Ký bởi: Trung tâm Công báo
Email: ttcb.ubnd@tphcm.gov.vn
Cơ quan: Thành phố Hồ Chí Minh
Thời gian ký: 31.03.2020 11:13:14 +07:00

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

CÔNG BÁO

Thành phố Hồ Chí Minh

Số 91 + 92 **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

(Tiếp theo Công báo số 89 + 90)

QUY TRÌNH 13
Cấp phát thuốc Methadone cho người bệnh điều trị đặc biệt tại cơ sở khám, chữa bệnh

(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 uống thuốc Methadone tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo mẫu số 01 Phụ lục 7 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT	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 điều trị Methadone	Ngay sau khi tiếp nhận đơn đề nghị uống thuốc Methadone tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh	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 (đã được bác sĩ tại cơ sở khám chữa bệnh xác nhận vào đơn)
	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

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 cơ sở điều trị	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	- Theo mục I - Đơn thuốc	- Bác sĩ thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, kiểm tra, thẩm định hồ sơ - Tổng hợp, hoàn thiện hồ sơ pháp lý, kê đơn thuốc cho người bệnh
B3	**Cấp phát thuốc**	Nhân viên phát thuốc	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	- Theo mục I - Đơn thuốc - Phiếu theo dõi điều trị Methadone - Sổ theo dõi phát thuốc	- Giao đủ thuốc và phiếu theo dõi điều trị Methadone cho người giao thuốc. - Ghi chép việc sử dụng thuốc của người bệnh vào sổ theo dõi phát thuốc.
B4	**Theo dõi việc uống thuốc**	Người giao thuốc	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	Kết quả	- Mang các giấy tờ sau khi chuyển thuốc cho người bệnh; theo dõi việc uống thuốc của người bệnh và ký vào phiếu theo dõi điều trị Methadone cùng người bệnh. - Lưu hồ sơ, 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 đề nghị uống thuốc Methadone tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Mẫu số 01 Phụ lục 7 Thông tư số 14/2015/TT-BYT)
2	BM 02	Phiếu theo dõi điều trị Methadone (Phụ lục 6 Thông tư số 14/2015/TT-BYT)
3	BM 03	Sổ theo dõi phát thuốc (Phụ lục 5 Thông tư số 14/2015/TT-BYT)

V. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Đơn đề nghị uống thuốc Methadone tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Mẫu số 01 Phụ lục 7 Thông tư số 14/2015/TT-BYT)
2	BM 02	Phiếu theo dõi điều trị Methadone (Phụ lục 6 Thông tư số 14/2015/TT-BYT)
3	BM 03	Sổ theo dõi phát thuốc (Phụ lục 5 Thông tư số 14/2015/TT-BYT)
4	//	Các thành phần hồ sơ khác (nếu có) theo quy định hiện hành

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Luật dược ngày 14 tháng 6 năm 2005;

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

- Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về quản lý thuốc Methadone;

- 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 7
MẪU ĐƠN ĐỀ NGHỊ UỐNG THUỐC METHADONE TẠI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
(Ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨ VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

……[1]……, ngày ….tháng …. năm 20…

ĐƠN ĐỀ NGHỊ
Uống thuốc Methadone tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi: ……[2]……

Tên tôi là: …… Giới tính: .....

Sinh ngày: …… tại .....

Nơi đăng ký thường trú: ……[3].....

Nơi ở hiện tại: ……[4].....

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

Tôi đang tham gia điều trị Methadone tại ……[5].....

Hiện nay tôi đang phải điều trị tại ……[6]…… nên không thể đến uống thuốc hàng ngày theo quy định. Do vậy, tôi làm Đơn này đề nghị cho phép được phép nhận thuốc và uống thuốc tại ……[7]……

Tôi xin cam kết:

1. Sử dụng thuốc theo đúng chỉ định của bác sỹ.

2. Hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về các thông tin được nêu trong đơn này.

Người bệnh	**Xác nhận của cơ sở khám, chữa bệnh**
(Ký và ghi rõ họ tên)	*(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)*
	Xác nhận bệnh nhân có tên trên hiện đang nằm điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Xác nhận bệnh nhân không có chống chỉ định sử dụng thuốc Methadone để điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện.

Phụ lục 6

MẪU PHIẾU THEO DÕI ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC METHADONE

(Ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Ảnh 3x4	**PHIẾU THEO DÕI ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC METHADONE**		
	HỌ VÀ TÊN:	NGÀY SINH:	CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ:
	ĐỊA CHỈ:	GIỚI:	NGÀY BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ:
	ĐIỆN THOẠI:	MÃ SỐ BỆNH NHÂN:	DẠNG THUỐC METHADONE SỬ DỤNG:

THÁNG: NĂM:			KÝ NHẬN			THÁNG: NĂM:			KÝ NHẬN		
Ngày	mg	ml	Bệnh nhân	Người phát 1	Người phát 2	Ngày	mg	ml	Bệnh nhân	Người phát 1	Người phát 2
1						16					
2						17					
3						18					
4						19					
5						20					
6						21					
7						22					
8						23					
9						24					
10						25					
11						26					
12						27					
13						28					
14						29					
15						30					
						31					

Ghi chú:

Phụ lục 5

MẪU SỔ THEO DÕI PHÁT THUỐC METHADONE HÀNG NGÀY

(Ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

BỘ Y TẾ

SỞ Y TẾ ……

Cơ sở ……

SỔ THEO DÕI
PHÁT THUỐC METHADONE HÀNG NGÀY

(Từ …../…../…….. đến …../…../……..)

Sổ phát thuốc Methadone dạng dung dịch 10mg/ml

Cơ sở ……

Tháng …… Năm ……

Tên bệnh nhân	Mã số bệnh nhân		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Nam	Nữ															

Tên bệnh nhân	Mã số bệnh nhân		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Nam	Nữ															
Tổng cộng (ml)																	

QUY TRÌNH 14

Cấp phát thuốc Methadone cho người bệnh điều trị đặc biệt tại nhà

(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 uống thuốc Methadone tại nhà theo mẫu số 2 Phụ lục 7 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT	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 - Cơ sở điều trị Methadone	Ngay sau khi tiếp nhận đơn đề nghị uống thuốc Methadone tại nhà của người bệnh	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 (đã được bác sĩ tại cơ sở khám chữa bệnh xác nhận vào đơn)
	Kiểm tra hồ sơ	NV Bộ phận một cửa		Theo mục I BM 01 BM 02 BM 03	- Trường hợp hồ sơ đầy đủ và hợp lệ: Lập Giấy tiếp nhận hồ sơ 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

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
					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	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	Theo mục I	Chuyển hồ sơ cho bộ phận chuyên môn
B3	**Phân công thụ lý hồ sơ**	Lãnh đạo Bộ phận chuyên môn	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	Theo mục I	Bộ phận Chuyên môn tiếp nhận hồ sơ từ Bộ phận tiếp nhận và phân công công chức thụ lý hồ sơ
B4	**Thẩm định hồ sơ, đề xuất kết quả giải quyết**	Bác sĩ cơ sở điều trị	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	- Theo mục I - Đơn thuốc	- Bác sĩ thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, kiểm tra, xác minh tình trạng sức khỏe của người bệnh (nếu cần thiết) thẩm định hồ sơ. - Tổng hợp, hoàn thiện hồ sơ pháp lý, kê đơn thuốc cho người bệnh
B5	**Cấp phát thuốc**	Nhân viên phát thuốc	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	- Theo mục I - Phiếu theo dõi điều trị Methadone - Sổ theo dõi phát thuốc - Đơn thuốc	- Giao đủ thuốc và phiếu theo dõi điều trị Methadone cho người giao thuốc. - Ghi chép việc sử dụng thuốc của người bệnh vào sổ theo dõi phát thuốc.

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B6	**Theo dõi việc uống thuốc**	Người giao thuốc	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	Kết quả	- Mang các giấy tờ sau khi chuyển thuốc cho người bệnh; theo dõi việc uống thuốc của người bệnh và ký vào phiếu theo dõi điều trị Methadone cùng người bệnh - Lưu hồ sơ, 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 được cấp thuốc Methadone tại nhà (mẫu số 2 Phụ lục 7 Thông tư số 14/2015/TT-BYT)
5	BM 05	Phiếu theo dõi điều trị Methadone (Phụ lục 6 Thông tư số 14/2015/TT-BYT)
6	BM 06	Sổ theo dõi phát thuốc (Phụ lục 5 Thông tư số 14/2015/TT-BYT)

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 được cấp thuốc Methadone tại nhà (mẫu số 2 Phụ lục 7 Thông tư số 14/2015/TT-BYT)
5	BM 05	Phiếu theo dõi điều trị Methadone (Phụ lục 6 Thông tư số 14/2015/TT-BYT)
6	BM 06	Sổ theo dõi phát thuốc (Phụ lục 5 Thông tư số 14/2015/TT-BYT)

7	//	Các thành phần hồ sơ khác (nếu có) theo quy định hiện hành

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Luật dược ngày 14 tháng 6 năm 2005;

- Nghị định số 96/2012/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2012 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế;

- Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về quản lý thuốc Methadone;

- 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.

- Quyết định số 961/QĐ-UBND ngày 13/3/2019 của Ủy ban nhân dân Thành phố về việc công bố danh mục thủ tục hành chính thuộc phạm vi chức năng quản lý của Sở Y tế.

Phụ lục 7

MẪU ĐƠN ĐỀ NGHỊ ĐƯỢC CẤP THUỐC METHADONE TẠI NHÀ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨ VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

……[8]……, ngày ……tháng ……. năm 20……

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

được cấp thuốc methadone tại nhà

Kính gửi: ……[9]……

Tên tôi là: …… Giới tính: .....

Sinh ngày: ……, tại .....

Nơi đăng ký thường trú:

……[10].....

.....

Nơi ở hiện tại: ……[11].....

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

Tôi đang tham gia điều trị Methadone tại ……[12].....

Hiện nay tôi đang phải điều trị bệnh tại nhà nên không thể đến uống thuốc hàng ngày theo quy định. Do vậy, tôi làm Đơn này đề nghị cho phép được phép nhận thuốc và uống thuốc tại ……[13]……

Tôi xin cam kết:

1. Sử dụng thuốc theo đúng chỉ định của bác sỹ.
2. Hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về các thông tin được nêu trong đơn này.

