MINISTRY OF HEALTH
HOSPITAL.....

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
THE SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

No:...../.....

GIẤY KHÁM SỨC KHOẺ
(Medical examination)

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

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

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

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

Địa chỉ thường trú (*Permanent address*) :

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

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

.....

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

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

TIỀN SỬ SỨC KHOẺ (*Examinee's Medical History*)
(*Assistance should be offered by medical staff*)

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

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

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

.....

.....

.....

.....

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

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

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

dosage(s):.....

.....

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

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

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

.....

PHẦN KHÁM

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

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

- Lực bóp tay không thuận (*pressed force of unfavourable hand*): (kg); **Bác sĩ khám**
ký(Doctor)::

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

- Huyết áp tâm thu (*Systolic*):(mm Hg); - Huyết áp tâm trương (*Diastolic*):(mm Hg); **Bác sĩ khám ký(Doctor)**::

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

Thị giác (*Sight*):

Thị lực (*Visual acuity*)

Thị trường (*Visual fields*)

	Không kính (<i>Unaided</i>)			Có kính (<i>Aided</i>)				Bình thường (<i>Normal</i>)	Hạn chế (<i>Defective</i>)
	Mắt phải (<i>Right eye</i>)	Mắt Trái (<i>Left eye</i>)	Hai mắt (<i>Binocular</i>)	Mắt phải (<i>Right eye</i>)	Mắt trái (<i>Left eye</i>)	Hai mắt (<i>Binocular</i>)			
Xa (<i>Distant</i>) (5m)							Mắt phải (<i>Right eye</i>)		
Gần (<i>Near</i>)							Mắt trái (<i>Left eye</i>)		

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

Bác sĩ khám kỹ (Doctor):

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

Pure tone and audio metry (threshold values in dB)

Speech and whisper test (meters)

	500 Hz	4,000 Hz	2,000 Hz	3,000 Hz	4,000 Hz	6,000 Hz		Nói thường (<i>Normal</i>)	Nói thầm (<i>Whisper</i>)
Tai phải (<i>R. Ear</i>)							Tai phải (<i>R. Ear</i>)		
Tai trái (<i>L. Ear</i>)							Tai trái (<i>L. Ear</i>)		

Bác sĩ khám kỹ (Doctor):

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

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

.....

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

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

Bác sĩ XN ký(Doctor):

- Kết quả chụp X.Quang (result of chest X-ray) **Bác sĩ XO ký(Doctor):**

- Kết quả điện tim (ECG): **Bác sĩ ký(Doctor):**; Chức năng hô hấp (Respiratory function):..... **Bác sĩ ký(Doctor):**

- Kết quả Siêu âm ổ bụng (Results of abdominal ultrasound): **Bác sĩ SA ký(Doctor):**

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

- Khả năng chịu sóng (seawave withstand capacity): Tốt (good ; Trung bình (Average) ; Kém (Bad) **Bác sĩ khám ký(Doctor):**

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

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

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

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

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

.....
.....

Ngày hết hạn của giấy khám sức khỏe (Ngày/...../ 20.....)

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

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

CHỮ KÝ CỦA BÁC SĨ KẾT LUẬN

(Sign, full name, seal of authorized physician)

QUY TRÌNH 03**Khám sức khỏe định kỳ đối với thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam***(Ban hành kèm theo Quyết định số 862/QĐ-UBND**ngày 11 tháng 3 năm 2020 của Chủ tịch Ủy ban nhân dân thành phố)***I. THÀNH PHẦN HỒ SƠ**

STT	Tên hồ sơ	Số lượng	Ghi chú
01	Sổ khám sức khỏe định kỳ của thuyền viên theo mẫu quy định Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư số 22/2017/TT-BYT ngày 12/5/2017 của Bộ Y tế	01	Bản chính
02	Giấy giới thiệu của cơ quan, tổ chức nơi người đó đang làm việc đối với trường hợp khám sức khỏe định kỳ đơn lẻ hoặc có tên trong danh sách khám sức khỏe định kỳ do cơ quan, tổ chức nơi người đó đang làm việc xác nhận để thực hiện khám sức khỏe định kỳ theo hợp đồng	01	Bản chính

II. NƠI TIẾP NHẬN, TRẢ KẾT QUẢ, THỜI GIAN VÀ LỆ PHÍ

Nơi tiếp nhận và trả kết quả	Thời gian xử lý	Lệ phí
Bộ phận tiếp nhận - Cơ sở khám chữa bệnh	Theo thỏa thuận trong hợp đồng	Theo hợp đồng ký kết

III. TRÌNH TỰ XỬ LÝ CÔNG VIỆC

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B1	Nộp hồ sơ	Tổ chức, cá nhân	Giờ hành chính	Theo mục I	Thành phần hồ sơ theo mục I
	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ	NV bộ phận tiếp nhận hồ sơ	01 giờ	Theo mục I	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ cho bộ phận chuyên môn và thu phí

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B2	Thẩm định hồ sơ, đề xuất kết quả giải quyết	Bác sĩ được ủy quyền/phân công thụ lý hồ sơ	Theo thỏa thuận trong hợp đồng	Theo mục I	<ul style="list-style-type: none"> - Bác sĩ được ủy quyền/phân công thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, kiểm tra hồ sơ - Thực hiện việc KSK theo quy trình - Kết luận vào sổ KSK.
B3	Phát hành văn bản	Văn thư	Theo thỏa thuận trong hợp đồng	Theo mục I	<ul style="list-style-type: none"> - Đóng dấu vào sổ KSK; - Trả kết quả cho Tổ chức/cá nhân. - Thống kê, theo dõi.

4. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Mẫu sổ khám sức khỏe định kỳ thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam (Phụ lục III Thông tư số 22/2017/TT-BYT)

5. HỒ SƠ CẢN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Mẫu sổ khám sức khỏe định kỳ thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam (Phụ lục III Thông tư số 22/2017/TT-BYT)

6. CƠ SỞ PHÁP LÝ

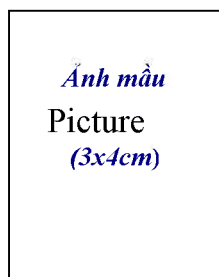
- Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế về Hướng dẫn khám sức khỏe.

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

- Thông tư 01/2018/TT-VPCP ngày 23 tháng 11 năm 2018 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn thi hành một số quy định của Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính.

Phụ lục số III**Mẫu Sổ khám sức khỏe định kỳ thuyền viên làm việc trên tàu biển Việt Nam**

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



Ảnh mẫu
Picture
(3x4cm)

BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN.....
MINISTRY OF HEALTH
HOSPITAL.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
THE SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

№:...../.....

SỔ KHÁM SỨC KHOẺ ĐỊNH KỲ

(Medical examination)

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

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

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

Quốc tịch (*Nationality*):.....

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

.....

Địa chỉ thường trú (*Address*):

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

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

.....

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

Lý do khám sức khỏe (*purpose of health's examination*): Khám định kỳ (*Periodic*)

Khám khác (*Other*)

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

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

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

PHẦN KHÁM

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

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

- Lực bóp tay không thuận (*pressed force of unfavourable hand*): (kg); **Bác sĩ khám ký** (*Doctor*)::

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

- Huyết áp tâm thu (*Systolic*):(mm Hg); - Huyết áp tâm trương (*Diastolic*):(mm Hg); **Bác sĩ khám ký** (*Doctor*)::

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

Thị giác (*Sight*):
(*Visual fields*)

Thị lực (*Visual acuity*)

Thị trường

	Không kính (<i>Unaided</i>)			Có kính (<i>Aided</i>)				Bình thường (<i>Normal</i>)	Hạn chế (<i>Defective</i>)
	Mắt phải (<i>Right eye</i>)	Mắt Trái (<i>Left eye</i>)	Hai mắt (<i>Binocular</i>)	Mắt phải (<i>Right eye</i>)	Mắt trái (<i>Left eye</i>)	Hai mắt (<i>Binocular</i>)			
Xa (<i>Distant</i>) (5m)							Mắt phải (<i>Right eye</i>)		
Gần (<i>Near</i>)							Mắt trái		

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

Bác sĩ khám ký (*Doctor*)::

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

Pure tone and audio metry (threshold values in dB)

Speech and whisper test (meters)

	500 Hz	4,000 Hz	2,000 Hz	3,000 Hz	4,000 Hz	6,000 Hz
Tai phải (<i>R. Ear</i>)						
Tai trái (<i>L. Ear</i>)						

	Nói thường (<i>Normal</i>)	Nói thầm (<i>Whisper</i>)
Tai phải (<i>R.Ear</i>)		
Tai trái (<i>L. Ear</i>)		

Bác sĩ khám ký(*Doctor*)::

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

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

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

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

Bác sĩ XN ký(*Doctor*)::

- Kết quả chụp X.Quang (*result of chest X-ray*)

..... **Bác sĩ XQ ký**(*Doctor*)::

- Kết quả điện tim (*ECG*):**Bác sĩ ký**(*Doctor*)::; Chức năng hô hấp (*Respiratory function*):..... **Bác sĩ ký**(*Doctor*)::

- Kết quả Siêu âm ổ bụng (*Results of abdominal ultrasound*): **Bác sĩ SA ký**(*Doctor*)::

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

- Khả năng chịu sóng (*seawave withstand capacity*): Tốt (*good* ; Trung bình (*Average*) ; Kém (*Bad*) **Bác sĩ khám ký**(*Doctor*)::

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

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

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

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

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

Ngày hết hạn của giấy khám sức khỏe (Ngày// 20.....)
(*Medical certificate's date of expiration (day/month/year)*)

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

CHỮ KÝ CỦA BÁC SĨ KẾT LUẬN

(*Sign, full name, seal of authorized physician*)

Phụ lục số VI**Mẫu Giấy cam kết tự nguyện làm việc trên tàu**

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

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

GIẤY CAM KẾT TỰ NGUYỄN LÀM VIỆC TRÊN TÀU

Tên tôi là:

Ngày tháng năm sinh:

Số Chứng minh nhân dân/Hộ chiếu:.....

Công tác tại:

Địa chỉ gia đình:

Điện thoại liên hệ.....

Ngày tháng khám sức khoẻ:

Nơi khám:

Kết quả khám (bệnh, tật, không đủ điều kiện làm việc trên tàu biển):.....