Người bệnh	**Cơ sở điều trị Methadone xác nhận**
(Ký và ghi rõ họ tên)	

---

[1] Địa danh

[2] Tên cơ sở điều trị Methadone

[3] Nơi đăng ký thường trú của người bệnh theo hộ khẩu

[4] Nơi cư trú hiện tại của người bệnh

[5] Ghi rõ tên và địa chỉ cơ sở điều trị Methadone

[6] Ghi rõ tên và địa chỉ của bệnh viện nơi đang điều trị bệnh

[7] Ghi rõ tên và địa chỉ của bệnh viện nơi đang điều trị bệnh

[8] Địa danh

[9] Tên cơ sở điều trị Methadone

[10] Nơi đăng ký thường trú của người bệnh theo hộ khẩu

[11] Nơi cư trú hiện tại của người bệnh

[12] Ghi rõ tên và địa chỉ cơ sở điều trị Methadone

[13] Ghi rõ tên và địa chỉ nơi người bệnh đang cư trú

Phụ lục 6

MẪU PHIẾU THEO DÕI ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC METHADONE

(Ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

<table>
<tr><td rowspan="4">Ảnh 3x4</td><td colspan="11">PHIẾU THEO DÕI ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC METHADONE</td></tr>
<tr><td colspan="4">HỌ VÀ TÊN:</td><td colspan="3">NGÀY SINH:</td><td colspan="4">CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ:</td></tr>
<tr><td colspan="4">ĐỊA CHỈ:</td><td colspan="3">GIỚI:</td><td colspan="4">NGÀY BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ:</td></tr>
<tr><td colspan="4">ĐIỆN THOẠI:</td><td colspan="3">MÃ SỐ BỆNH NHÂN:</td><td colspan="4">DẠNG THUỐC METHADONE SỬ DỤNG:</td></tr>
<tr><td colspan="2">THÁNG:
NĂM:</td><td colspan="4">KÝ NHẬN</td><td colspan="2">THÁNG:
NĂM:</td><td colspan="4">KÝ NHẬN</td></tr>
<tr><td>Ngày</td><td>mg</td><td>ml</td><td>Bệnh nhân</td><td>Người phát 1</td><td>Người phát 2</td><td>Ngày</td><td>mg</td><td>ml</td><td>Bệnh nhân</td><td>Người phát 1</td><td>Người phát 2</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>18</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>21</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>23</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>24</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>25</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>27</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>29</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

Ghi chú:

Phụ lục 5

MẪU SỔ THEO DÕI PHÁT THUỐC METHADONE HÀNG NGÀY

(Ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

BỘ Y TẾ

SỞ Y TẾ ……

Cơ sở ……

SỔ THEO DÕI
PHÁT THUỐC METHADONE HÀNG NGÀY

(Từ …../…../…….. đến …../…../……..)

Sổ phát thuốc Methadone dạng dung dịch 10mg/ml

Cơ sở ……

Tháng …… Năm ……

Tên bệnh nhân	Mã số bệnh nhân		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Nam	Nữ															

Tên bệnh nhân	Mã số bệnh nhân		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Nam	Nữ															
Tổng cộng (ml)																	

QUY TRÌNH 15
Chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện ngoài 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 chuyển tiếp điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo Mẫu số 03 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP	01	Bản chính
02	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 một cửa - Cơ sở điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện	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 (đã được bác sĩ tại cơ sở khám chữa bệnh xác nhận vào đơn)
	Tiếp nhận, kiểm tra và chuyển	Nhân viên (NV) bộ phận một cửa	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
	hồ sơ				
B2	**Thẩm định hồ sơ, đề xuất kết quả giải quyết**	Cán bộ thụ lý hồ sơ	Ngay khi tiếp nhận hồ sơ	- Theo mục I - Đơn thuốc - Tờ trình - Bảng tóm tắt bệnh án	- Cán bộ 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, 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	**Trả kết quả, lưu hồ sơ, thống kê và theo dõi**	NV Bộ phận một cửa	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	Đơn đề nghị chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế ((Mẫu số 03 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP))
2	BM 02	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	Đơn đề nghị chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế ((Mẫu số 03 Nghị định số 90/2016/NĐ-CP))
2	BM 02	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)
3	//	Các thành phần hồ sơ khác (nếu có) theo quy định hiện hành

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/ND-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.

- Quyết định số 961/QĐ-UBND ngày 13/3/2019 của Ủy ban nhân dân Thành phố về việc công bố danh mục thủ tục hành chính thuộc phạm vi chức năng quản lý của Sở Y tế.

Mẫu số 03

Ảnh 4cm x 6cm

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

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Chuyển tiếp điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

Kính gửi: ……[1]……..

1. Họ và tên: .....

2. Ngày sinh: .....

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

tại: .....

4. Tên cơ sở điều trị chuyển đến: ……[2].....

5. Thời gian chuyển: ……[3].....

6. Địa chỉ của cơ sở điều trị chuyển đến: ……[4].....

.....

Tôi làm đơn này đề nghị cơ sở điều trị giới thiệu và làm các thủ tục cần thiết để giúp tôi được tiếp tục điều trị tại cơ sở điều trị có tên và địa chỉ trên đây.

Trân trọng cảm ơn./.

… …[5]… …, ngày.... tháng…. năm 20.....
Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)

---

[1] Tên của cơ sở điều trị nơi người bệnh đang điều trị

[2] Tên của cơ sở điều trị nơi người bệnh muốn chuyển đến

[3] Ghi rõ thời gian chuyển tiếp điều trị tại cơ sở điều trị nơi đến

[4] Ghi rõ địa chỉ của cơ sở điều trị người bệnh muốn chuyển đến

[5] Địa danh

Mẫu số 04

……[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 nghiện 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).

QUY TRÌNH 16

Cấp giấy chứng nhận tiêm chủng quốc tế hoặc áp dụng biện pháp dự phòng

(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 giấy chứng nhận/ kiểm tra, xử lý... (theo mẫu)	01	Bản chính
02	Chứng minh nhân dân hoặc giấy tờ tùy thân khác (để xác minh đúng đối tượng được tiêm)	01	Bản sao
03	Giấy tờ chứng minh việc sử dụng vắc xin, biện pháp dự phòng đã áp dụng trước đó còn hiệu lực	01	Bản chính

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

<table>
<tr><th>Nơi tiếp nhận và trả kết quả</th><th>Thời gian xử lý</th><th>Lệ phí</th></tr>
<tr><td rowspan="4">Bộ phận tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả, Bàn số 1 - Trung tâm Kiểm dịch Y tế Quốc tế TPHCM, địa chỉ: 40 Nguyễn Văn Trỗi, phường 15, quận Phú Nhuận.</td><td rowspan="4">Ngay sau khi tiếp nhận đủ đơn và tài liệu minh chứng đã tiêm vắc xin phòng bệnh.</td><td>
<table>
<tr><th>TT</th><th>Danh mục</th><th>Đơn vị tính</th><th>Mức thu</th></tr>
<tr><td colspan="4">Tiêm chủng, áp dụng biện pháp dự phòng và cấp chứng nhận tiêm chủng quốc tế hoặc áp dụng biện pháp dự phòng (Mức thu không bao gồm tiền vắc xin, thuốc, khẩu trang)</td></tr>
<tr><td>1</td><td>Tiêm chủng (gồm vắc xin đường uống, đường tiêm), áp dụng biện pháp dự phòng và cấp chứng nhận tiêm chủng quốc tế hoặc áp dụng biện pháp dự phòng (gồm lần đầu, tái chủng, theo lịch, kiểm tra cấp lại chứng nhận tiêm chủng quốc tế)</td><td>USD/ lần</td><td>0,42</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Tiêm chủng vắc xin Sốt vàng và cấp chứng nhận tiêm chủng quốc tế</td><td>USD/ lần</td><td>8</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

		3	Tiêm chủng (gồm vắc xin đường uống, đường tiêm), áp dụng biện pháp dự phòng và cấp chứng nhận tiêm chủng quốc tế hoặc áp dụng b□ện pháp dự phòng (gồm lần đầu, tái chủng, theo lịch, kiểm tra cấp lại chứng nhận tiêm chủng quốc tế)	Đồng/ lần	85.000

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	**Chuẩn bị và nộp hồ sơ**	Tổ chức, cá nhân	Trong giờ hành chính	Theo mục I	Nộp hồ sơ theo quy định tại mục I
	Tiếp nhận hồ sơ	Bộ phận tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả		Theo mục I BM 01 BM 02 BM 03	Chuyên viên tiếp nhận hồ sơ, kiểm tra tính hợp lệ và đầy đủ của hồ sơ: Tất cả hồ sơ được nhận chuyển vào bác sĩ giải quyết liền và trả giấy chứng nhận tiêm chủng (BM 04) ngay trong buổi
B2	**Khám tư vấn và chỉ định tiêm chủng**	Bác sĩ tư vấn	Giờ hành chính	Theo mục I BM 01 Phiếu chỉ định	- Khám để loại trừ những trường hợp có chống chỉ định tiêm chủng, hỏi tiền sử - Tư vấn cho người được tiêm chủng - Chỉ định tiêm
B3	**Tiêm và theo dõi phản ứng sau tiêm**	Bác sĩ/ điều dưỡng	Trong giờ hành chính	Theo mục I BM 01 và Phiếu chỉ định	- Tiêm ngừa - Theo dõi chăm sóc, xử trí phản ứng sau tiêm (ít nhất 30 phút sau tiêm)
B4	**Thẩm định hồ sơ, đề xuất**	Nhân viên hành chính	Sau khi tiêm	Theo mục I Phiếu chỉ	- Hoàn thiện hồ sơ và dự thảo kết quả trình lãnh đạo ký Giấy chứng nhận tiêm

	kết quả giải quyết TTHC			định và BM 04 (Hồ sơ trình)	chủng quốc tế hoặc áp dụng biện pháp dự phòng
B5	**Xem xét, trình ký**	Trưởng, phó khoa	Sau khi tiêm	Hồ sơ trình	Kiểm tra đối chiếu phiếu chỉ định với giấy chứng nhận trình lãnh đạo ký.
B6	**Ký duyệt**	Lãnh đạo trung tâm Trưởng, phó khoa	Sau khi tiêm	Hồ sơ trình	Lãnh đạo trung tâm, trưởng, phó khoa xem xét hồ sơ và ký duyệt Giấy chứng nhận tiêm chủng quốc tế hoặc áp dụng biện pháp dự phòng.
B7	Trả kết quả giải quyết TTHC	Bộ phận tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả Nhân viên hành chính/ điều dưỡng	Trên 30 phút sau khi theo dõi phản ứng sau tiêm	Kết quả Giấy chứng nhận (BM 04)	- Trả kết quả cho Tổ chức/cá nhân. - Lưu hồ sơ, thống kê và theo dõi

IV. BIỂU MẪU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Bảng kiểm trước tiêm chủng đối với người lớn
2	BM 02	Bảng kiểm trước tiêm chủng đối với trẻ em
3	BM 03	Đơn đề nghị cấp giấy chứng nhận/ kiểm tra, xử lý…(Mẫu số 15 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)
4	BM 04	Giấy chứng nhận tiêm chủng quốc tế hoặc áp dụng biện pháp dự phòng (Mẫu số 02 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)

V. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Bảng kiểm trước tiêm chủng đối với người lớn
2	BM 02	Bảng kiểm trước tiêm chủng đối với trẻ em
3	BM 03	Đơn đề nghị cấp giấy chứng nhận/ kiểm tra, xử lý……
4	BM 04	Giấy chứng nhận tiêm chủng quốc tế hoặc áp dụng biện pháp dự phòng (Mẫu số 02 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP) (Chỉ lưu phiếu chỉ định, Giấy chứng nhận cấp cho đối tượng tiêm chủng sử dụng)
5	BM 01	Bảng kiểm trước tiêm chủng đối với người lớn (Theo quyết định 2470/QĐ-BYT ngày 14 tháng 06 năm 2019. Phải lưu 15 ngày)
6	BM 02	Bảng kiểm trước tiêm chủng đối với trẻ em (Theo quyết định 2470/QĐ-BYT ngày 14 tháng 06 năm 2019. Phải lưu 15 ngày)
7	//	Phiếu chỉ định tiêm chủng (Thông tư 34/2018/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2018. Phải lưu vĩnh viễn)
8	//	Các thành phần hồ sơ khác (nếu có) theo văn bản pháp quy hiện hành

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Luật số 03/2007/QH12 ngày 21/11/2007của Quốc hội ban hành về phòng, chống bệnh truyền nhiễm, có hiệu lực từ ngày 01 tháng 7 năm 2008;

- Nghị định số 89/2018/NĐ-CP ngày 25/06/2018 Quy định chi tiết thi hành một số điều luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới;

- Nghị định số 104/2016NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ về Quy định về hoạt động tiêm chủng

- Thông tư 34/2018/TT-BYT ngày 16/11/2018 Hướng dẫn việc quản lý và sử dụng vắc xin trong tiêm chủng thành quy định chi tiết một số điều của nghị định 104/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 07 năm 2016 của chính phủ về quy định hoạt động tiêm chủng;

- Thông tư số 240/2016/TT-BTC ngày 11/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định mức giá tối đa dịch vụ kiểm dịch y tế, y tế dự phòng tại cơ sở y tế công lập;

- Quyết định 2470/QĐ-BYT ngày 14 tháng 06 năm 2019 về việc ban hành

Hướng dẫn Khám sàng lọc đối với trẻ em.