Tôi cam kết tôi có thể làm việc trên tàu biển từ ngày.... tháng
năm.....đến.....ngày.....tháng.....năm với chức danh:

Tôi cam kết sẽ điều trị đầy đủ theo đơn của bác sỹ trong thời gian công tác. Sau đợt công tác, tôi sẽ đến cơ sở y tế để được khám chữa bệnh. Nếu có vấn đề gì liên quan đến sức khoẻ trong quá trình làm việc trên biển, tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

....., ngày tháng..... năm

**XÁC NHẬN CỦA THỦ TRƯỞNG
CƠ QUAN QUẢN LÝ THUYỀN VIÊN**
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

NGƯỜI CAM KẾT
(Ký, ghi rõ họ tên)

QUY TRÌNH 04

Khám và cấp giấy khám sức khỏe người từ đủ 18 (mười tám) tuổi trở lên; người chưa đủ 18 (mười tám) tuổi; người mất năng lực hành vi dân sự hoặc không có năng lực hành vi dân sự hoặc hạn chế năng lực hành vi dân sự nhưng không thuộc trường hợp KSK định kỳ; người được KSK định kỳ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 862/QĐ-UBND

ngày 11 tháng 3 năm 2020 của Chủ tịch Ủy ban nhân dân thành phố)

I. THÀNH PHẦN HỒ SƠ

STT	Tên hồ sơ	Số lượng	Ghi chú
A. Khám sức khỏe (KSK) của người từ đủ 18 (mười tám) tuổi trở lên:			
01	Giấy KSK (theo mẫu) (có dán ảnh chân dung cỡ 04cm x 06cm, được chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 06 (sáu) tháng tính đến ngày nộp hồ sơ KSK)	01	Bản chính
B. KSK của người chưa đủ 18 (mười tám) tuổi:			
01	Giấy KSK (theo mẫu) (có dán ảnh chân dung cỡ 04cm x 06cm, được chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 06 (sáu) tháng tính đến ngày nộp hồ sơ KSK).	01	Bản chính
C. Đối với người mất năng lực hành vi dân sự hoặc không có năng lực hành vi dân sự hoặc hạn chế năng lực hành vi dân sự đề nghị KSK nhưng không thuộc trường hợp KSK định kỳ:			
01	+ Giấy KSK (theo mẫu) có dán ảnh chân dung cỡ 04cm x 06cm, được chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 06 (sáu) tháng tính đến ngày nộp hồ sơ KSK); + Văn bản đồng ý của cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của người đó	01	Bản chính
D. Đối với Người được KSK định kỳ:			
01	+ Sổ KSK định kỳ (theo mẫu); + Giấy giới thiệu của cơ quan, tổ chức nơi người đó đang làm việc đối với trường hợp KSK định kỳ đơn lẻ hoặc có tên trong danh sách KSK định kỳ do cơ	01	Bản chính

quan, tổ chức nơi người đó đang làm việc xác nhận để thực hiện KSK định kỳ theo hợp đồng		
--	--	--

II. NƠI TIẾP NHẬN, TRẢ KẾT QUẢ, THỜI GIAN VÀ LỆ PHÍ

Nơi tiếp nhận và trả kết quả	Thời gian xử lý	Lệ phí
Bộ phận Tiếp nhận hồ sơ - Cơ sở khám chữa bệnh có đủ điều kiện khám sức khỏe	<ul style="list-style-type: none"> - Đối với trường hợp KSK đơn lẻ: cơ sở KSK trả Giấy KSK, Sổ KSK định kỳ cho người được KSK trong vòng 24 (hai mươi tư) giờ kể từ khi kết thúc việc KSK, trừ những trường hợp phải khám hoặc xét nghiệm bổ sung theo yêu cầu của người thực hiện KSK; - Đối với trường hợp KSK tập thể theo hợp đồng: cơ sở KSK trả Giấy KSK, Sổ KSK định kỳ cho người được KSK theo thỏa thuận đã ghi trong hợp đồng. 	Nộp phí theo mức phí thu viện phí hiện hành

III. TRÌNH TỰ XỬ LÝ CÔNG VIỆC

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B1	Nộp hồ sơ	Tổ chức, cá nhân	Giờ hành chính	Theo mục I	Thành phần hồ sơ theo mục I
	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ	NV bộ phận Tiếp nhận hồ sơ	01 giờ	Theo mục I	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ cho bộ phận chuyên môn và thu phí
B2	Thẩm định hồ sơ, đề xuất kết quả giải quyết	Bác sĩ được ủy quyền/phân công thụ lý hồ sơ	20 giờ	Theo mục I	<ul style="list-style-type: none"> - Bác sĩ được ủy quyền/phân công tiến hành xem xét, kiểm tra, đối chiếu ảnh trong hồ sơ KSK với người đến KSK. - Thực hiện việc KSK theo quy trình - Kết luận vào giấy KSK

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
					hoặc Sổ KSK định kỳ
B3	Phát hành văn bản	Văn thư	1 giờ	Theo mục I	- Cấp số và đóng dấu giấy KSK hoặc sổ KSK định kỳ; - Trả kết quả cho Tổ chức/cá nhân. - Thống kê, theo dõi.

IV. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Giấy KSK dùng cho người từ đủ 18 tuổi trở lên (Phụ lục I Thông tư số 14/2013/TT-BYT)
2	BM 02	Giấy KSK dùng cho người dưới 18 tuổi (Phụ lục II Thông tư số 14/2013/TT-BYT)
3	BM 03	Sổ KSK định kỳ (Phụ lục III Thông tư số 14/2013/TT-BYT)

V. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Giấy KSK dùng cho người từ đủ 18 tuổi trở lên (Phụ lục I Thông tư số 14/2013/TT-BYT)
2	BM 02	Giấy KSK dùng cho người dưới 18 tuổi (Phụ lục II Thông tư số 14/2013/TT-BYT)
3	BM 03	Sổ KSK định kỳ (Phụ lục III Thông tư số 14/2013/TT-BYT)
4	//	Các thành phần hồ sơ khác (nếu có) theo quy định hiện hành./.

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009, có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2011;

- Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế Hướng dẫn Khám sức khỏe, có hiệu lực từ ngày 01 tháng 7 năm 2013.

- Thông tư 01/2018/TT-VPCP ngày 23 tháng 11 năm 2018 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn thi hành một số quy định của Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính.

Phụ lục 1**MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN**

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

.....¹.....

.....².....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /GKSK-.....³.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Họ và tên (chữ in hoa):

Giới: Nam Nữ Tuổi:.....

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

tại.....

Chỗ ở hiện tại:.....

.....

Lý do khám sức khỏe:.....

TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE**1. Tiền sử gia đình:**

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không ; b) Có ; Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

.....

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

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

.....

3. Câu hỏi khác (nếu có):

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

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe

² Tên của cơ sở khám sức khỏe

³ Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

liều lượng:

.....

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):

.....

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

..... ngày tháng..... năm.....

Người đề nghị khám sức khỏe

(Ký và ghi rõ họ, tên)

I. KHÁM THỂ LỰC

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

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

Phân loại thể lực:.....

II. KHÁM LÂM SÀNG

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

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ

2. Xét nghiệm nước tiểu: a) Đường: b) Prôtêin: c) Khác (nếu có):
3. Chẩn đoán hình ảnh:

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:.....⁴

2. Các bệnh, tật (nếu có):

.....⁵

.....

.....

..... ngày..... tháng..... năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

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

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

Phụ lục 2**MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI DƯỚI 18 TUỔI**

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

.....⁶⁷**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**Số: /GKSK-....⁸**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**Họ và tên (*chữ in hoa*):Giới: Nam Nữ Tuổi:.....

Số CMND hoặc Hộ chiếu (nếu có):

cấp ngày...../...../.....tại.....

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

.....

Chỗ ở hiện tại:.....

Lý do khám sức khỏe:.....

.....

TIỀN SỬ BỆNH TẬT**1. Tiền sử gia đình:**

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

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

.....

.....

.....

.....

2. Tiền sử bản thân:

a) Sản khoa:

- Bình thường.

⁶ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe⁷ Tên của cơ sở khám sức khỏe⁸ Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

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

.....

)

b) Tiêm chủng:

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

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

- Không

- Có

Nếu “có”, ghi cụ thể tên bệnh.....

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

.....

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

..... ngày tháng.....năm.....

Người đề nghị khám sức khỏe
 (hoặc Cha/mẹ hoặc người giám hộ)
 (Ký và ghi rõ họ, tên)

I. KHÁM THỂ LỰC

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

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

Phân loại thể lực:.....

II. KHÁM LÂM SÀNG

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

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

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

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

IV. KẾT LUẬN CHUNG

Sức khỏe bình thường.....⁹

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

.....

.....

..... ngày..... tháng..... năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

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

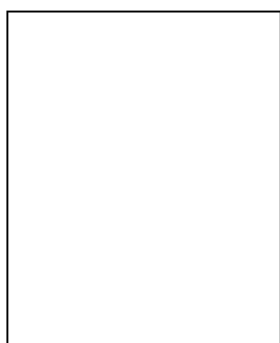
¹⁰ Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh

Phụ lục 3**MẪU SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**

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

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

1. Họ và tên (chữ in hoa):

2. Giới: Nam Nữ Tuổi:.....

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

4. Hộ khẩu thường trú:.....

.....

.....

5. Chỗ ở hiện tại:.....

.....

6. Nghề nghiệp:¹¹

7. Nơi công tác, học tập:.....¹²

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

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

a)¹³

thời gian làm việc.....¹⁴.....năm.....¹⁵.....tháng từ ngày...../...../..... đến
...../...../.....

b)¹⁶

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

10. Tiền sử bệnh, tật của gia đình:

¹¹ Ghi rõ công việc hiện nay đang làm.

¹² Ghi rõ tên, địa chỉ cơ quan, đơn vị nơi người được khám sức khỏe đang lao động, học tập

¹³ Ghi rõ công việc hiện nay đã làm

¹⁴ Số năm mà người được khám sức khỏe đã làm công việc đó

¹⁵ Số tháng mà người được khám sức khỏe đã làm công việc đó

¹⁶ Ghi rõ công việc hiện nay đã làm

11. Tiền sử bản thân:

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

..... ngày tháng ... năm

Người lập sổ KSK định kỳ

(Ký và ghi rõ họ, tên)

- Phân loại: 3. Tai-Mũi-Họng: - Kết quả khám thính lực: Tai trái: Nói thường:..... m; Nói thầm:.....m Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m - Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):..... - Phân loại: .....	..... ..... ..... ..... ..... .....
4. Răng-Hàm-Mặt - Kết quả khám: + Hàm trên:..... + Hàm dưới: - Các bệnh về Răng - Hàm - Mặt (nếu có):..... - Phân loại:.....	..... ..... ..... .....
5. Da liễu: Phân loại:.....	..... .....

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

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

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:¹⁷
2. Các bệnh, tật (nếu có):¹⁸

..... ngày..... tháng..... năm.....

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

¹⁷ Phân loại sức khỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT - QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành

¹⁸ Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh

QUY TRÌNH 05**Cấp Giấy khám sức khỏe đối với người lái xe***(Ban hành kèm theo Quyết định số 862/QĐ-UBND**ngày 11 tháng 3 năm 2020 của Chủ tịch Ủy ban nhân dân thành phố)***I. THÀNH PHẦN HỒ SƠ**

STT	Tên hồ sơ	Số lượng	Ghi chú
01	Giấy khám sức khỏe của người lái xe theo mẫu quy định tại Phụ lục 2- Thông tư liên tịch số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT ngày 21/8/2015, có dán ảnh chân dung cỡ 04cm x 06cm, được chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 06 (sáu) tháng tính đến ngày nộp hồ sơ KSK	01	Bản chính

II. NƠI TIẾP NHẬN, TRẢ KẾT QUẢ, THỜI GIAN VÀ LỆ PHÍ

Nơi tiếp nhận và trả kết quả	Thời gian xử lý	Lệ phí
Bộ phận Tiếp nhận hồ sơ - Cơ sở khám chữa bệnh	<ul style="list-style-type: none"> - Đối với trường hợp KSK đơn lẻ: cơ sở KSK trả Giấy KSK–cho người được KSK trong vòng 24 (hai mươi tư) giờ kể từ khi kết thúc việc KSK, trừ những trường hợp phải khám hoặc xét nghiệm bổ sung theo yêu cầu của người thực hiện KSK; - Đối với trường hợp KSK tập thể theo hợp đồng: cơ sở KSK trả Giấy KSK cho người được KSK theo thỏa thuận đã ghi trong hợp đồng. 	Nộp phí theo mức phí thu viện phí hiện hành

III. TRÌNH TỰ XỬ LÝ CÔNG VIỆC

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B1	Nộp hồ sơ	Tổ chức, cá nhân	Giờ hành chính	Theo mục I	Thành phần hồ sơ theo mục I
	Tiếp nhận, kiểm tra	NV bộ phận Tiếp nhận hồ sơ	01 giờ	Theo mục I	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ cho bộ phận chuyên môn và

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
	và chuyển hồ sơ				thu phí
B2	Thẩm định hồ sơ, đề xuất kết quả giải quyết	Bác sĩ được ủy quyền/phân công thụ lý hồ sơ	20 giờ	Giấy KSK	<ul style="list-style-type: none"> - Bác sĩ được ủy quyền/phân công thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, kiểm tra, đối chiếu ảnh trong hồ sơ KSK với người đến KSK. - Thực hiện việc KSK theo quy trình - Kết luận vào giấy KSK
B3	Phát hành văn bản	Văn thư	1 giờ	Theo mục I	<ul style="list-style-type: none"> - Cấp số và đóng dấu giấy KSK; - Trả kết quả cho Tổ chức/cá nhân. - Thống kê, theo dõi.

IV. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Giấy khám sức khỏe của người lái xe (Phụ lục 2 Thông tư số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT)

V. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Giấy khám sức khỏe của người lái xe (Phụ lục 2 Thông tư số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT)

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế Hướng dẫn Khám sức khỏe, có hiệu lực từ ngày 01 tháng 7 năm 2013;

- Thông tư số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT ngày 21/8/2015 của Bộ Y tế và Bộ Giao thông Vận tải quy định về tiêu chuẩn sức khỏe của người lái xe, việc khám sức

khỏe định kỳ đối với người lái xe ô tô và quy định về cơ sở y tế khám sức khỏe cho người lái xe, có hiệu lực từ ngày 10 tháng 10 năm 2015.

- Thông tư 01/2018/TT-VPCP ngày 23 tháng 11 năm 2018 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn thi hành một số quy định của Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính.

PHỤ LỤC SỐ 02**MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE**

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT ngày 21 tháng 8 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giao thông vận tải)

.....¹..........².....

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

Số: /GKSKLX-....³....**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE**

Ảnh⁴
(4 x
6cm)

Họ và tên (chữ in hoa):.....

Giới: Nam Nữ Tuổi.....

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

tại.....

Chỗ ở hiện tại:.....

Đề nghị khám sức khỏe để lái xe hạng:

I. TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE**1. Tiền sử gia đình:**

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

a) Không ; b) Có ;

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên

bệnh:.....

.....

2. Tiền sử, bệnh sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không (Bác sỹ hỏi bệnh và đánh dấu X vào ô tương ứng)

	Có/Không		Có/Không	
Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>
Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>
Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>

trường hợp đeo kính thuốc)				
Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng			Ngất, chóng mặt	
Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác			Bệnh tiêu hóa	
Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt slent mạch, ghép tim)			Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	
Tăng huyết áp			Tai biến mạch máu não hoặc liệt	
Khó thở			Bệnh hoặc tổn thương cột sống	
Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính			Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	
Bệnh thận, lọc máu			Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

.....

3. Câu hỏi khác (nếu có):

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

.....

b) Hiện tại đang có thai hoặc nuôi con nhỏ dưới 12 tháng hay không? (Đối với phụ nữ):

.....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật. Nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

.....ngày..... tháng..... năm.....
 Người đề nghị khám sức khỏe
 (Ký và ghi rõ họ, tên)

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ												
<p>1. Tâm thần:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Kết luận.....</p>													
<p>2. Thần kinh:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Kết luận.....</p>													
<p>3. Mắt:</p> <p>- Thị lực nhìn xa từng mắt:</p> <p>+ Không kính: Mắt phải:.....Mắt trái:.....</p> <p>+ Có kính: Mắt phải:.....Mắt trái:.....</p> <p>- Thị lực nhìn xa hai mắt: Không kính.....Có kính.....</p> <p>- Thị trường:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Thị trường đứng (chiều trên-dưới)</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;">Bình thường</th> <th style="width: 25%;">Hạn chế</th> <th style="width: 25%;">Bình thường</th> <th style="width: 25%;">Hạn chế</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)		Thị trường đứng (chiều trên-dưới)		Bình thường	Hạn chế	Bình thường	Hạn chế					
Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)		Thị trường đứng (chiều trên-dưới)											
Bình thường	Hạn chế	Bình thường	Hạn chế										
<p>-Sắc giác</p> <p>+ Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>+ Mùi màu toàn bộ <input type="checkbox"/> Mùi màu: - Đỏ <input type="checkbox"/> - Xanh lá cây <input type="checkbox"/> - vàng <input type="checkbox"/></p> <p>Các bệnh về mắt (nếu có):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Kết luận.....</p>													
<p>4.Tai-Mũi-Họng</p> <p>- Kết quả khám thính lực (có thể sử dụng máy trợ thính)</p> <p>+ Tai trái: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m</p>													

<p>+ Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m</p> <p>- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Kết luận.....</p>	
<p>5. Tim mạch:</p> <p>+ Mạch: .....lần/phút;</p> <p>+ Huyết áp:...../.....mmHg</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Kết luận.....</p>	
<p>6. Hô hấp:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>.....Kết luận.....</p>	
<p>7. Cơ Xương Khớp:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Kết luận.....</p>	
<p>8. Nội tiết:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Kết luận.....</p>	
<p>9. Thai sản:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Kết luận.....</p>	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Các xét nghiệm bắt buộc: a) Xét nghiệm ma túy - Test Morphin/Heroin:..... - Test Amphetamin:..... - Test Methamphetamin:..... - Test Marijuana (cần sa):..... b) Xét nghiệm nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở:.....	
2. Các xét nghiệm chỉ thực hiện khi có chỉ định của bác sỹ khám sức khỏe: Huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác. a) Kết quả:..... b) Kết luận:.....	

IV. KẾT LUẬN

.....

(Giấy khám sức khỏe này có giá trị sử dụng trong vòng 06 tháng kể từ ngày ký kết luận).

....., ngày.....tháng.....năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

5. Kết luận sức khỏe: Ghi rõ một trong ba tình trạng sau đây:

5.1. Đủ điều kiện sức khỏe lái xe hạng.....

5.2. Không đủ điều kiện sức khỏe lái xe hạng.....

5.3. Đạt tiêu chuẩn sức khỏe lái xe hạng.....nhưng yêu cầu khám lại (ghi cụ thể thời gian khám lại).....

Những trường hợp khó kết luận, đề nghị hội chẩn chuyên khoa hoặc gửi đối tượng xin khám sức khỏe lái xe ở Hội đồng GDYK các cấp

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe

² Tên của cơ sở khám sức khỏe

³ Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

⁴ Ảnh chụp trên nền trắng, trong thời gian không quá 06 tháng tính đến ngày khám sức khỏe, còn rõ nét và nhận dạng được.

QUY TRÌNH 06**Cấp Giấy khám sức khỏe định kỳ đối với người lái xe ô tô***(Ban hành kèm theo Quyết định số 862 /QĐ-UBND**ngày 11 tháng 3 năm 2020 của Chủ tịch Ủy ban nhân dân thành phố)***I. THÀNH PHẦN HỒ SƠ**

STT	Tên hồ sơ	Số lượng	Ghi chú
01	Sổ KSK định kỳ theo mẫu quy định tại Phụ lục 3- Thông tư liên tịch số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT ngày 21/8/2015	01	Bản chính
02	Giấy giới thiệu của cơ quan, tổ chức nơi người đó đang làm việc đối với trường hợp KSK định kỳ đơn lẻ hoặc có tên trong danh sách KSK định kỳ do cơ quan, tổ chức nơi người đó đang làm việc xác nhận để thực hiện KSK định kỳ theo hợp đồng	01	Bản chính

II. NƠI TIẾP NHẬN, TRẢ KẾT QUẢ, THỜI GIAN VÀ LỆ PHÍ

Nơi tiếp nhận và trả kết quả	Thời gian xử lý	Lệ phí
Bộ phận tiếp nhận hồ sơ - Cơ sở khám chữa bệnh	<ul style="list-style-type: none"> - Đối với trường hợp KSK đơn lẻ: cơ sở KSK trả Giấy KSK—cho người được KSK trong vòng 24 (hai mươi tư) giờ kể từ khi kết thúc việc KSK, trừ những trường hợp phải khám hoặc xét nghiệm bổ sung theo yêu cầu của người thực hiện KSK; - Đối với trường hợp KSK tập thể theo hợp đồng: cơ sở KSK trả Giấy KSK cho người được KSK theo thỏa thuận đã ghi trong hợp đồng. 	Nộp phí theo mức phí thu viện phí hiện hành

III. TRÌNH TỰ XỬ LÝ CÔNG VIỆC

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B1	Nộp hồ sơ	Tổ chức, cá nhân	Giờ hành chính	Theo mục I	Thành phần hồ sơ theo mục I

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ	NV bộ phận tiếp nhận hồ sơ	01 giờ	Theo mục I	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ cho bộ phận chuyên môn và thu phí
B2	Thẩm định hồ sơ, đề xuất kết quả giải quyết	Bác sĩ được ủy quyền/phân công thụ lý hồ sơ	20 giờ	Theo mục I	<ul style="list-style-type: none"> - Bác sĩ được ủy quyền/phân công thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, kiểm tra, đối chiếu ảnh trong hồ sơ KSK với người đến KSK. - Thực hiện việc KSK theo quy trình - Kết luận vào sổ KSK
B3	Phát hành văn bản	Văn thư	1 giờ	Theo mục I	<ul style="list-style-type: none"> - Đóng dấu sổ KSK; - Trả kết quả cho Tổ chức/cá nhân. - Thống kê, theo dõi.

4. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Sổ khám sức khỏe của người lái xe (Phụ lục 3 Thông tư liên tịch số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT)

5. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Sổ khám sức khỏe của người lái xe (Phụ lục 3 Thông tư liên tịch số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT)
2	//	Các thành phần hồ sơ khác (nếu có) theo quy định hiện hành

6. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009, có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2011;
- Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế Hướng dẫn Khám sức khỏe, có hiệu lực từ ngày 01 tháng 7 năm 2013;
- Thông tư số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT ngày 21/8/2015 của Bộ Y tế và Bộ Giao thông Vận tải quy định về tiêu chuẩn sức khỏe của người lái xe, việc khám sức khỏe định kỳ đối với người lái xe ô tô và quy định về cơ sở y tế khám sức khỏe cho người lái xe, có hiệu lực từ ngày 10 tháng 10 năm 2015.
- Thông tư 01/2018/TT-VPCP ngày 23 tháng 11 năm 2018 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn thi hành một số quy định của Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính.

PHỤ LỤC SỐ 03**MẪU SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT ngày 21 tháng 8 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giao thông vận tải)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ CỦA NGƯỜI LÁI XE Ô TÔ

Ảnh ⁴ (4x6cm)	1. Họ và tên (<i>chữ in hoa</i>):.....
	2. Giới: Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Tuổi.....
	Số CMND hoặc Hộ chiếu:..... cấp ngày...../...../..... tại.....
	4. Hộ khẩu thường trú:.....
	5. Chỗ ở hiện tại:.....

6. Nghề nghiệp:.....⁴

7. Nơi công tác:.....⁵

8. Hạng xe được phép lái:.....

9. Tiền sử bệnh tật bản thân:

Tên bệnh	Phát hiện năm
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

.....ngày..... tháng..... năm.....

Người đề nghị khám sức khỏe

(Ký và ghi rõ họ, tên)

I KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ												
1. Tâm thần:..... Kết luận:..... 2. Thần kinh:..... Kết luận:.....												
3. Mắt: - Thị lực nhìn xa từng mắt: + Không kính: Mắt phải:.....Mắt trái:..... + Có kính: Mắt phải:.....Mắt trái:..... - Thị lực nhìn xa hai mắt: Không kính.....Có kính..... Thị trường:													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Thị trường đứng (chiều t_{ên}-dưới)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Bình thường <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">Hạn chế</td> <td style="padding: 5px;">Bình thường</td> <td style="padding: 5px;">Hạn chế</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)		Thị trường đứng (chiều t _{ên} -dưới)		Bình thường <input type="checkbox"/>	Hạn chế	Bình thường	Hạn chế				
Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)		Thị trường đứng (chiều t _{ên} -dưới)											
Bình thường <input type="checkbox"/>		Hạn chế	Bình thường	Hạn chế									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Bình thường <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">Hạn chế</td> <td style="padding: 5px;">Bình thường</td> <td style="padding: 5px;">Hạn chế</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Bình thường <input type="checkbox"/>	Hạn chế	Bình thường	Hạn chế									
Bình thường <input type="checkbox"/>	Hạn chế	Bình thường	Hạn chế										
-Sắc giác + Bình thường <input type="checkbox"/> + Mù màu toàn bộ <input type="checkbox"/> Mù màu: - Đỏ <input type="checkbox"/> - Xanh lá cây <input type="checkbox"/> - vàng <input type="checkbox"/> Các bệnh về mắt (nếu có):													
Kết luận..... 4. Tai-Mũi-Họng - Kết quả khám thính lực (có thể sử dụng máy trợ thính) + Tai trái: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m + Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m - Các bệnh về Tai - Mũi - Họng (nếu có):												

.....	
Kết luận.....	.....
5. Tim mạch:	
+ Mạch: .....lần/phút;	
+ Huyết áp:...../.....mmHg	
.....	
Kết luận.....	.....
6. Hô hấp:.....	
.....	
Kết luận.....	.....
7. Cơ Xương Khớp:	
.....	
Kết luận.....	.....
8. Nội tiết:	
.....	
.....	
Kết luận.....	.....
9. Thai sản:.....	
.....	
Kết luận.....	.....

1. Ghi rõ công việc hiện nay đang làm

2. Ghi rõ tên, địa chỉ cơ quan, đơn vị nơi người được khám của đang lao động, học tập

III. KHÁM CẬN LÂM SÀN

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Các xét nghiệm bắt buộc: a) Xét nghiệm ma túy	

- Test Morphin/Heroin:..... - Test Amphetamin:..... - Test Methamphetamin:..... - Test Marijuana (cần sa):.....	
b) Xét nghiệm nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở:	
2. Các xét nghiệm chỉ thực hiện khi có chỉ định của bác sỹ khám sức khỏe: Huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác. a)Kết quả:..... b) Kết luận:.....	

III. KẾT LUẬN

.....

Các bệnh, tật đang mắc:.....

.....ngày..... tháng..... năm.....

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

3. Kết luận: Đủ điều kiện/không đủ điều kiện sức khỏe lái xe hạng.....

QUY TRÌNH 07**Đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện
đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện đang cư trú tại cộng đồng***(Ban hành kèm theo Quyết định số 862/QĐ-UBND**ngày 11 tháng 3 năm 2020 của Chủ tịch Ủy ban nhân dân thành phố)***I. THÀNH PHẦN HỒ SƠ**

STT	Tên hồ sơ	Số lượng	Ghi chú
01	Đơn đăng ký điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (theo mẫu).	01	Bản chính
02	Một trong những giấy tờ sau: Chứng minh nhân dân, hộ chiếu, giấy khai sinh hoặc hộ khẩu, giấy phép lái xe (đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện đang cư trú tại cộng đồng)	01	Bản sao

II. NƠI TIẾP NHẬN, TRẢ KẾT QUẢ, THỜI GIAN VÀ LỆ PHÍ

Nơi tiếp nhận và trả kết quả	Thời gian xử lý	Lệ phí
Bộ phận tiếp nhận hồ sơ - Cơ sở quản lý thực hiện việc nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế	Ngay sau khi nhận được Đơn đăng ký của đối tượng đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện	Không quy định lệ phí

III. TRÌNH TỰ XỬ LÝ CÔNG VIỆC

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B1	Nộp hồ sơ	Cá nhân	Giờ hành chính	Theo mục I	Thành phần hồ sơ theo mục I
	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ	NV bộ phận tiếp nhận hồ sơ	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	Theo mục I	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ cho bộ phận chuyên môn và thu phí

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B2	Thẩm định hồ sơ, đề xuất kết quả giải quyết	NV thụ lý hồ sơ	Ngày khi tiếp nhận hồ sơ	<ul style="list-style-type: none"> - Theo mục I - Tờ trình - BM 05 hoặc - Văn bản từ chối 	<ul style="list-style-type: none"> - NV thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, kiểm tra, thẩm định hồ sơ - Tổng hợp, hoàn thiện hồ sơ pháp lý, in tờ trình, dự thảo Giấy tiếp nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện hoặc văn bản từ chối tiếp nhận (nếu hồ sơ không đủ điều kiện). - Trình lãnh đạo cơ sở xem xét
B3	Xem xét, ký duyệt	Lãnh đạo phòng chuyên môn	Ngày khi tiếp nhận hồ sơ	Hồ sơ trình	Lãnh đạo cơ sở kiểm tra lại hồ sơ, ký tờ trình, ký duyệt hồ sơ
B4	Ban hành văn bản	Văn thư	Ngày khi tiếp nhận hồ sơ	Hồ sơ đã được phê duyệt	Văn thư thực hiện cho số, đóng dấu, chuyển kết quả về bộ phận tiếp nhận
B5	Trả kết quả, lưu hồ sơ, thống kê và theo dõi	NV Bộ phận tiếp nhận	Ngày khi có kết quả	Kết quả	<ul style="list-style-type: none"> - Trả kết quả: 01 bản gửi người được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện hoặc người đại diện theo pháp luật của người được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện trong trường hợp người đó từ đủ sáu tuổi đến chưa đủ mười lăm tuổi; 01 bản lưu hồ sơ điều trị của người được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện tại cơ sở điều trị cá nhân. - Thống kê, theo dõi.

IV. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Đơn đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (Mẫu số 01 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)
2	BM 02	Giấy tiếp nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện (Mẫu số 02 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)

V. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Đơn đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (Mẫu số 01 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)
2	BM 02	Giấy tiếp nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện (Mẫu số 02 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)

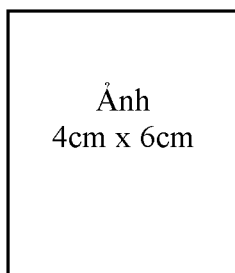
VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Luật số 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS);

- Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế;

- Thông tư 01/2018/TT-VPCP ngày 23 tháng 11 năm 2018 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn thi hành một số quy định của Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính.

Mẫu số 01



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

ĐƠN ĐĂNG KÝ

Tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

Kính gửi:⁹.....