- Quyết định số 2535/QĐ-BYT ngày 10/7/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn theo dõi chăm sóc, xử trí phản ứng sau tiêm chủng;

- Quyết định số 2301/QĐ-BYT ngày 12/6/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em;

- 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./.

SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH
TRUNG TÂM KIỂM DỊCH Y TẾ QUỐC TẾ

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

BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI TRẺ EM

Mã tiêm chủng: __ __ __/__ __/__ __/__ __ __ __/__ __ __ __
Họ tên trẻ:___ _____Giới:Nam ☐ Nữ ☐Ngày sinh:____/_____/_____
Địa chỉ: số nhà_____ PX:_____ QH_____, Tỉnh / TP: _____
Họ tên cha / mẹ hoặc người nuôi dưỡng:_____; Điện thoại:_____

Dành cho cha mẹ và người chăm sóc: Những câu hỏi sau đây nhằm cung cấp thêm thông tin cho nhân viên y tế tìm hiểu về tình trạng sức khoẻ của con ông bà và xác định trẻ có thể tiêm vắc xin gì trong lần này. Nếu ông bà trả lời "Có" cho bất kỳ câu hỏi nào thì không có nghĩa là trẻ không được tiêm chủng; mà chỉ là để bác sĩ quan tâm hơn đến vấn đề đó trong suốt quá trình tư vấn và thăm khám trước khi đưa ra chỉ định tiêm chủng. Nếu có câu hỏi nào không rõ ràng, vui lòng hỏi lại nhân viên y tế tại nơi tiêm chủng để được giải thích rõ hơn

	Có	Không	Không rõ
1. Hôm nay trẻ có bị bệnh gì không?	☐	☐	☐
2. Trẻ có dị ứng với thuốc, thức ăn hay vắc xin không?	☐	☐	☐
3. Trẻ có bị phản ứng nặng sau những lần tiêm chủng vắc xin trước đây không?	☐	☐	☐
4. Trẻ có bị động kinh, co giật hay yếu tay chân không?	☐	☐	☐
5. Trẻ có bị ung thư, bệnh bạch cầu, AIDS hay bất cứ rối loạn hệ thống miễn dịch nào không?	☐	☐	☐
6. Trong vòng 3 tháng qua trẻ có được điều trị cortisone, prednisone, các thuốc steroide khác hay thuốc điều trị ung thư, hoặc điều trị bằng tia X không?	☐	☐	☐
7. Trong vòng một năm qua, trẻ có được truyền máu hay các chế phẩm từ máu hoặc globulin miễn dịch không?	☐	☐	☐
8. Trẻ có được tiêm chủng vắc xin trong 4 tuần vừa qua không?	☐	☐	☐
Dành cho bác sỹ tư vấn và thăm khám lâm sàng	Có	Không	Không rõ
Thân nhiệt ≥ 37,5 độ C hoặc ≤ 35,5 độ C	☐	☐	☐
Tri giác bất thường	☐	☐	☐
Tiếng tim bất thường	☐	☐	☐
Nhịp thở, nghe phổi bất thường	☐	☐	☐
Các chống chỉ định khác: _____	☐	☐	☐

Kết luận: Đủ điều kiện tiêm chủng lần này: Có ☐ Không ☐ **Chỉ định vắc xin**:_____

Cha mẹ / người chăm sóc: đã được tư vấn và đồng ý tiêm chủng, ký tên:	**Bác sỹ tư vấn**
Thăm khám sau tiêm ≥30 phút tại cơ sở: - Tại vị trí tiêm:..... - Tổng trạng trẻ:.....	**Thời gian về:** .....giờ..... **Ngày:** ...../ ...../ 201 Đã được hướng dẫn theo dõi sau tiêm, phụ huynh ký tên:.....

SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH
TRUNG TÂM KIỂM DỊCH Y TẾ QUỐC TẾ

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

PHỤ LỤC 6

BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI NGƯỜI LỚN

Họ tên: ..... Giới: Nam ☐ Nữ ☐ Ngày sinh: ...../...../.....
Địa chỉ: Số nhà:..... PX: ..... QH: .....
Tỉnh / TP: .....
Nghề nghiệp: ..... Điện thoại: .....

Dành cho người đi tiêm chủng: Những câu hỏi sau đây có thể giúp cân nhắc bạn có thể được tiêm những vắc xin gì trong ngày hôm nay. Nếu bạn trả lời "Có" cho bất kỳ câu hỏi nào không có nghĩa là bạn không nên tiêm chủng. Điều này chỉ có nghĩa là phải hỏi thêm nhiều câu hỏi khác. Nếu có câu hỏi nào không rõ ràng, xin vui lòng hỏi lại nhân viên y tế tại nơi tiêm chủng để được giải thích thêm.

	Có	Không	Không rõ
1. Hôm nay bạn có bị bệnh gì không?	☐	☐	☐
2. Bạn có dị ứng với thuốc, thức ăn hay vắc xin không?	☐	☐	☐
3. Bạn có bị phản ứng nặng sau những lần tiêm chủng vắc xin trước đây không?	☐	☐	☐
4. Bạn có bị động kinh hoặc có bệnh lý về não, thần kinh không?	☐	☐	☐
5. Bạn có bị ung thư, bệnh bạch cầu, AIDS hay bất cứ rối loạn hệ thống miễn dịch nào hay không?	☐	☐	☐
6. Trong vòng 3 tháng qua, bạn có được sử dụng cortisone, prednisone, các thuốc steroids khác hay thuốc điều trị ung thư hoặc điều trị bằng tia X không?	☐	☐	☐
7. Trong vòng một năm qua, bạn có được truyền máu hoặc các chế phẩm từ máu hay có sử dụng globulin miễn dịch không?	☐	☐	☐
8. Đối với phụ nữ, bạn có đang mang thai hay có dự định mang thai trong tháng tới không?	☐	☐	☐
9. Bạn có được tiêm chủng vắc xin trong 4 tuần vừa qua không?	☐	☐	☐
Ngày:.....	Người điền thông tin (ký tên)		
Dành cho BS tư vấn và thăm khám lâm sàng			

	Có	Không	Không rõ
Thân nhiệt ≥ 37,5 độ C hoặc ≤ 35,5 độ C	☐	☐	☐
Tri giác bất thường	☐	☐	☐
Tiếng tim thất thường	☐	☐	☐
Nhịp thở, nghe phổi bất thường	☐	☐	☐
Các chống chỉ định khác:.....	☐	☐	☐
Kết luận: Đủ điều kiện tiêm chủng lần này: Có ☐	Chỉ định vắc xin:		
Người đi tiêm chủng: đã được tư vấn và đồng ý tiêm chủng	**Bác sỹ tư vấn**		

GIẤY CHỨNG NHẬN TIÊM CHỦNG QUỐC TẾ
HOẶC ÁP DỤNG BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG
MODEL INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION
OR PROPHYLAXIS

Chứng nhận(tên)/*This is to certify that (name)*.....

Năm sinh/*Date of birth*.....Giới tính/*Sex*.....

Quốc tịch/*Nationality*.....

Số hộ chiếu/CMND (nếu có)/*Passport/ID number (if applicable)*.....

Có chữ ký như sau/*Whose signature follows*:.....

Đã được tiêm chủng hoặc áp dụng các biện pháp dự phòng đối với (tên bệnh) theo Điều lệ y tế quốc tế /*Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition) .....in accordance with the International Health Regulations.*

Tên vắc xin hoặc biện pháp dự phòng/*Vaccine or prophylaxis*	Ngày tháng/*Date*	Ký xác nhận của người tiêm /*Signature and professional status of supervising clinician*	Nhà sản xuất và số lô của vắc xin hoặc thuốc phòng *Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis*	Chứng nhận hiệu lực từ ngày-đến ngày /*Certificate valid from ..... until.....*	Dấu của tổ chức kiểm dịch y tế biên giới /*Official stamp of administering centre*
1.					
2.					
3.					
4.					
…					

1. Giấy chứng nhận này chỉ có hiệu lực nếu vắc xin hoặc biện pháp dự phòng được Tổ chức y tế thế giới chấp thuận/*This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization.*

2. Giấy chứng nhận này phải được kiểm dịch viên y tế, người chịu trách nhiệm giám sát biện pháp tiêm chủng hoặc biện pháp dự phòng ký trực tiếp. Sau khi tiêm chủng hoặc áp dụng biện pháp dự phòng khác phải ký tên và đóng dấu đầy đủ/*This certificate must be*

signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature.

3. Mọi sự sửa đổi, tẩy xoá hay ghi không đầy đủ vào các mục của Giấy chứng nhận này đều bị coi là không hợp lệ/*Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.*

4. Giấy chứng nhận này có giá trị cho tới ngày hết hiệu lực của tiêm chủng hoặc áp dụng biện pháp dự phòng khác/*The validity of this certificate shall extend until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis*

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
SOCIALIST REPUBLIC OF VIET NAM
Independence- Freedom - Happiness

ĐƠN ĐỀ NGHỊ/ APPLICATION FORM
Cấp Giấy chứng nhận/ kiểm tra, xử lý .....
For issuance of certificate/ inspection/ control, ...

Kính gửi/ To: Trung tâm Kiểm dịch Y tế Quốc tế TP. HCM

Tôi là *(họ tên bằng chữ hoa)/ Name:* ..... Nam *(Male)/* Nữ *(Female)*

Chức vụ/ *Title:* ..... (nếu có/ *if any*)

Tên cơ quan/ *Agency:* ..... (nếu có/ *if any*)

Sinh ngày/ *Date of birth:* / / Quốc tịch/ *Nationality:*

Số CMDN (hoặc Hộ chiếu)/ *Passport/ ID No)*: ..... Ngày cấp/ *Date of issue:* .....

Nơi cấp/ *Place of issue:* .....

Nơi đăng ký hộ khẩu thường trú/ *Registed permanent residence:* .....

Chỗ ở hiện tại/ *Current residence:* .....

Thực hiện Nghị định số 89/2018/NĐ-CP ngày 25 tháng 06 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới/ *Implementation of the Decree No. 89/2018/NĐ-CP of the Government of Viet Nam dated 25/06/2018 on implementing the Law on Prevention and Control of Inectious Diseases*

Đề nghị/ *To request* Trung tâm Kiểm dịch Y tế Quốc tế TP. HCM cấp Giấy chứng nhận/ kiểm tra, xử lý *(For issuance certificate/ inspection/ control,.....)* ..... cho tôi hoặc Công ty/ đơn vị (tên đơn vị)/ *(to me/ Agency)* .....

TP. HCM, *ngày/ dd ... ... tháng/ mm ... ... năm ... ...*
Người đề nghị/ Applicant
(Ký, ghi rõ họ tên)/ Name and signature

Hồ sơ gửi kèm theo/ File enclosed:
.....
.....

QUY TRÌNH 17
Kiểm dịch y tế đối với thi thể, hài cốt, tro cốt

(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 khai báo y tế thi thể, hài cốt, tro cốt (theo mẫu)	01	Bản chính
02	Giấy tờ chứng minh tử vong (đối với thi thể, hài cốt nhập cảnh, xuất cảnh)	01	Bản sao
03	Giấy xác nhận đã qua xử lý y tế của tổ chức y tế nơi xuất phát (đối với thi thể, hài cốt nhập cảnh, xuất cảnh)	01	Bản sao
04	Giấy phép nhập cảnh thi thể, hài cốt về Việt Nam của cơ quan ngoại giao Việt Nam tại nước ngoài (đối với thi thể, hài cốt, tro cốt nhập cảnh)	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	Phí
- Tại văn phòng khoa Kiểm dịch Y tế - Trung tâm Kiểm dịch Y tế quốc tế thành phố Hồ Chí Minh, số 40 Nguyễn Văn Trỗi, P.15, Q. Phú Nhuận, TPHCM đối với tro cốt, hài cốt xuất cảnh. - Tại bệnh viện thực hiện xử lý y tế đối với thi thể xuất cảnh. - Tại khu vực thủ tục nhập cảnh sân bay, kho hàng sân bay đối với thi thể, hài cốt, tro cốt nhập cảnh.	- Thời gian hoàn thành việc kiểm tra giấy tờ đối với một thi thể hoặc một hài cốt không quá 15 phút kể từ khi nộp đủ các loại giấy tờ. - Thời gian hoàn thành việc kiểm tra thực tế đối với một thi thể hoặc một hài cốt không quá 01 giờ kể từ khi nộp đủ giấy tờ. - Thời gian hoàn thành việc xử lý y tế đối với một thi thể hoặc một hài cốt không quá 03 giờ kể từ khi tổ chức kiểm dịch y tế biên giới yêu cầu xử lý y tế. Trước khi hết thời gian quy định 15 phút mà chưa hoàn	- Kiểm tra y tế thi thể: 20 USD/lần kiểm tra - Kiểm tra y tế hài cốt: 07 USD/lần kiểm tra - Kiểm tra y tế tro cốt: 05 USD/lần kiểm tra - Xử lý vệ sinh thi thể: 40USD/lần xử lý - Xử lý vệ sinh hài cốt: 14USD/lần xử lý

	thành việc xử lý y tế, tổ chức kiểm dịch y tế biên giới phải thông báo gia hạn thời gian xử lý y tế bằng văn bản, nêu rõ lý do cho người khai báo y tế. Thời gian gia hạn không quá 01 giờ kể từ thời điểm có thông báo gia hạn.	

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	24/24	Theo mục I	Thành phần hồ sơ theo mục I
	Kiểm tra hồ sơ	KDV KDYT		Theo mục I	- Kiểm dịch viên khoa Kiểm dịch y tế (viết tắt là KDV KDYT) kiểm tra hồ sơ: +Trường hợp hồ sơ đầy đủ và hợp lệ, chuyển chuyên viên xử lý 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 theo BM 02. + Từ chối tiếp nhận hồ sơ trong trường hợp thi thể, hài cốt chết do mắc bệnh truyền nhiễm thuộc nhóm A: lập Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ theo BM 03.
B2	**Tiếp nhận hồ sơ**	KDV KDYT	15 phút	Theo mục I	KDV KDYT tiếp nhận hồ sơ.
B3	**Thực hiện kiểm tra thực tế**	KDV KDYT	45 phút	Theo mục I	- KDV KDYT tiến hành kiểm tra thực tế tình trạng vệ sinh, điều kiện vận chuyển theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
					- Trường hợp đủ giấy tờ và đảm bảo điều kiện vệ sinh, vận chuyển thì chuyển sang bước 4. - Trường hợp không đảm bảo điều kiện vệ sinh, vận chuyển thì chuyển sang bước 5.
B4	**Kết thúc quy trình KDYT, trả kết quả**	KDV KDYT	15 phút	Theo mục I BM 01 BM 05	KDV KDYT cấp Giấy chứng nhận kiểm dịch y tế thi thể, hài cốt, tro cốt và chuyển hồ sơ thực hiện bước B7
B5	**Yêu cầu khoa Xử lý y tế thực hiện xử lý y tế**	KDV KDYT	15 phút	Theo mục I BM 01	KDV KDYT báo cáo lãnh đạo Trung tâm và yêu cầu Kiểm dịch viên trực xử lý y tế (viết tắt là KDV XLYT) thực hiện xử lý y tế thi thể, hài cốt không đảm bảo điều kiện vệ sinh, vận chuyển.
B6	**Thực hiện xử lý y tế**	KDV XLYT	02 giờ 30 phút	Theo mục I BM 01	KDV XLYT tiến hành xử lý y tế thi thể, hài cốt không đảm bảo điều kiện vệ sinh, vận chuyển.
B7	**Kết thúc quy trình xử lý y tế và Trả kết quả giải quyết TTHC**	KDV KDYT	15 phút	Theo mục I BM 01 BM 05	- KDV KDYT cấp Giấy chứng nhận kiểm dịch y tế thi thể, hài cốt, tro cốt cho Tổ chức/cá nhân. - Lưu hồ sơ, thống kê và theo dõi

IV. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 02	Mẫu Phiếu yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ
2	BM 03	Mẫu Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ

3	BM 04	Giấy khai báo y tế thi thể, hài cốt, tro cốt
4	BM 05	Giấy chứng nhận kiểm dịch y tế thi thể, hài cốt, tro cốt

V. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 02	Mẫu Phiếu yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ
2	BM 03	Mẫu Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ
3	BM 04	Giấy khai báo y tế thi thể, hài cốt, tro cốt
4	BM 05	Giấy chứng nhận kiểm dịch y tế thi thể, hài cốt, tro cốt
5	/	Giấy tờ chứng minh tử vong (đối với thi thể, hài cốt) - bản sao
6	/	Giấy xác nhận đã qua xử lý y tế của tổ chức y tế nơi xuất phát (đối với thi thể, hài cốt) - bản sao
7	/	Giấy phép nhập cảnh thi thể, hài cốt về Việt Nam của cơ quan ngoại giao Việt Nam tại nước ngoài (đối với thi thể, hài cốt, tro cốt nhập cảnh) - bản sao
8	//	Các thành phần hồ sơ khác (nếu có) theo văn bản pháp quy hiện hành

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Luật số 03/2007/QH12 ngày 21 tháng 11 năm 2007 về Phòng, chống bệnh truyền nhiễm;

- Nghị định 89/2018/NĐ-CP ngày 25/06/2018 của Chính phủ Quy định chi tiết thi hành một số điều luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới.

- Thông tư 02/2009/TT-BYT ngày 26/5/2009 của Bộ y tế Hướng dẫn vệ sinh trong hoạt động mai táng, hoả táng.

- Thông tư số 240/2016/TT-BTC ngày 11/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định giá tối đa dịch vụ kiểm dịch y tế, y tế dự phòng tại cơ sở y tế công lập.

- 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 04

GIẤY KHAI BÁO Y TẾ
THI THỂ, HÀI CỐT, TRO CỐT
Health Quarantine Declaration of Corpse, Bones, Body ash

Họ tên người khai/*Name of declarant* .....
Địa chỉ/*Address*.....
Quan hệ với người chết/*Declarant's relation to deceased*.....
Họ tên người chết/*Name of deceased*.....Nam/*Male* ☐ Nữ/*Female* ☐
Ngày sinh/*Date of birth*.....Ngày chết/*Date of death*.....
Quốc tịch/*Nationality*.....Nơi chết/*Place of death* .....
Nguyên nhân chết (nếu là thi thể)/*Cause of death (for corpse only)*.....
Chuyển từ/*Transported from*.....Đến/*Arrival*.....
Có xác nhận đủ điều kiện vệ sinh thi thể không?/ *Is there an official letter of local of authorized unit confirming on sanitary of corpse?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Tôi xin cam đoan những lời khai trên là đúng sự thật và hoàn toàn chịu trách nhiệm về lời khai này/*I certify that the declaration given on this form is correct and complete to the best of my knowledge and belief.*

Ngày ..... tháng ..... năm .....
Date (dd/mm/yyyy)

Người khai *(ký, ghi họ và tên)*
Signature and fullname of the declarant

Ngày /Date:.....giờ /hour .....
Ý kiến của kiểm dịch viên/ *Recommendation of health quarantine officer*

.....
.....

Kiểm dịch viên/ health quarantine officer

Ký và đóng dấu/ Signature and stamp

Mẫu 05

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

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

Số/*No* /KDYT_KD.TH *Ngày tháng năm Date(dd/mm/yyyy)*

GIẤY CHỨNG NHẬN KIỂM DỊCH Y TẾ
THI THỂ, HÀI CỐT, TRO CỐT
Health Quarantine Certificate of Corpse, Bones, Body ash

Họ tên người khai/*Name of declarant* .....

Địa chỉ/*Address* .....

Quan hệ với người chết/*Declarant's relation to deceased* .....

Họ tên người chết/*Name of deceased* Nam/*Male* ☐ Nữ/*Female* ☐

Ngày sinh/*Date of birth*.....Ngày chết/*Date of death* .....

Quốc tịch/*Nationality* .....Nơi chết/*Place of death* .....

Nguyên nhân chết (nếu là thi thể)/*Cause of death (for corpse only)* .....

Chuyển từ/*Transported from*.....Đến/*Arrival* .....

Căn cứ Nghị định số 89/2018/NĐ-CP ngày 25 tháng 06 năm 2018 của Chính phủ Quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới và sau khi xem xét các giấy tờ liên quan theo quy định hiện hành, kết quả kiểm tra y tế, kết quả xử lý y tế,tổ chức kiểm dịch y tế biên giới cho phép chuyên chở qua biên giới thi thể, hài cốt, tro cốt này từ đến……qua cửa khẩu sân bay Tân Sơn Nhất.

Based on Decree No.89/2018/NĐ-CP of the Government of Viet Nam dated 25/06/2018 on implementing the Law on Prevention and Control of Infectious Diseases and the related documents conformed to current regulations, results of the sanitary examination, results of the treatment, the Border Health Quarantine Unit issues a Certificate for import - export of this Corpse, Bones, Body ash from ..... to .....
through border gate of Tan Son Nhat airport.