Tên tôi là:..... Giới tính:.....

Sinh ngày:....., tại

Nơi đăng ký thường trú/nơi ở hiện tại:.....¹⁰.....

Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe....., cấp ngày: .../.../...

tại.....

Qua tìm hiểu các điều kiện và quy định liên quan, tôi làm đơn này xin tự nguyện đăng ký tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế. Tôi cam kết nghiêm túc tuân thủ phác đồ điều trị và nội quy của cơ sở điều trị.

Trân trọng cảm ơn./.

Đại diện của người làm đơn

.....¹⁶....., ngày... tháng..... năm 20.....

Tôi tên là¹¹..... số CMND/hộ chiếu/
hộ khẩu/giấy phép lái xe, cấp ngày...tháng...
năm..... tại¹²..... là người đại diện theo
pháp luật của.....¹³..... đồng ý cho¹⁴.....
tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện
bằng thuốc thay thế tại¹⁵.....

Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Ký và ghi rõ họ tên)

⁹ Tên cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý

¹⁰ Ghi rõ nơi đăng ký thường trú hoặc nơi ở hiện tại của người làm đơn

¹¹ Ghi rõ họ, tên của người đại diện theo pháp luật của người làm đơn từ đủ 6 tuổi trở lên đến chưa đủ 15 tuổi

¹² Ghi rõ địa danh nơi cấp số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe

¹³ Ghi rõ họ, tên của người đăng ký tham gia điều trị

¹⁴ Như mục 5

¹⁵ Như mục 1

¹⁶ Địa danh

<p>CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc -----</p> <p>.....¹ .....ngày .....tháng..... năm 20.....</p> <p>GIẤY TIẾP NHẬN ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN</p> <p>Cơ sở: .....².....</p> <p>Địa chỉ:.....³.....</p> <p>Quyết định tiếp nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cho:</p> <p>Họ và tên:.....⁴.....</p> <p>Ngày sinh:.....⁵.....</p> <p>Địa chỉ:.....⁶.....</p> <p>Ngày bắt đầu điều trị:.....⁷.....</p> <p>Người phụ trách chuyên môn (Ký, ghi rõ họ, tên)</p> <p>THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ (Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)</p> <p>(Liên 1: Cơ sở điều trị, cơ sở quản lý lưu hồ sơ điều trị)</p>	<p>CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc -----</p> <p>.....¹ .....ngày .....tháng..... năm 20.....</p> <p>GIẤY TIẾP NHẬN ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN</p> <p>Cơ sở:.....².....</p> <p>Địa chỉ:.....³.....</p> <p>Quyết định tiếp nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cho:</p> <p>Họ và tên:.....⁴.....</p> <p>Ngày sinh:.....⁵.....</p> <p>Địa chỉ:.....⁶.....</p> <p>Ngày bắt đầu điều trị:.....⁷.....</p> <p>Người phụ trách chuyên môn (Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)</p> <p>THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ (Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)</p> <p>(Liên 2: Người bệnh lưu)</p>
---	--

¹ Địa danh² Ghi rõ tên cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý³ Ghi rõ địa chỉ của cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý⁴ Ghi rõ họ và tên của người bệnh theo thông tin trong hồ sơ đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện, trong hồ sơ của đối tượng quản lý⁵ Ghi rõ ngày, tháng, năm sinh của người bệnh theo thông tin trong hồ sơ đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện, trong hồ sơ của đối tượng quản lý⁶ Ghi rõ địa chỉ nơi ở thường trú/nơi ở hiện tại của người bệnh theo thông tin trong hồ sơ đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện, trong hồ sơ của đối tượng quản lý⁷ Ghi rõ ngày, tháng, năm sẽ khởi liệu điều trị cho người bệnh

QUY TRÌNH 08**Cấp thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng**

(Ban hành kèm theo Quyết định số 862/QĐ-UBND ngày 11 tháng 3 năm 2020 của Chủ tịch Ủy ban nhân dân thành phố)

I. THÀNH PHẦN HỒ SƠ

STT	Tên hồ sơ	Số lượng	Ghi chú
01	Đơn đề nghị cấp Thẻ có dán ảnh 4cm x 6 cm (theo mẫu)	01	Bản chính
02	02 ảnh cỡ 2cm x 3cm của người đăng ký làm nhân viên tiếp cận cộng đồng	01	Bản chính
03	Giấy xác nhận nhân thân người đăng ký làm nhân viên tiếp cận cộng đồng (theo mẫu)	01	Bản chính
04	Danh sách người được tuyển chọn làm nhân viên tiếp cận cộng đồng có xác nhận của người đứng đầu chương trình, dự án	01	Bản chính
05	Công văn đề nghị cấp Thẻ cho những người được tuyển chọn làm nhân viên tiếp cận cộng đồng của người đứng đầu chương trình, dự án	01	Bản chính

II. NƠI TIẾP NHẬN, TRẢ KẾT QUẢ, THỜI GIAN VÀ LỆ PHÍ

Nơi tiếp nhận và trả kết quả	Thời gian xử lý	Lệ phí
Bộ phận một cửa - Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố	10 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ	Không

III. TRÌNH TỰ XỬ LÝ CÔNG VIỆC

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B1	Nộp hồ sơ	Tổ chức, cá nhân	Giờ hành chính	Theo mục I	Thành phần hồ sơ theo mục I
	Kiểm tra hồ sơ	NV Bộ phận Một cửa		Theo mục I BM 01	- Trường hợp hồ sơ đầy đủ và hợp lệ: Lập Giấy tiếp nhận hồ sơ

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
				BM 02 BM 03	và hẹn trả kết quả; trao cho người nộp hồ sơ theo BM 01, thực hiện tiếp bước B2. - Trường hợp hồ sơ chưa đầy đủ hoặc chưa hợp lệ: Hướng dẫn người nộp hồ sơ bổ sung, hoàn thiện hồ sơ và ghi rõ lý do theo BM 02. - Trường hợp từ chối tiếp nhận hồ sơ: Lập Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ theo BM 03.
B2	Tiếp nhận hồ sơ	NV Bộ phận Một cửa	0,5 ngày làm việc	Theo mục I	Chuyển hồ sơ cho bộ phận chuyên môn
B3	Phân công thụ lý hồ sơ	Lãnh đạo Bộ phận chuyên môn	0,5 ngày làm việc	Theo mục I	Bộ phận Chuyên môn tiếp nhận hồ sơ từ Bộ phận Tiếp nhận hồ sơ và phân công NV thụ lý hồ sơ
B4	Thẩm định hồ sơ, đề xuất kết quả giải quyết	NV thụ lý hồ sơ	07 ngày làm việc	- Theo mục I - BM 06 hoặc - Văn bản trả hồ sơ	- NV thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, thẩm định hồ sơ - Tổng hợp, hoàn thiện hồ sơ, dự thảo quyết định Cấp thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng; in thẻ (trường hợp hồ sơ đạt yêu cầu) Hoặc văn bản trả hồ sơ và nêu rõ lý do (trường hợp hồ sơ không đạt yêu cầu)

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
					- Trình lãnh đạo Trung tâm xem xét
B5	Xem xét, ký duyệt	Lãnh đạo Trung tâm	1,5 ngày làm việc	Hồ sơ trình	Lãnh đạo Trung tâm xem xét hồ sơ, ký duyệt quyết định Cấp thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng; thẻ nhân viên Hoặc văn bản trả hồ sơ và nêu rõ lý do (trường hợp hồ sơ không đạt) Chuyển hồ sơ cho bộ phận Tiếp nhận hồ sơ.
B6	Ban hành văn bản	Văn thư	0,5 ngày làm việc	Hồ sơ đã được phê duyệt	Văn thư thực hiện cho số, đóng dấu, chuyển kết quả về bộ phận tiếp nhận
B7	Đóng dấu, trả kết quả, lưu hồ sơ, thống kê và theo dõi	NV Bộ phận Một cửa	Theo Giấy hẹn	Kết quả	- Trả kết quả cho Tổ chức/cá nhân. - Thống kê, theo dõi.

IV. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Mẫu Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả.
2	BM 02	Mẫu Phiếu yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ
3	BM 03	Mẫu Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ
4	BM 04	Đơn đề nghị cấp thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây

		nhiễm HIV (Mẫu số 02 Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-BYT-BCA)
5	BM 05	Giấy xác nhận nhân thân (Mẫu số 04 Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-BYT-BCA)
6	BM 06	Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng (Mẫu số 05 Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-BYT-BCA)

V. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Mẫu Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả.
2	BM 02	Mẫu Phiếu yêu cầu bổ sung và hoàn thiện hồ sơ
3	BM 03	Mẫu Phiếu từ chối giải quyết tiếp nhận hồ sơ
4	BM 04	Đơn đề nghị cấp thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV (Mẫu số 02 Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-BYT-BCA)
5	BM 05	Giấy xác nhận nhân thân (Mẫu số 04 Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-BYT-BCA)
6	BM 06	Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng (Mẫu số 05 Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-BYT-BCA)
7	//	Các thành phần hồ sơ khác (nếu có) theo quy định hiện hành

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-BYT-BCA ngày 20 tháng 01 năm 2010 của liên bộ: Bộ Y tế - Bộ Công an quy định việc cấp, phát, quản lý và sử dụng Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV, hiệu lực từ ngày 01 tháng 4 năm 2010.

- Thông tư 01/2018/TT-VPCP ngày 23 tháng 11 năm 2018 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn thi hành một số quy định của Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính.

Mẫu số 02

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch
số 03/2010/TTLT - BYT - BCA ngày 20 tháng 01 năm 2010)

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

Ảnh 4cm x 6cm

....., ngày..... tháng..... năm.....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

**Cấp Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng tham gia thực hiện
các biện pháp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV**

Kính gửi: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố

Tên tôi là:Giới tính:

Sinh ngày:....., tại.....

Trình độ học vấn:

Nơi đăng ký thường trú:

Nơi ở hiện tại:.....

Điện thoại:

Số CMND:....., cấp ngày...../...../..... tại:

Tôi viết đơn này đề nghị được làm nhân viên tiếp cận cộng đồng tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV thuộc TTYT Quận/huyện; chương trình/dự án:

và đề nghị được cấp Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng. Tôi xin cam kết như sau:

1. Chỉ sử dụng Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng để tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV theo đúng nhiệm vụ và địa bàn mà người đứng đầu chương trình, dự án phân công.