Kiểm dịch viên y tế/ ký và đóng dấu
Health Quarantine Officer/ Signature and stamp

QUY TRÌNH 18
Kiểm dịch Y tế đối với mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người

(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 khai báo y tế mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người (theo mẫu)	02	Bản chính
02	Giấy phép nhập khẩu của Bộ Y tế (*)	01	Bản sao

(*): Đối với mẫu máu, huyết thanh, huyết tương, nước tiểu, phân, dịch tiết cơ thể người, các mẫu khác có chứa hoặc có khả năng chứa các tác nhân gây bệnh cho người, các chủng vi sinh vật, mẫu có chứa vi sinh vật có khả năng gây bệnh cho người nhập khẩu nhằm mục đích dự phòng, nghiên cứu, chẩn đoán, chữa bệnh.

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

STT	Nơi tiếp nhận và trả kết quả	Thời gian xử lý	Lệ phí
01	Bộ phận Kiểm dịch Y tế hàng hóa tại cửa khẩu/Cổng thông tin một cửa quốc gia *(nếu có)*	- Thời gian hoàn thành việc kiểm tra giấy tờ đối với một lô mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người không quá 15 phút kể từ khi nộp đủ các loại giấy tờ. - Thời gian hoàn thành việc kiểm tra thực tế đối với một lô mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học hoặc một mô, một bộ phận cơ thể người không quá 01 giờ kể từ khi nộp đủ giấy tờ. - Thời gian hoàn thành việc xử lý y tế đối với một lô mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học hoặc một mô, một bộ phận cơ thể người không quá 01 giờ kể từ khi tổ chức kiểm dịch y tế biên giới yêu cầu xử lý y tế. Trước khi hết thời gian quy định 15 phút mà chưa hoàn thành việc xử lý y tế, tổ chức kiểm dịch y tế	Mức tối đa: 6,5 USD/ lần kiểm tra /kiện, lô mẫu, sản phẩm, mô, bộ phận

		biên giới phải thông báo việc gia hạn thời gian xử lý y tế bằng văn bản và nêu rõ lý do cho người khai báo y tế. Thời gian gia hạn không quá 01 giờ kể từ thời điểm có thông báo gia hạn.	

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	**Khai báo y tê**	Tổ chức, cá nhân	Giờ hành chính	Theo Mục I	Thành phần hồ sơ theo mục I
B2	**Thu thập, kiểm tra thông tin**	Bộ phận tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả		Theo Mục I BM 02 BM 03	- Trường hợp hồ sơ đầy đủ và hợp lệ, chuyển chuyên viên xử lý thực hiện tiếp bước B3. - Trường hợp hồ sơ chưa đầy đủ hoặc chưa hợp lệ, chuyên viên hướng dẫn người nộp hồ sơ bổ sung, hoàn thiện hồ sơ theo BM 02. - Trường hợp từ chối tiếp nhận hồ sơ: Lập Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ theo BM 03.
B3	**Kiểm tra giấy tờ**	Kiểm dịch viên y tế	15 phút làm việc	Theo Mục I	- Không cho phép nhập khẩu đối với mẫu vi sinh y học liên quan đến mẫu bệnh phẩm ở người chưa có giấy phép nhập khẩu mẫu bệnh phẩm.
B4	**Kiểm tra thực tế**	Kiểm dịch viên y tế	Không quá 01 giờ kể từ khi tiếp nhận đủ hồ sơ	Theo Mục I BM 05	- Đối chiếu nội dung khai báo y tế đối với sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người với thực tế tình trạng vệ sinh; - Đối chiếu nội dung khai báo y tế mẫu vi sinh y học

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
					liên quan đến mẫu bệnh phẩm ở người với tình trạng vệ sinh, điều kiện bảo quản, vận chuyển theo quy định của Bộ Y tế; - Dự thảo giấy chứng nhận kiểm dịch y tế - Chuyển sang ***Bước 5*** nếu kết luận thực hiện xử lý y tế.
B5	**Xử lý y tế và Trả kết quả giải quyết TTHC**	Kiểm dịch viên y tế	- Không quá 01 giờ kể từ khi kết luận thực hiện xử lý y tế	Theo Mục I BM 05	- Thực hiện theo Quy trình xử lý y tế hàng hóa; - Ký duyệt giấy chứng nhận kiểm dịch y tế; - Trả kết quả cho Tổ chức/cá nhân. - Lưu hồ sơ, thống kê và theo dõi

IV. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 02	Mẫu Phiếu yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ
2	BM 03	Mẫu Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ
3	BM 04	Giấy khai báo y tế mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người (Mẫu số 13 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)
4	BM 05	Giấy chứng nhận kiểm dịch y tế mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người (Mẫu số 14 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)

V. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 02	Mẫu Phiếu yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ
2	BM 03	Mẫu Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ
3	BM 04	Giấy khai báo y tế mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người (Mẫu số 13 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)
4	BM 05	Giấy chứng nhận kiểm dịch y tế mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người (Mẫu số 14 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)
5	//	Các thành phần hồ sơ khác (nếu có) theo văn bản pháp quy hiện hành

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Luật số 03/2007/QH12 ngày 21 tháng 11 năm 2007 về Phòng, chống bệnh truyền nhiễm;

- Nghị định 89/2018/NĐ-CP ngày 25 tháng 06 năm 2018 của Chính phủ Quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới;

- Thông tư số 240/2016/TT-BTC ngày 11 tháng 11 năm 2016 của Bộ Tài chính quy định giá tối đa dịch vụ kiểm dịch y tế, y tế dự phòng tại cơ sở y tế công lập;

- 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./.

BM 04

GIẤY KHAI BÁO Y TẾ
MẪU VI SINH Y HỌC, SẢN PHẨM SINH HỌC, MÔ, BỘ PHẬN CƠ THỂ NGƯỜI
Health Quarantine Declaration of microorganism sample, biological products, tissues, human body organs

Họ tên người khai/*Name of the declarant*.....

Địa chỉ/*Address*.....Quốc tịch/*Nationality*.....

Tên và số lượng/*Description and quantity:*.....

Có xác nhận của cơ quan có thẩm quyền xác nhận xuất xứ vật phẩm không? *Is there an official letter of the authorized confirming the origin of this products?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Có văn bản đồng ý của Bộ Y tế không?/ *Is there a Ministry of Health's letter of no objection?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Địa chỉ xuất phát/*Departure address*.....

Được vận chuyển qua cửa khẩu/*Transported through check point*.....

Địa chỉ nơi đến/*Arrival address*.....

Mục đích nhập, xuất khẩu/*Purpose of import/export:*.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tôi xin cam đoan những lời khai trên là đúng sự thật và hoàn toàn chịu trách nhiệm về lời khai này/*I certify that the declaration given on this form is correct and complete to the best of my knowledge and belief.*

Ngày …….. tháng …..... năm .....
Date (dd /mm /yyyy)
Người khai *(ký, ghi họ và tên)*
Signature and fullname of the declarant

Ngày /Date:……giờ /hour……

Ý kiến của kiểm dịch viên/ Recommendation of health quarantine officer……

……..

Kiểm dịch viên/ health quarantine officer
Ký và đóng dấu/ Signature and stamp

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

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

Số/*No* /KDYT_XN *Ngày tháng năm Date(dd/mm/yyyy)*

GIẤY CHỨNG NHẬN KIỂM DỊCH Y TẾ
MẪU VI SINH Y HỌC, SẢN PHẨM SINH HỌC, MÔ, BỘ PHẬN CƠ THỂ NGƯỜI
Health Quarantine Declaration of microorganism sample,
biological products, tissues, human body organs

Họ tên người khai//*Name of the declarant*........……..........……....……..........................

Địa chỉ/*Address* ....…………..........…Quốc tịch/*Nationality*..........…....…................

Tên và số lượng/*Description and quantity*...

Địa chỉ xuất phát/*Departure address*..

Được vận chuyển qua cửa khẩu/*Transported through check point*...............................

Địa chỉ nơi đến/*Arrival address*...

Mục đích nhập, xuất khẩu/*Purpose of import/export*......…...

....

....

....

....

Căn cứ Nghị định số 89/2018/NĐ-CP ngày 25 tháng 06 năm 2018 của Chính phủ Quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới và sau khi xem xét các giấy tờ liên quan theo quy định hiện hành, kết quả kiểm tra y tế, kết quả xử lý y tế, tổ chức kiểm dịch y tế biên giới cho phép chuyên chở qua biên giới vật phẩm với tên, số lượng và mục đích sử dụng nêu trên qua cửa khẩu……...

Based on Decree No. 89/2018/NĐ-CP of the Government of Viet Nam dated 25/06/2018 on implementing the Law on Prevention and Control of Infectious Diseases and the related documents conformed to current regulations, results of the sanitary examination, results of the treatment, the Border Health Quarantine Unit issues a Certificate for import - export of this product through border gate of... ... ... ….

Kiểm dịch viên y tế/ ký và đóng dấu
Health Quarantine Officer/ Signature and stamp

QUY TRÌNH 19
Kiểm dịch y tế đối với phương tiện vận tải

(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
1	***Đối với tàu bay***		
	Tờ khai chung hàng không (theo mẫu)	01	Bản chính (nộp)
	Giấy chứng nhận kiểm tra/ xử lý y tế hàng hóa, phương tiện vận tải đường bộ, đường sắt, đường hàng không (nếu có) (theo mẫu)	01	Bản chính (xuất trình)
2	***Đối với tàu thuyền***		
	Giấy khai báo y tế hàng hải (theo mẫu)		Bản chính (nộp)
	Giấy chứng nhận miễn xử lý vệ sinh tàu thuyền/ chứng nhận xử lý vệ sinh tàu thuyền (nếu có)	01	Bản chính (xuất trình)
	Giấy chứng nhận kiểm tra y tế hàng hóa (trên tàu thuyền), tàu thuyền (nếu có)	01	Bản chính (xuất trình)
	Bản khai chung (theo mẫu)	01	Bản chính (nộp)

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

1. Nơi tiếp nhận, trả kết quả, thời gian xử lý

Nơi tiếp nhận và trả kết quả	Thời gian xử lý
- Cổng thông tin một cửa quốc gia trong trường hợp thực hiện khai báo qua mạng. - Tại Bộ phận tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả - Văn phòng	- Thời gian hoàn thành việc giám sát đối với một phương tiện vận tải không quá 01 giờ đối với phương tiện đường hàng không; 02 giờ đối với phương tiện đường thủy. - Thời gian hoàn thành việc kiểm tra giấy tờ một phương tiện vận tải không quá 20 phút kể từ khi nhận đủ giấy tờ. - Thời gian hoàn thành việc kiểm tra thực tế không quá 01

Cảng vụ hàng hải thành phố Hồ Chí Minh, số 633 Trần Xuân Soạn, quận 7 trong trường hợp chủ tàu, đại lý tàu thuyền tự chọn hình thức nộp hồ sơ giấy (đối với tàu thuyền) - Phòng Kiểm dịch Y tế tại ga đến sân bay Tân Sơn Nhất (đối với tàu bay)	giờ đối với phương tiện vận tải đường hàng không; 02 giờ đối với phương tiện vận tải đường thủy. Trường hợp quá thời gian kiểm tra nhưng chưa hoàn thành công tác chuyên môn, nghiệp vụ kiểm dịch y tế, trước khi hết thời gian quy định 15 phút, tổ chức kiểm dịch y tế biên giới phải thông báo việc gia hạn thời gian kiểm tra thực tế và nêu rõ lý do cho người khai báo y tế biết, thời gian gia hạn không quá 01 giờ. - Thời gian cấp giấy chứng nhận miễn xử lý vệ sinh tàu thuyền/chứng nhận xử lý vệ sinh tàu thuyền không quá 30 phút sau khi hoàn thành việc xử lý y tế. - Thời gian hoàn thành các biện pháp xử lý y tế: + Không quá 01 giờ đối với một tàu bay; + Không quá 06 giờ đối với một tàu thuyền kể từ thời điểm phát hiện ra phương tiện vận tải thuộc diện phải xử lý y tế. + Không quá 24 giờ đối với tàu thuyền trong trường hợp phải xử lý y tế bằng hình thức bẫy chuột, đặt mồi, xông hơi diệt chuột. + Trước khi hết thời gian quy định 15 phút mà vẫn chưa hoàn thành việc xử lý y tế, tổ chức kiểm dịch y tế biên giới phải thông báo việc gia hạn thời gian xử lý y tế bằng văn bản và nêu rõ lý do cho người khai báo y tế. Thời gian gia hạn không quá 01 giờ đối với một tàu thuyền kể từ thời điểm có thông báo gia hạn.

2. Lệ phí

	Kiểm dịch y tế phương tiện xuất, nhập, quá cảnh		
TT	**Danh mục**	**Đơn vị tính**	**Mức giá tối đa**
1	Kiểm tra y tế và cấp Giấy chứng nhận miễn xử lý/ xử lý vệ sinh tàu thuyền (gồm cả lần đầu, cấp lại)	USD/lần/tàu	130
2	Kiểm tra y tế và Gia hạn hoặc cấp lại Giấy chứng nhận miễn xử lý/xử lý vệ sinh tàu thuyền (gồm cả lần đầu, cấp lại)	USD/lần/tàu	65
3	Tàu biển trọng tải dưới 10.000 GRT	USD/lần/tàu	95
	Tàu biển trọng tải từ 10.000 GRT trở lên	USD/lần/tàu	110

4	Tàu thuyền, tàu kéo, tàu đẩy, xà lan tự hành sông biển trọng tải dưới 5000 GRT	USD/lần/tàu	26
	Tàu thuyền, tàu kéo, tàu đẩy, xà lan tự hành sông biển trọng tải từ 5000 GRT trở lên	USD/lần/tàu	39
	Tàu thuyền chở khách dưới 150 chỗ ngồi	USD/lần/tàu	18
	Tàu thuyền chở khách từ 150 chỗ ngồi trở lên	USD/lần/tàu	75
5	Tàu bay các loại	USD/tàu	25
	Danh mục	**Đơn vị tính**	**Mức giá tối đa**
I	**Diệt chuột**		
1	Diệt chuột bằng xông hơi hóa chất	USD/m^3 khoang tàu	0.90
II	**Diệt côn trùng (Không bao gồm tiền hóa chất)**		
1	Tàu bay chở người dưới 300 chỗ ngồi	USD/tàu bay	45
	Tàu bay chở người từ 300 chỗ ngồi trở lên	USD/tàu bay	65
2	Tàu bay chở hàng hóa các loại	USD/tàu bay	35
3	Tàu biển các loại	USD/m^3khoang tàu	0,42
4	Kho hàng	USD/m^3kho hàng	0,14
5	Container 40 fit	USD/container	28
6	Container 20 fit	USD/container	14
III	**Khử trùng (Không bao gồm tiền hóa chất)**		
1	Khử trùng nước dằn tàu với Tàu thuyền đang chứa dưới 1000 tấn	USD/tàu	40
	Khử trùng nước dằn tàu với Tàu thuyền đang chứa từ 1000 tấn trở lên	USD/tàu	65
2	Tàu thuyền các loại	USD/m^2diện tích khử trùng	0,5
3	Tàu bay các loại	USD/m^2diện tích khử trùng	0,5
4	Kho hàng, container các loại	USD/m^2diện	0,4

		tích khử trùng	

II. 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	24/24	Theo mục I	Thành phần hồ sơ theo mục I
	Kiểm tra hồ sơ	Bộ phận tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả		Theo mục I BM 01 BM 02 BM 03	- Kiểm dịch viên khoa Kiểm dịch y tế (viết tắt là KDV KDYT) được phân công trực Cổng thông tin Một cửa quốc gia, trực nhận trực tiếp hồ sơ giấy thực hiện kiểm tra hồ sơ về tính đầy đủ, hợp lệ. - Trường hợp hồ sơ đầy đủ và hợp lệ, chuyển chuyên viên xử lý thực hiện tiếp bước B2. - Trường hợp hồ sơ chưa đầy đủ hoặc chưa hợp lệ, chuyên viên hướng dẫn người nộp hồ sơ bổ sung, hoàn thiện hồ sơ 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 và phân loại**	KDV KDYT	40 phút	Theo mục I	KDV KDYT tiếp nhận hồ sơ và căn cứ trên hồ sơ để phân loại thành phương tiện có yếu tố nguy cơ hoặc không có yếu tố nguy cơ. Phương tiện không có yếu tố nguy cơ sẽ chuyển sang bước 3, phương tiện có yếu tố nguy cơ sẽ chuyển

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
					sang bước 4.
B3	**Kết thúc quy trình KDYT, trả kết quả**	KDV KDYT	20 phút	Theo mục I Tàu thuyền: BM 09 hoặc phương tiện còn lại BM 10	KDV KDYT trả kết quả hoàn thành KDYT (xác nhận phương tiện đã hoàn thành thủ tục KDYT và đủ điều kiện nhập xuất cảnh) qua Cổng thông tin Một cửa quốc gia hoặc cấp Giấy chứng nhận nếu xử lý trên hồ sơ giấy theo bước B7.
B4	**Thực hiện kiểm tra thực tế**	KDV KDYT	01 giờ đối với tàu bay, 02 giờ đối với tàu thuyền	Theo mục I Tàu thuyền: BM 07 BM 09 hoặc phương tiện còn lại: BM 08 BM 10	- KDV KDYT tiến hành kiểm tra thực tế tại phương tiện và hoàn thành Biên bản kiểm tra vệ sinh theo BM 07 đối với tàu thuyền, BM 08 đối với tàu bay. - Trường hợp không phát hiện dấu hiệu có mang mầm bệnh truyền nhiễm nguy hiểm thì kết thúc quy trình KDYT và cấp Giấy chứng nhận theo BM 09/BM 10; - Trường hợp phương tiện mang hoặc có dấu hiệu mang mầm bệnh truyền nhiễm nguy hiểm thì KDV KDYT thông báo các ban ngành có liên quan về việc phương tiện cần phải xử lý y tế và chuyển sang bước 5. Thông báo cho: + Đối với tàu thuyền:

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
					thuyền trưởng, đại lý tàu, Cảng vụ Hàng hải, Biên phòng cửa khẩu. + Đối với tàu bay: trực ban sân bay, hãng hàng không
B5	**Chuyển hồ sơ cho khoa Xử lý y tế**	KDV KDYT	0,5 giờ	Theo mục I BM 07/ BM 08	KDV KDYT báo cáo lãnh đạo Trung tâm và chuyển Biên bản kiểm tra vệ sinh phương tiện cho Kiểm dịch viên trực xử lý y tế (viết tắt là KDV XLYT)
B6	**Thực hiện xử lý y tế**	KDVXL YT	01 giờ đối với tàu bay, 24 giờ đối với tàu thuyền	Theo mục I BM 07/ BM 08	KDV XLYT tiến hành xử lý y tế phương tiện để tiêu diệt tác nhân gây bệnh, trung gian truyền bệnh.
B7	**Kết thúc quy trình xử lý y tế và Trả kết quả giải quyết TTHC**	KDV KDYT	30 phút	Tàu thuyền: BM 09 hoặc phương tiện còn lại: BM 10	- Cấp Giấy chứng nhận theo BM 09 đối với tàu thuyền, BM 10 đối với tàu bay cho Tổ chức/cá nhân. - Lưu hồ sơ, thống kê và theo dõi

IV. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 02	Mẫu Phiếu yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ
2	BM 03	Mẫu Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ
3	BM 04	Tờ khai chung hàng không (Mẫu số 03 phụ lục kèm theo Nghị

		định số 89/2018/NĐ-CP)
4	BM 05	Giấy khai báo y tế hàng hải (Mẫu số 05 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)
5	BM 06	Bản khai chung (Mẫu số 42 phụ lục kèm theo Nghị định số 58/2017/NĐ-CP)
6	BM 07	Biên bản kiểm tra vệ sinh tàu thuyền (Mẫu số 07 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)
7	BM 08	Biên bản kiểm tra vệ sinh tàu bay (Mẫu số 06 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)
8	BM 09	Giấy chứng nhận kiểm tra y tế/ xử lý y tế hàng hóa (trên tàu thuyền), tàu thuyền (Mẫu số 10 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)
9	BM 10	Giấy chứng nhận kiểm tra/ xử lý y tế hàng hóa, phương tiện vận tải đường bộ, đường sắt, đường hàng không (Mẫu số 09 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)

V. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 02	Mẫu Phiếu yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ
2	BM 03	Mẫu Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ
3	BM 04	Tờ khai chung hàng không (Mẫu số 03 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)
4	BM 05	Giấy khai báo y tế hàng hải (Mẫu số 05 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)
5	BM 06	Bản khai chung (Mẫu số 42 phụ lục kèm theo Nghị định số 58/2017/NĐ-CP)
6	BM 07	Biên bản kiểm tra vệ sinh tàu thuyền (Mẫu số 07 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)
7	BM 08	Biên bản kiểm tra vệ sinh tàu bay (Mẫu số 06 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)

8	BM 09	Giấy chứng nhận kiểm tra y tế/ xử lý y tế hàng hóa (trên tàu thuyền), tàu thuyền (Mẫu số 10 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)
9	BM 10	Giấy chứng nhận kiểm tra/ xử lý y tế hàng hóa, phương tiện vận tải đường bộ, đường sắt, đường hàng không (Mẫu số 09 phụ lục kèm theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP)
10	//	Các thành phần hồ sơ khác (nếu có) theo văn bản pháp quy hiện hành

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Luật số 03/2007/QH12 ngày 21 tháng 11 năm 2007 về Phòng, chống bệnh truyền nhiễm;

- Nghị định 89/2018/NĐ-CP ngày 25/06/2018 của Chính phủ Quy định chi tiết thi hành một số điều luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới.

- Nghị định 58/2017/NĐ-CP ngày 10/5/2017 của Chính phủ Quy định chi tiết một số điều của Bộ luật Hàng hải Việt Nam về quản lý hoạt động hàng hải.

- Thông tư số 240/2016/TT-BTC ngày 11/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định giá tối đa dịch vụ kiểm dịch y tế, y tế dự phòng tại cơ sở y tế công lập.

- 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 04

TỜ KHAI CHUNG HÀNG KHÔNG
GENERAL DECLARATION

(Outward/ Inward)

Người thực hiện/Operator: .....