2. Chấp hành đúng theo quy định của pháp luật và của chương trình, dự án.

Kính đề nghị các cơ quan có thẩm quyền xem xét và cấp Thẻ để tạo điều kiện cho tôi tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV theo đúng nhiệm vụ được giao

Người làm đơn

(Ký và ghi rõ họ tên)

DANH SÁCH ĐỀ NGHỊ CẤP THẺ NHÂN VIÊN TIẾP CẬN CỘNG ĐỒNG

(Kèm công văn số..... Ngày ...thángnăm)

Tháng:

Đơn vị:

TT	Họ và tên	Giới tính	Ngày, tháng, năm sinh	Số CMND	Đơn vị quản lý	Địa bàn hoạt động	Phạm vi hoạt động	Dự án	Ngày cấp	Ngày hết hạn
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

GIÁM ĐỐC

Người lập bảng

Mẫu số 04 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-BYT-BCA ngày 20 tháng 01 năm 2010

CÔNG AN¹⁹
CÔNG AN²⁰

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

....., ngày.....tháng.....năm.....

GIẤY XÁC NHẬN NHÂN THÂN

Công an xã, phường, thị trấn:....., huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh:
....., tỉnh, thành phố.....xác nhận:

Ông/bà :..... Giới tính :.....

Sinh ngày :....., tại

Nơi đăng ký thường trú:.....

.....

Nơi ở hiện tại:.....

Số CMND :..... cấp ngày/...../..... tại.....

Là người không đang trong thời gian bị truy cứu trách nhiệm hình sự, không đang trong thời gian chấp hành bản án hình sự hoặc quyết định áp dụng biện pháp xử lý hành chính đưa vào cơ sở giáo dục, cơ sở chữa bệnh, giáo dục tại xã, phường, thị trấn.


TRƯỞNG CÔNG AN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

¹⁹ CÔNG AN (huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh)

²⁰ CÔNG AN (xã, phường, thị trấn)

MẪU THẺ NHÂN VIÊN TIẾP CẬN CỘNG ĐỒNG**1. Mặt trước Thẻ**

	TỈNH, THÀNH PHỐ..... TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT THÀNH PHỐ THẺ NHÂN VIÊN TIẾP CẬN CỘNG ĐỒNG	6,5 cm
	Họ và tên:..... Giới tính:..... Ngày, tháng, năm sinh:...../...../..... Phạm vi nhiệm vụ: Địa bàn được phép hoạt động:..... Ngày ... tháng..... năm 20... GIÁM ĐỐC	
Ảnh 2cm x 3cm	Số Thẻ: Thẻ có giá trị đến hết ngày:.....	

10 cm

2. Mặt sau Thẻ

<p align="center">QUY ĐỊNH VỀ SỬ DỤNG THẺ</p> <p>1. Chỉ được sử dụng Thẻ khi tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV tại địa bàn được phân công theo đúng quy định của pháp luật.</p> <p>2. Không được tẩy xoá, sửa chữa, cho người khác mượn Thẻ.</p> <p>3. Khi Thẻ bị mất, rách, nhàu nát hoặc hết hạn sử dụng phải báo ngay cho người đứng đầu chương trình, dự án để đề nghị cấp lại Thẻ.</p>

QUY TRÌNH 09**Cấp lại thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng**

(Ban hành kèm theo Quyết định số 862/QĐ-UBND ngày 11 tháng 3 năm 2020 của Chủ tịch Ủy ban nhân dân thành phố)

I. THÀNH PHẦN HỒ SƠ

STT	Tên hồ sơ	Số lượng	Ghi chú
01	Đơn đề nghị cấp lại Thẻ có dán ảnh 4cm x 6cm, trong đó nêu rõ lý do đề nghị cấp lại Thẻ (theo mẫu)	01	Bản chính
02	02 ảnh cỡ 2cm x 3cm của nhân viên tiếp cận cộng đồng đề nghị cấp lại Thẻ	01	Bản chính
03	Danh sách nhân viên tiếp cận cộng đồng đề nghị cấp lại Thẻ có xác nhận của người đứng đầu chương trình, dự án	01	Bản chính
04	Công văn đề nghị cấp lại Thẻ cho những nhân viên tiếp cận cộng đồng của người đứng đầu chương trình, dự án	01	Bản chính

II. NƠI TIẾP NHẬN, TRẢ KẾT QUẢ, THỜI GIAN VÀ LỆ PHÍ

Nơi tiếp nhận và trả kết quả	Thời gian xử lý	Lệ phí
Bộ phận một cửa - Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố	05 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ	Không

III. TRÌNH TỰ XỬ LÝ CÔNG VIỆC

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B1	Nộp hồ sơ	Tổ chức, cá nhân	Giờ hành chính	Theo mục I	Thành phần hồ sơ theo mục I
	Kiểm tra hồ sơ	NV Bộ phận một cửa		Theo mục I BM 01	- Trường hợp hồ sơ đầy đủ và hợp lệ: Lập Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
		cửa		BM 02 BM 03	quả; trao cho người nộp hồ sơ theo BM 01, thực hiện tiếp bước B2. - Trường hợp hồ sơ chưa đầy đủ hoặc chưa hợp lệ: Hướng dẫn người nộp hồ sơ bổ sung, hoàn thiện hồ sơ và ghi rõ lý do theo BM 02. - Trường hợp từ chối tiếp nhận hồ sơ: Lập Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ theo BM 03.
B2	Tiếp nhận hồ sơ	NV Bộ phận một cửa	0,5 ngày làm việc	Theo mục I	Chuyển hồ sơ cho bộ phận chuyên môn
B3	Phân công thụ lý hồ sơ	Bộ phận chuyên môn	0,5 ngày làm việc	Theo mục I	Bộ phận Chuyên môn tiếp nhận hồ sơ từ Bộ phận Tiếp nhận hồ sơ và phân công cán bộ thụ lý hồ sơ
B4	Thẩm định hồ sơ, đề xuất kết quả giải quyết	NV thụ lý hồ sơ	03 ngày làm việc	- Theo mục I - BM 05 hoặc - Văn bản trả hồ sơ	- NV thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, thẩm định hồ sơ - Tổng hợp, hoàn thiện hồ sơ, dự thảo quyết định Cấp thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng; in thẻ (trường hợp hồ sơ đạt yêu cầu) Hoặc văn bản trả hồ sơ và nêu rõ lý do (trường hợp hồ sơ không đạt yêu cầu) - Trình lãnh đạo Trung tâm xem xét
B5	Xem xét, ký duyệt	Lãnh đạo Trung tâm	01 ngày làm việc	Hồ sơ trình	Lãnh đạo Trung tâm xem xét hồ sơ, ký duyệt quyết định Cấp thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng; thẻ nhân viên

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
					Hoặc văn bản trả hồ sơ và nêu rõ lý do (trường hợp hồ sơ không đạt) Chuyển hồ sơ cho bộ phận Tiếp nhận hồ sơ
B6	Đóng dấu, trả kết quả, lưu hồ sơ, thống kê và theo dõi	NV Bộ phận một cửa	Theo Giấy hẹn	Kết quả	<ul style="list-style-type: none"> - Tiếp nhận kết quả, đóng dấu, vào sổ. - Trả kết quả cho Tổ chức/cá nhân. - Thống kê, theo dõi.

IV. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Mẫu Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả.
2	BM 02	Mẫu Phiếu yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ
3	BM 03	Mẫu Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ
4	BM 04	Đơn đề nghị cấp lại thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV (Mẫu số 03 Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-BYT-BCA)
5	BM 05	Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng (Mẫu số 05 Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-BYT-BCA)

V. HỒ SƠ CẢN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Mẫu Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả.
2	BM 02	Mẫu Phiếu yêu cầu bổ sung và hoàn thiện hồ sơ
3	BM 03	Mẫu Phiếu từ chối giải quyết tiếp nhận hồ sơ
4	BM 04	Đơn đề nghị cấp lại thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV (Mẫu số 03 Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-

		BYT-BCA)
5	BM 05	Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng (Mẫu số 05 Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-BYT-BCA)

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

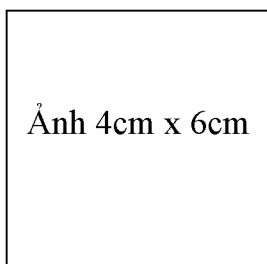
- Luật số 64/2006/QH11 ngày 29 tháng 6 năm 2006 về phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS), hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2007;

- Nghị định số 108/2007/NĐ-CP ngày 26/6/2007 quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS);

- Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-BYT-BCA ngày 20 tháng 01 năm 2010 của liên bộ: Bộ Y tế - Bộ Công an quy định việc cấp, phát, quản lý và sử dụng Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV, hiệu lực từ ngày 01 tháng 4 năm 2010.

- Thông tư 01/2018/TT-VPCP ngày 23 tháng 11 năm 2018 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn thi hành một số quy định của Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính.

Mẫu số 03 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT - BYT - BCA
ngày 20 tháng 01 năm 2010



CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

....., ngày..... tháng..... năm.....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

**Cấp lại Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng tham gia thực hiện các biện pháp giảm tác
hại trong dự phòng lây nhiễm HIV**

Kính gửi: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố

Tên tôi là:Giới tính:

Sinh ngày:....., tại.....

Trình độ học vấn:

Nơi đăng ký thường trú:

Nơi ở hiện tại:.....

Số CMND:....., cấp ngày...../...../.....tại:

Hiện nay, tôi là nhân viên tiếp cận cộng đồng của TTYT Quận/huyện; Chương trình/dự án:

Đã được cấp Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng số:....., cấp ngày...../...../.....

Tôi viết đơn này đề nghị được cấp lại Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV thuộc chương trình, dự án:

Lý do xin cấp lại Thẻ:

Tôi xin cam kết như sau:

1. Chỉ sử dụng Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng để tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV theo đúng nhiệm vụ và địa bàn mà người đứng đầu chương trình, dự án phân công.

2. Chấp hành đúng theo quy định của pháp luật và của chương trình, dự án.

Kính đề nghị các cơ quan có thẩm quyền xem xét và cấp lại Thẻ để tạo điều kiện cho tôi tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV theo đúng nhiệm vụ được giao

Người làm đơn

(Ký và ghi rõ họ tên)

DANH SÁCH ĐỀ NGHỊ CẤP THẺ NHÂN VIÊN TIẾP CẬN CỘNG ĐỒNG

(Kèm công văn số..... Ngày ...tháng ...năm)

Tháng:

Đơn vị:

TT	Họ và tên	Giới tính	Ngày, tháng, năm sinh	Số CMND	Đơn vị quản lý	Địa bàn hoạt động	Phạm vi hoạt động	Dự án	Ngày cấp	Ngày hết hạn
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

CÔNG BÁO/Số 89+90/Ngày 01-4-2020

85


GIÁM ĐỐC

Người lập bảng

Mẫu số 04 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-BYT

MẪU THẺ NHÂN VIÊN TIẾP CẬN CỘNG ĐỒNG

1. Mặt trước Thẻ

	TỈNH, THÀNH PHỐ..... TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT THÀNH PHỐ
	THẺ NHÂN VIÊN TIẾP CẬN CỘNG ĐỒNG
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Ảnh 2cm x 3cm </div>	Họ và tên:.....
	Giới tính:.....
	Ngày, tháng, năm sinh:...../...../.....
	Phạm vi nhiệm vụ:
	Địa bàn được phép hoạt động:.....

Ngày ... tháng..... năm 20... GIÁM ĐỐC	
Số Thẻ: Thẻ có giá trị đến hết ngày:.....	

6,5 cm

10 cm

2. Mặt sau Thẻ

QUY ĐỊNH VỀ SỬ DỤNG THẺ
<ol style="list-style-type: none"> 1. Chỉ được sử dụng Thẻ khi tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV tại địa bàn được phân công theo đúng quy định của pháp luật. 2. Không được tẩy xoá, sửa chữa, cho người khác mượn Thẻ. 3. Khi Thẻ bị mất, rách, nhàu nát hoặc hết hạn sử dụng phải báo ngay cho người đứng đầu chương trình, dự án để đề nghị cấp lại Thẻ.

QUY TRÌNH 10

Đăng ký tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện đối với người có tiền sử nghiện chất dạng thuốc phiện trong các cơ sở trại giam, trại tạm giam, cơ sở cai nghiện bắt buộc, cơ sở giáo dục bắt buộc, trường giáo dưỡng
(Ban hành kèm theo Quyết định số 862/QĐ-UBND ngày 11 tháng 3 năm 2020 của Chủ tịch Ủy ban nhân dân thành phố)

I. THÀNH PHẦN HỒ SƠ

STT	Tên hồ sơ	Số lượng	Ghi chú
01	Đơn đăng ký điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo Mẫu số 01 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016	01	Bản chính

II. NƠI TIẾP NHẬN, TRẢ KẾT QUẢ, THỜI GIAN VÀ LỆ PHÍ

Nơi tiếp nhận và trả kết quả	Thời gian xử lý	Lệ phí
Bộ phận tiếp nhận hồ sơ - Cơ sở quản lý thực hiện việc nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế	Ngay sau khi nhận được Đơn đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện của đối tượng quản lý	Không quy định lệ phí

III. TRÌNH TỰ XỬ LÝ CÔNG VIỆC

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B1	Nộp hồ sơ	Cá nhân	Giờ hành chính	Theo mục I	Thành phần hồ sơ theo mục I
	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ	NV bộ phận Tiếp nhận hồ sơ	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	Theo mục I	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ cho bộ phận chuyên môn và thu phí

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B2	Thẩm định hồ sơ, đề xuất kết quả giải quyết	NV thụ lý hồ sơ	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	<ul style="list-style-type: none"> - Theo mục I - Tờ trình - BM 05 hoặc - Văn bản từ chối 	<ul style="list-style-type: none"> - NV thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, kiểm tra, thẩm định hồ sơ - Tổng hợp, hoàn thiện hồ sơ pháp lý, in tờ trình, dự thảo Giấy tiếp nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện hoặc văn bản từ chối (trường hợp hồ sơ không đủ điều kiện) Trình lãnh đạo cơ sở xem xét
B3	Xem xét, ký duyệt	Lãnh đạo phòng chuyên môn	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	Hồ sơ trình	Lãnh đạo cơ sở kiểm tra lại hồ sơ, ký tờ trình, ký duyệt hồ sơ
B4	Ban hành văn bản	Văn thư	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	Hồ sơ đã được phê duyệt	Văn thư thực hiện cho số, đóng dấu, chuyển kết quả về bộ phận tiếp nhận
B5	Trả kết quả, lưu hồ sơ, thống kê và theo dõi	NV Bộ phận tiếp nhận	Ngay khi có kết quả	Kết quả	<ul style="list-style-type: none"> - Trả kết quả: 01 bản gửi người được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện hoặc người đại diện theo pháp luật của người được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện trong trường hợp người đó từ đủ sáu tuổi đến chưa đủ mười lăm tuổi; 01 bản lưu hồ sơ điều trị của người được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện tại cơ sở quản lý. - Thống kê, theo dõi.

IV. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Đơn đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (Mẫu số 01 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)
2	BM 02	Giấy tiếp nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện (Mẫu số 02 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)

V. HỒ SƠ CẢN LƯU

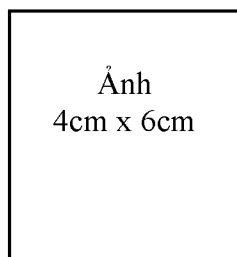
STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Đơn đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (Mẫu số 01 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)
2	BM 02	Giấy tiếp nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện (Mẫu số 02 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Luật số 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS);

- Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế;

- Thông tư 01/2018/TT-VPCP ngày 23 tháng 11 năm 2018 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn thi hành một số quy định của Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính.



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

ĐƠN ĐĂNG KÝ

Tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

Kính gửi:⁹.....

Tên tôi là: Giới tính:.....

Sinh ngày:....., tại

Nơi đăng ký thường trú/nơi ở hiện tại:.....¹⁰.....

.....

Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe....., cấp ngày: .../.../...

tại.....

Qua tìm hiểu các điều kiện và quy định liên quan, tôi làm đơn này xin tự nguyện đăng ký tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế. Tôi cam kết nghiêm túc tuân thủ phác đồ điều trị và nội quy của cơ sở điều trị.

Trân trọng cảm ơn./.

Đại diện của người làm đơn

Tôi tên là¹¹..... số CMND/hộ
chiếu/ hộ khẩu/giấy phép lái xe, cấp
ngày...tháng... năm..... tại¹²..... là
người đại diện theo pháp luật của.....
¹³..... đồng ý cho¹⁴..... tham gia điều
trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc
thay thế tại¹⁵.....

(Ký và ghi rõ họ tên)

.....¹⁶....., ngày... tháng..... năm 20....

Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)

⁹ Tên cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý

¹⁰ Ghi rõ nơi đăng ký thường trú hoặc nơi ở hiện tại của người làm đơn

¹¹ Ghi rõ họ, tên của người đại diện theo pháp luật của người làm đơn từ đủ 6 tuổi trở lên đến chưa đủ 15 tuổi

¹² Ghi rõ địa danh nơi cấp số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe

¹³ Ghi rõ họ, tên của người đăng ký tham gia điều trị

¹⁴ Như mục 5

¹⁵ Như mục 1

¹⁶ Địa danh

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ----- ¹ ngày tháng..... năm 20.....	CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ----- ¹ ngày tháng..... năm 20.....
GIẤY TIẾP NHẬN ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN	GIẤY TIẾP NHẬN ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN
Cơ sở:..... ²	Cơ sở:..... ²
Địa chỉ:..... ³	Địa chỉ:..... ³
Quyết định tiếp nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cho:	Quyết định tiếp nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cho:
Họ và tên:..... ⁴	Họ và tên:..... ⁴
Ngày sinh:..... ⁵	Ngày sinh:..... ⁵
Địa chỉ:..... ⁶	Địa chỉ:..... ⁶
Ngày bắt đầu điều trị:..... ⁷	Ngày bắt đầu điều trị:..... ⁷
Người phụ trách chuyên môn THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ (Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)	Người phụ trách chuyên môn THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ (Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)
(Liên 1: Cơ sở điều trị, cơ sở quản lý lưu hồ sơ điều trị)	(Liên 2: Người bệnh lưu)

¹ Địa danh² Ghi rõ tên cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý³ Ghi rõ địa chỉ của cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý⁴ Ghi rõ họ và tên của người bệnh theo thông tin trong hồ sơ đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện, trong hồ sơ của đối tượng quản lý⁵ Ghi rõ ngày, tháng, năm sinh của người bệnh theo thông tin trong hồ sơ đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện, trong hồ sơ của đối tượng quản lý⁶ Ghi rõ địa chỉ nơi ở thường trú/nơi ở hiện tại của người bệnh theo thông tin trong hồ sơ đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện, trong hồ sơ của đối tượng quản lý⁷ Ghi rõ ngày, tháng, năm sẽ khởi liệu điều trị cho người bệnh

QUY TRÌNH 10

Đăng ký tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện đối với người có tiền sử nghiện chất dạng thuốc phiện trong các cơ sở trại giam, trại tạm giam, cơ sở cai nghiện bắt buộc, cơ sở giáo dục bắt buộc, trường giáo dưỡng
(Ban hành kèm theo Quyết định số 862/QĐ-UBND ngày 11 tháng 3 năm 2020 của Chủ tịch Ủy ban nhân dân thành phố)

I. THÀNH PHẦN HỒ SƠ

STT	Tên hồ sơ	Số lượng	Ghi chú
01	Đơn đăng ký điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo Mẫu số 01 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016	01	Bản chính

II. NƠI TIẾP NHẬN, TRẢ KẾT QUẢ, THỜI GIAN VÀ LỆ PHÍ

Nơi tiếp nhận và trả kết quả	Thời gian xử lý	Lệ phí
Bộ phận tiếp nhận hồ sơ - Cơ sở quản lý thực hiện việc nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế	Ngay sau khi nhận được Đơn đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện của đối tượng quản lý	Không quy định lệ phí

III. TRÌNH TỰ XỬ LÝ CÔNG VIỆC

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B1	Nộp hồ sơ	Cá nhân	Giờ hành chính	Theo mục I	Thành phần hồ sơ theo mục I
	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ	NV bộ phận Tiếp nhận hồ sơ	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	Theo mục I	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ cho bộ phận chuyên môn và thu phí

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B2	Thẩm định hồ sơ, đề xuất kết quả giải quyết	NV thụ lý hồ sơ	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	<ul style="list-style-type: none"> - Theo mục I - Tờ trình - BM 05 hoặc - Văn bản từ chối 	<ul style="list-style-type: none"> - NV thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, kiểm tra, thẩm định hồ sơ - Tổng hợp, hoàn thiện hồ sơ pháp lý, in tờ trình, dự thảo Giấy tiếp nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện hoặc văn bản từ chối (trường hợp hồ sơ không đủ điều kiện) Trình lãnh đạo cơ sở xem xét
B3	Xem xét, ký duyệt	Lãnh đạo phòng chuyên môn	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	Hồ sơ trình	Lãnh đạo cơ sở kiểm tra lại hồ sơ, ký tờ trình, ký duyệt hồ sơ
B4	Ban hành văn bản	Văn thư	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	Hồ sơ đã được phê duyệt	Văn thư thực hiện cho số, đóng dấu, chuyển kết quả về bộ phận tiếp nhận
B5	Trả kết quả, lưu hồ sơ, thống kê và theo dõi	NV Bộ phận tiếp nhận	Ngay khi có kết quả	Kết quả	<ul style="list-style-type: none"> - Trả kết quả: 01 bản gửi người được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện hoặc người đại diện theo pháp luật của người được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện trong trường hợp người đó từ đủ sáu tuổi đến chưa đủ mười lăm tuổi; 01 bản lưu hồ sơ điều trị của người được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện tại cơ sở quản lý. - Thống kê, theo dõi.