Dấu quốc tịch và đăng ký/Marks of Nationality and Registration: ..... Chuyến bay số/Flight No:..... Ngày/Date:.....

Xuất phát từ/Departure From:..... Nơi/Place Đến/Arrival At:.....Nơi/Place

<table>
<tr><td colspan="3">CHUYẾN BAY
FLIGHT ROUTING
(“Place” column allways to list origin, every en – route stop and destination)</td></tr>
<tr><td>Nơi đi, nơi đến/ Place</td><td>TỔNG SỐ NHÂN VIÊN TRÊN MÁY BAY
TOTAL OF CREW</td><td>SỐ LƯỢNG HÀNH KHÁCH TRÊN CHUYẾN BAY NÀY
NUMBER OF PASSENGERS ON THIS STAGE **</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Nơi xuất phát/Departure Place:.....
Lên tàu bay/Embarking: .....
Cùng chuyến bay/Through on same flight: .....
Nơi đến/Arrival Place:
Xuống tàu bay/Disembarking: .....
Cùng chuyến bay /Through on same flight: .....</td></tr>
<tr><td colspan="2">KHAI BÁO Y TẾ/DECLARATION OF HEALTH:
Những người trên chuyến bay bị ốm mà không phải do say tàu bay hay do bị tai nạn (gồm những người có triệu chứng hay dấu hiệu: mẩn ngứa, sốt, ớn lạnh, ỉa chảy) cũng như các trường hợp đau ốm khác đã xuống trong chuyến bay/ Persons on board with illnesses other than airsickness or the effects of accidents (include persons, with symtoms origin of illness such as rash, fever, chills, diarrhoea) as well as these cases of illness disembarked during the flight .....
Các điều kiện khác trên tàu bay có thể gây lây lan bệnh/ Any other conditions on board with may lead to the spread of disease.....
Liệt kê chi tiết các biện pháp diệt côn trùng, xử lý vệ sinh trong chuyến bay (địa điểm, ngày, giờ, phương pháp). Nếu trong chuyến bay không thực hiện các biện pháp diệt côn trùng thì nêu chi tiết lần diệt côn trùng gần đây nhất/Details of each disinsecting or sanitary treatment (place, date, time, method) during the flight. If no disinsecting has been carried out during the flight , give details or most recent disinsecting .....
Ký tên (nếu được yêu cầu)/Signed, if required .....
Người kê khai/Crew member concerned.....</td><td>XÁC NHẬN CỦA CƠ QUAN THẨM QUYỀN/ FOR OFFICIAL USE ONLY</td></tr>
<tr><td colspan="3">Tôi xin cam kết những lời khai trong Tờ khai và các phụ lục đính kèm Tờ khai này là chính xác và đúng sự thật, tất cả hành khách sẽ tiếp tục chuyến bay/I declare that all statements and particulars contained in this General Declaration, and in any supplementary forms required to be presented with this General Declaration, are complete, exact and true to the best of my knowledge and that all through passengers will continue/ have continued on the flight.
Chữ ký/Signature .....
Cơ quan được ủy quyền hoặc thực hiện/Authorized Agent or Pilot-in-command</td></tr>
<tr><td colspan="3">Ý kiến của Kiểm dịch viên y tế/Recommendation of health quaratine officer
.....
Kiểm dịch viên y tế/ Health quarantine officer
Ký và đóng dấu/ Signature and Stamp</td></tr>
</table>

* Phải khai báo khi có yêu cầu của Quốc gia/*To be completed only when required by the State*

** Không phải khai báo khi có mặt hành khách và phải khai báo khi yêu cầu của Quốc gia/*Not to be completed when passenger manifests are presented and to be completed only when required by the State.*

Mẫu số 05

GIẤY KHAI BÁO Y TẾ HÀNG HẢI
MARITIME DECLARATION OF HEALTH

Trưởng tàu thủy của tàu đến từ các cảng nước ngoài phải hoàn chỉnh tờ khai và xuất trình cho cơ quan thẩm quyền/ *To be completed and submitted to the competent authorities by the masters of ships arriving from foreign ports.*

Xuất trình tại cảng/*Submitted at the port of* ..... *Ngày/ Date* .....
Tên tàu thủy/*Name of ship or inland navigation vessel* .....
Đăng ký số/ Số IMO/ Registration/ IMO No.....
Đến từ/*Arriving from* .....Nơi đến/ *Sailing to* .....
Quốc tịch (cờ quốc tịch)/ *Nationality (Flag of vess*.....
Trưởng tàu/ Master's name.....
Trọng tải đăng ký (tàu)/*Gross tonnage (ship)*.....
Trọng tải tàu (tàu chạy trong đất liền)/ *Tonnage (inland navigation vessel)*.....
Giấy chứng nhận miễn xử lý vệ sinh/Xử lý vệ sinh còn giá trị?/ *Valid Sanitation Control Exemption/Control Certificate carried on board ?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Cấp tại/*Issued at* ..... Ngày tháng/ *Date*.....
Có phải kiểm tra lại hay không?/*Re-inspection required ?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Có đến vùng Tổ chức y tế thế giới khẳng định ảnh hưởng?/*Has ship/ vessel visited an affected area identified by the World Health Organization ?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Tên cảng và ngày đến/*Port and date of visit*.....
Danh sách các cảng từ khi tàu bắt đầu hành trình, cả ngày tháng xuất phát, hoặc trong vòng 30 ngày qua, nêu tóm tắt/ *List ports of call from commencement of voyage with dates of departure, or within past 30 days, whichever is shorter*

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

Tùy theo yêu cầu của cơ quan thẩm quyền tại cảng đến, lập danh sách thủy thủ, hành khách hoặc người cùng đi trên tàu kể từ khi bắt đầu hành trình hoặc trong 30 ngày trở lại (nêu tóm tắt), ghi rõ tên nước, tên cảng đã đi qua (kèm theo họ tên và lịch trình)/*Upon request of the competent authority at the port of arrival, list crew members, passengers or other persons who have joined ship/vessel since international voyage began or within past thirty days, whichever is shorter, including all ports/countries visited in this period (add additional names to the attached schedule)*

1. Họ tên/*Name*.....lên tàu từ/*joined from:*(1) .....(2).....(3).....
2. Họ tên/*Name* .....lên tàu từ/*joined from:*(1).....(2).....(3).....
3. Họ tên/*Name* ... ...lên tàu từ/*joined from:*(1).....(2).....(3).....

Số thủy thủ trên tàu/*Number of crew members on board*.....

Số hành khách trên tàu/*Number of passengers on board*.....

CÁC CÂU HỎI VỀ Y TẾ
Health Questions

1. Có người chết không phải do tai nạn trong hành trình?/*Has any person died on board during the voyage otherwise than as a result of accident*?

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Nếu có, phải có báo cáo chi tiết kèm theo/*If yes, state particulars in attached schedule*/Số tử vong/*Total of deaths*/.....

2. Có trường hợp nghi mắc bệnh truyền nhiễm trên tàu hoặc trong quá trình hành trình hay không?/*Is there on board or has there been during the international voyage any case of disease which you suspect to be of an infectious nature ?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Nếu có, phải có báo cáo chi tiết theo mẫu kèm theo/*If yes, state particulars in attached schedule*

3. Có số hành khách bị ốm trong hành trình lớn hơn bình thường không?/*Has the total number of ill passengers during the voyage been greater than normal/expected?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Bao nhiêu người ?/*How many ill persons?* .....

4. Hiện tại có người ốm trên tàu không ?/*Is there any ill person on board now ?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☑

Nếu có, báo cáo chi tiết theo mẫu kèm theo/*If yes, state particulars in attached schedule*

5. Có được nhân viên y tế can thiệp không?/*Was a medical practitioner consulted ?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Nếu có, nêu chi tiết biện pháp điều trị hoặc tư vấn y tế kèm theo/*If yes, state particulars of medical treatment or advice provided in attached schedule.*

6. Bạn có biết điều gì có thể gây nhiễm hoặc lan truyền bệnh trên tàu không?/*Are you aware of any condition on board which may lead to infection or spread of disease ?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Nếu có, phải có báo cáo chi tiết theo mẫu kèm theo/*If yes, state particulars in attached schedule*

7. Có biện pháp vệ sinh nào (như kiểm dịch, cách ly, tẩy trùng hoặc tẩy uế) được áp dụng trên tàu không? *Has any sanitary measure (e.g. quarantine, isolation, disinfection or decontamination) been applied on board?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Nếu có, nêu cụ thể loại, nơi và thời gian áp dụng/ *If yes, specify type, place and date*

.....

8. Có người đi lậu vé trên tàu không?/ *Have any stowaways been found on board?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Nếu có, nơi họ lên tàu ở đâu(nếu biết)?/ *If yes, where did they join the ship(if known)?*

.....

9. Có động vật bị ốm hoặc động vật cảnh trên tàu không?/*Is there a sick animal or pet on board ?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Chú ý: Nếu không có bác sĩ, chủ tàu cần chú ý những triệu chứng hoặc có dấu hiệu mắc bệnh truyền nhiễm trên tàu như sau:

Note: In the absence of a surgeon, the master should regard the following symptoms as grounds for suspecting the existence of a disease of an infectious nature:

(a) sốt kéo dài một vài ngày hoặc kèm theo (i) mệt mỏi; (ii) kém tỉnh táo; (iii) nổi hạch; (iv) vàng da; (v) ho hoặc thở nông; (vi) chảy máu bất thường hoặc; (vii) liệt cục bộ/*(a) fever, persisting for several days or accompanied by (i) prostration; (ii) decreased consciousness; (iii) glandular swelling; (iv) jaundice; (v) cough or shortness of breath; (vi) unusual bleeding; or (vii) paralysis*

(b) có hoặc không có sốt: (i) phát ban cấp tính trên da; (ii) nôn dữ dội (không phải do say sóng); (iii) ỉa chảy dữ dội; hoặc (iv) co giật/*(b) with or without fever: (i) any acute skin rash or eruption; (ii) severe vomiting (other than sea sickness); (iii) severe diarrhoea; or (iv) recurrent convulsions.*

Tôi xin cam đoan những thông tin, những câu trả lời và các báo cáo chi tiết kèm theo là sự thật và đúng với sự hiểu biết và tin tưởng của tôi/*I hereby declare that the particulars and answers to the questions given in this Declaration of Health (including the schedule) are true and correct to the best of my knowledge and belief*

Ký tên/*Signed*/ .....

Thuyền trưởng/*Master*.....

Ký xác nhận/*Countersigned* .....

Bác sĩ trên tàu (nếu có)/ *Ship's Surgeon (if carried)* .....

Ngày tháng/ *Month* .....

Ngày/ Date …… giờ /hour …….

Ý kiến của kiểm dịch viên/ *Recommendation of health quarantine officer*

..... .

Kiểm dịch viên/ health quarantine officer .....

Ký và đóng dấu/ Signature and stamp .....