IV. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Đơn đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (Mẫu số 01 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)
2	BM 02	Giấy tiếp nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện (Mẫu số 02 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)

V. HỒ SƠ CẦN LƯU

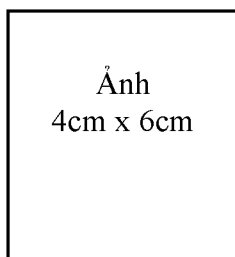
STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Đơn đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (Mẫu số 01 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)
2	BM 02	Giấy tiếp nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện (Mẫu số 02 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Luật số 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS);

- Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế;

- Thông tư 01/2018/TT-VPCP ngày 23 tháng 11 năm 2018 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn thi hành một số quy định của Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính.



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

ĐƠN ĐĂNG KÝ

Tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

Kính gửi:⁹.....

Tên tôi là: Giới tính:.....

Sinh ngày:....., tại

Nơi đăng ký thường trú/nơi ở hiện tại:.....¹⁰.....

.....

Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe....., cấp ngày: .../.../...

tại.....

Qua tìm hiểu các điều kiện và quy định liên quan, tôi làm đơn này xin tự nguyện đăng ký tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế. Tôi cam kết nghiêm túc tuân thủ phác đồ điều trị và nội quy của cơ sở điều trị.

Trân trọng cảm ơn./.

Đại diện của người làm đơn

.....¹⁶....., ngày.... tháng..... năm 20.....

Tôi tên là¹¹..... số CMND/hộ chiếu/ hộ
khẩu/giấy phép lái xe, cấp ngày....tháng...

Người làm đơn

(Ký và ghi rõ họ tên)

năm..... tại¹²..... là người đại diện theo
pháp luật của.....¹³..... đồng ý cho¹⁴.....

tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện
bằng thuốc thay thế tại¹⁵.....

(Ký và ghi rõ họ tên)

⁹ Tên cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý

¹⁰ Ghi rõ nơi đăng ký thường trú hoặc nơi ở hiện tại của người làm đơn

¹¹ Ghi rõ họ, tên của người đại diện theo pháp luật của người làm đơn từ đủ 6 tuổi trở lên đến chưa đủ 15 tuổi

¹² Ghi rõ địa danh nơi cấp số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe

¹³ Ghi rõ họ, tên của người đăng ký tham gia điều trị

¹⁴ Như mục 5

¹⁵ Như mục 1

¹⁶ Địa danh

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ----- ¹ ngày tháng..... năm 20.....	CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ----- ¹ ngày tháng..... năm 20.....
GIẤY TIẾP NHẬN ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN	GIẤY TIẾP NHẬN ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN
Cơ sở:..... ²	Cơ sở:..... ²
Địa chỉ:..... ³	Địa chỉ:..... ³
Quyết định tiếp nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cho:	Quyết định tiếp nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cho:
Họ và tên:..... ⁴	Họ và tên:..... ⁴
Ngày sinh:..... ⁵	Ngày sinh:..... ⁵
Địa chỉ:..... ⁶	Địa chỉ:..... ⁶
Ngày bắt đầu điều trị:..... ⁷	Ngày bắt đầu điều trị:..... ⁷
Người phụ trách chuyên môn (Ký, ghi rõ họ, tên) THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ (Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)	Người phụ trách chuyên môn (Ký, ghi rõ họ, tên) THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ (Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)
(Liên 1: Cơ sở điều trị, cơ sở quản lý lưu hồ sơ điều trị)	(Liên 2: Người bệnh lưu)

¹ Địa danh² Ghi rõ tên cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý³ Ghi rõ địa chỉ của cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý⁴ Ghi rõ họ và tên của người bệnh theo thông tin trong hồ sơ đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện, trong hồ sơ của đối tượng quản lý⁵ Ghi rõ ngày, tháng, năm sinh của người bệnh theo thông tin trong hồ sơ đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện, trong hồ sơ của đối tượng quản lý⁶ Ghi rõ địa chỉ nơi ở thường trú/nơi ở hiện tại của người bệnh theo thông tin trong hồ sơ đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện, trong hồ sơ của đối tượng quản lý⁷ Ghi rõ ngày, tháng, năm sẽ khởi liệu điều trị cho người bệnh

QUY TRÌNH 12**Chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cho người nghiện
chất dạng thuốc phiện được trở về cộng đồng từ cơ sở quản lý***(Ban hành kèm theo Quyết định số 862/QĐ-UBND**ngày 11 tháng 3 năm 2020 của Chủ tịch Ủy ban nhân dân thành phố)***I. THÀNH PHẦN HỒ SƠ**

STT	Tên hồ sơ	Số lượng	Ghi chú
01	Bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo Mẫu số 04 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP	01	Bản chính

II. NƠI TIẾP NHẬN, TRẢ KẾT QUẢ, THỜI GIAN VÀ LỆ PHÍ

Nơi tiếp nhận và trả kết quả	Thời gian xử lý	Lệ phí
Bộ phận tiếp nhận hồ sơ - Cơ sở quản lý thực hiện việc điều trị nghiện dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế	Ngay sau khi nhận được hồ sơ	Không quy định lệ phí

III. TRÌNH TỰ XỬ LÝ CÔNG VIỆC

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B1	Nộp hồ sơ	Tổ chức, cá nhân	Giờ hành chính	Theo mục I	Thành phần hồ sơ theo mục I
	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ	Nhân viên (NV) bộ phận Tiếp nhận hồ sơ	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	Theo mục I	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển hồ sơ cho bộ phận chuyên môn và thu phí
B2	Thẩm định hồ sơ, đề	NV thụ lý hồ sơ	Ngay	- Theo mục I	- NV thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, kiểm tra, thẩm định hồ sơ

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
	xuất kết quả giải quyết		khi tiếp nhận hồ sơ	- Tờ trình - BM 04	- Tổng hợp, hoàn thiện hồ sơ pháp lý, in tờ trình, lập bảng tóm tắt bệnh án theo mẫu - Trình lãnh đạo cơ sở xem xét
B3	Xem xét, ký duyệt	Lãnh đạo phòng chuyên môn	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	Hồ sơ trình	Lãnh đạo cơ sở kiểm tra lại hồ sơ, ký tờ trình, ký duyệt bảng tóm tắt bệnh án
B4	Ban hành văn bản	Văn thư	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	Hồ sơ đã được phê duyệt	Văn thư thực hiện cho số, đóng dấu, chuyển kết quả về bộ phận tiếp nhận
B5	Trả kết quả, lưu hồ sơ, thống kê và theo dõi	NV Bộ phận tiếp nhận hồ sơ	Ngay khi có kết quả	Kết quả	- Trả kết quả cho tổ chức, cá nhân. - Thống kê, theo dõi.

IV. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (Mẫu số 04 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)

V. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (Mẫu số 04 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Luật số 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS);
- Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế;
- Thông tư 01/2018/TT-VPCP ngày 23 tháng 11 năm 2018 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn thi hành một số quy định của Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính.

.....¹

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

Số: /PC

.....²....., ngày ... tháng ... năm 20.....

BẢN TÓM TẮT BỆNH ÁN

Điều trị nghiệm chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

Kính gửi:³.....

Tên cơ sở giới thiệu:¹.....

Địa chỉ:⁴.....

Điện thoại:..... Email (nếu có):

Giới thiệu cho:

1. Họ và tên:.....⁵.....

2. Ngày sinh:⁶.....

3. Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe....., cấp ngày:/...../.....

tại:.....

4. Địa chỉ:⁷.....

5. Thông tin về tình hình điều trị của người bệnh:

- Ngày bắt đầu điều trị:/...../..... Ngày kết thúc:...../...../.....

- Liều điều trị hiện tại:mg/ngày.

6.⁸.....

.....

.....

.....

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

- ¹ Tên cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý giới thiệu người bệnh chuyển tiếp điều trị
- ² Địa danh
- ³ Tên cơ sở điều trị, cơ sở quản lý nơi người bệnh chuyển đến
- ⁴ Ghi rõ địa chỉ của cơ sở điều trị, cơ sở quản lý giới thiệu người bệnh chuyển tiếp điều trị
- ⁵ Ghi rõ họ và tên của người bệnh được chuyển tiếp điều trị
- ⁶ Ghi rõ ngày tháng năm sinh của người bệnh được chuyển tiếp điều trị
- ⁷ Ghi rõ địa chỉ nơi ở thường trú/nơi ở hiện tại của của người bệnh trong hồ sơ đăng ký điều trị, trong hồ sơ quản lý
- ⁸ Tóm tắt về quá trình điều trị của người bệnh và những thông tin cần thiết để cơ sở điều trị, cơ sở quản lý nơi người bệnh chuyển đến có thể sử dụng để tiếp tục điều trị cho người bệnh (nếu có).

(Xem tiếp Công báo số 91 + 92)

VĂN PHÒNG UBND THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Địa chỉ: 86 Lê Thánh Tôn, quận 1

Điện thoại: 38.233.686

Fax: (84.8) 38.233.694

Email: tcb.ubnd@tphcm.gov.vn

Website: www.congbao.hochiminhcity.gov.vn

In tại Xí nghiệp Bản đồ Đà Lạt - Bộ Quốc phòng