TỜ KHAI Y TẾ HÀNG HẢI ĐÍNH KÈM
ATTACHMENT OF MARITIME DECLARATION OF HEALTH

Họ tên/*Name*	Đối tượng/*Class or ruting*	Tuổi/*Age*	Giới tính/*Sex*	Quốc tịch/*Nationality*	Tên cảng và ngày lên tàu/ *Port, date joined ship/vessel*	Chẩn đoán/*Nature of illness*	Ngày xuất hiện triệu chứng/ *Date of onset of symptoms*	Đã thông báo cho y tế cảng?/ *Reported to a port medical officer?*	Kết quả xử lý[1]/ *Disposal of case*[2]	Thuốc hoặc điều trị khác đã áp dụng/ *Drugs, medicines or other treatment given to patient*	Ghi chú/*Comments*

[1] Chú thích: (1) Người bệnh đã bình phục, còn ốm hoặc đã chết, (2) người bệnh vẫn ở trên tàu hay đã xuống (ghi rõ tên cảng hoặc sân bay xuống) hoặc đã được an táng trên biển/*State: (1) whether the person recovered, is still ill or died; and (2) whether the person is still on board, was evacuated (including the name of the port or airport), or was buried at sea.*

Mẫu số 06

BẢN KHAI CHUNG

GENERAL DECLARATION

	Đến Arrival	Rời Departure
1.1 Tên và loại tàu: Name and type of ship: 1.2 Số IMO: IMO number: 1.3 Hô hiệu: Call sign: 1.4 Số chuyến đi: Voyage number:	2. Cảng đến/rời của cảng Port of arrival/departure	3. Thời gian đến/rời cảng Date - Time of arrival/departure
4. Quốc tịch tàu Flag State of ship	5.Tên thuyền trưởng Name of master	6. Cảng rời cuối cùng/cảng đích: Last port of call/next port of call
7. Giấy chứng nhận đăng ký (Số, ngày cấp, cảng): Certificate of registry (Port, date; number)		8. Tên và địa chỉ liên lạc của người làm thủ tục: Name and contact details of the procedurer
9. Tổng dung tích Gross tonnage	10. Dung tích có ích Net tonnage	
11. Vị trí tàu tại cảng: Position of the ship in the port (berth or station)		

12. Đặc điểm chính của chuyến đi:

Brief particulars of voyage

Các cảng trước:

Previous ports of call

Các cảng sẽ đến:

Subsequent ports of call

Các cảng sẽ dỡ hàng:

Ports where remaining cargo will be discharged

Số hàng còn lại:

Remaining cargo

13. Thông tin về hàng hóa vận chuyển trên tàu:

Description of the cargo

Loại hàng hóa Kind of cargo	Tên hàng hóa Cargo name	Số lượng hàng hóa The quantity of cargo	Đơn vị tính Unit

Thông tin về hàng hóa quá cảnh

Description of the cargo in transit

Loại hàng Kind of cargo	Tên hàng hóa Cargo name	Số lượng hàng hóa The quantity of cargo	Số lượng hàng hóa quá cảnh xếp dỡ tại cảng The quantity of cargo in transit loading, discharging	Đơn vị tính Unit

14. Số thuyền viên (gồm cả thuyền trưởng)

Number of crew (inl. master)

15. Số hành khách

Number of passenger

16. Ghi chú:

(Mớn nước mũi, lái, trọng tải toàn phần, chiều dài lớn nhất, chiều rộng lớn nhất, chiều cao tĩnh không) và các thông tin cần thiết khác (nếu có).

Remarks

(Draft, DWT, LOA, Breadth, Clearance height) and other (If any)

Tài liệu đính kèm (ghi rõ số bản)

Attached documents (indicate number of copies)

Remarks

17. Bản khai hàng hóa: Cargo Declaration	18. Bản khai dự trữ của tàu Ship's Stores Declaration	
19. Danh sách thuyền viên Crew List	20. Danh sách hành khách Passenger List	21. Yêu cầu về phương tiện tiếp nhận và xử lý chất thải The ship's requirements in terms of waste and residue reception facilities
22. Bản khai hành lý thuyền viên(*) Crew's Effects Declaration(*)	23. Bản khai kiểm dịch y tế(*) Maritime Declaration of Health(*)	
24. Mã số Giấy phép rời cảng (*) *Number of port clearance*		

....., ngày ..... tháng .... năm 20....
Date .....
Thuyền trưởng (đại lý hoặc sỹ quan được ủy quyền)
Master (or authorized agent or officer)

(*) Mục này chỉ khai khi tàu đến cảng

only on arrival

Mẫu số 07

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

Số/*No* / *Ngày tháng năm Date(dd/mm/yyyy)*

BIÊN BẢN KIỂM TRA VỆ SINH TÀU THUYỀN
INSPECTION REPORT FOR VESSEL

I. PHẦN TỔNG HỢP CHUNG CỦA TÀU THUYỀN

General information

Tên tàu/*Name of vessel*:..... Hãng tàu/*Company*:.....
Quốc tịch/*Nationality*:.....
Ngày đến/*Date of arrival*:.....
Ngày giờ kiểm tra/*Date, time inspected*:.....
Ngày và nơi cấp giấy miễn xử lý vệ sinh tầu thủy, miễn xử lý vệ sinh tầu thuyền
/*Date of place of issued SSCC, SSCEC*: .....
Trọng tải tầu/*Net tonnage*:.....
Tổng số thuyền viên/*Number of crews*:.....
Loại tầu/*Type of vessels*:.....
Đỗ tại cầu/Name of wraft/pier:..... Cảng/*Port of call*:.....

II. KẾT QUẢ KIỂM TRA:

Inspection result

CÁC KHU VỰC TRÊN TẦU
Compartements

Hầm tầu/*Hold* Số/*No* (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
Buồng máy/*Enginroom*:.....
Bích đằng trước và kho/*Forepeak and storeroom*:.....
Bích đằng sau và kho/*Afterpeak and storeroom*:.....
Xuồng cứu sinh/*Lifeboate*:.....
Buồng bản đồ và buồng vô tuyến điện/*Charts and wireless rooms*:.....
Bếp/*Galley*:.....
Nhà ăn/*Pantry*:.....
Kho thực phẩm/*Provision storeroom*:.....
Buồng thuyền viên/*Quarters, Crew*:.....
Buồng sĩ quan/*Quarters officer*:.....
Buồng khách/*Messrooms*:.....
Kho dự trữ/*Reefer stoves*:.....
Các khu vực khác/*Other compartements*:.....

III. MỘT SỐ PHÁT HIỆN KHÁC

Findings/observations

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

IV. Ý KIẾN CỦA KIỂM DỊCH VIÊN Y TẾ

Recommendation of health quarantine officer

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

Thuyền trưởng
Master's signed

Kiểm dịch viên y tế/ký và đóng dấu
Health quarantine officer/Signature and stamp

Mẫu số 08

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

Số/*No* / *Ngày tháng năm Date (dd/mm/yyyy)*

BIÊN BẢN KIỂM TRA VỆ SINH TÀU BAY
INSPECTION REPORT FOR AIRCRAFT

I. THÔNG TIN CHUYẾN BAY/*GENERAL INFORMATION*

Tên hãng/*Operation*.....

Chuyến bay số/*Flight No*..... Ngày/*Date*.....

Xuất phát từ/*Departure from:*..... Đến/*Arrival at*.....

Tổng số nhân viên/*Total of crew*..... Tổng số hành khách/*Number of passengers*.....

II. KẾT QUẢ KIỂM TRA/*INSPECTION RESULT*

1.Vệ sinh chung và dấu vết của véc tơ và nguồn truyền bệnh/*Aircraft sanitation and evidence of vector and reservoirs*

Buồng lái/*Pilot cabin* .....

Khoang hành khách/*Passenger cabin* .....

Khoang chứa thực phẩm/*Aircraft chicken* .....

Khoang hành lý/*Cargo compartment*.....

Khu vực khác/*Other areas*.....

2. Có sử dụng các biện pháp diệt véc tơ, côn trùng, vệ sinh tàu bay?/*Had carried out any disinsecting or sanitary treatment?* Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Nếu có, liệt kê/*If yes, give details*

3. Ý kiến của Kiểm dịch viên/*Recommendation of health quarantine officer*

.....

.....

Cơ trưởng/ Đại diện
Captain/Agent

Kiểm dịch viên y tế/ký và đóng dấu
Health quarantine officer/Signature and stamp

Mẫu số 09

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

Số/*No* / *Ngày tháng năm Date(dd/mm/yyyy)*

GIẤY CHỨNG NHẬN KIỂM TRA/XỬ LÝ Y TẾ HÀNG HÓA (TRÊN TÀU THUYỀN), TÀU THUYỀN

Certification of health inspection/control for cargo (on vessel) and vessel

1. Phần kiểm tra và xử lý hàng hóa/for cargo

Nơi đi/*Departure*..... Nơi đến/*Arrival*.....

Đến cửa khẩu/*Name of entry point*:.....

STT *Item*	Kiểm tra y tế *Health inspection*		Xử lý y tế *Health control*		Ghi chú *Note*
	Hàng hóa được kiểm tra *Inspected goods*	Kết quả phát hiện *Evidences*	Biện pháp xử lý *Applied measures*	Kết quả *Attained results*	
1					
2					

2. Phần kiểm tra y tế tàu thuyền/For vessel

Tên phương tiện vận tải/Name of vessel.....Quốc tịch, hãng/*Nationality, agent*.....

Tên chủ phương tiện/chủ hàng/*Name of the vessel operator/goods owner*.....

Địa chỉ/*Address*.....

Đến cửa khẩu/*Name of Point of entry*.....

STT *Item*	Kiểm tra y tế *Health inspection*				Xử lý y tế *Health control*			Ghi chú *Note*
	Các bộ phận được kiểm tra *Inspected parts*	Kết quả phát hiện *Evidences*	Số nhân viên *Number of staff*	Số lượng hành khách/ *Number of passengers*	Các bộ phận được xử lý *Treated parts*	Biện pháp xử lý *Applied measures*	Kết quả *Attained results*	
1								
2								

Tổ chức kiểm dịch y tế biên giới chứng nhận hàng hóa, tàu thuyền đã được kiểm tra y tế vào ngày ghi ở trên được phép nhập/xuất cảnh:.....

The Border Health Quarantine Unit certifies that the above vessel, goods have been given health inspection on the date as above and permission to entry/exit.

Kiểm dịch viên y tế/ký và đóng dấu
Health Quarantine Officer/Signature and stamp

Mẫu số 10

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

Số/*No* / *Ngày tháng năm Date(dd/mm/yyyy)*

GIẤY CHỨNG NHẬN KIỂM TRA/XỬ LÝ Y TẾ HÀNG HÓA, PHƯƠNG TIỆN VẬN TẢI ĐƯỜNG BỘ, ĐƯỜNG SẮT, ĐƯỜNG HÀNG KHÔNG

Certification of health inspection and control for conveyances and cargo (for land transportation, railway, airway)

1. Phần kiểm tra và xử lý y tế hàng hóa/*For cargo*

Nơi đi/*Departure*..... Nơi đến/*Arrival*.....

Đến cửa khẩu/*Name of entry point*.....

STT *Item*	Kiểm tra y tế *Health inspection*		Xử lý y tế Health control			Ghi chú *Note*
	Hàng hóa được kiểm tra *Inspected goods*	Kết quả phát hiện *Evidences*	Hàng hóa được xử lý *Treated parts*	Biện pháp xử lý *Applied measures*	Kết quả *Attained results*	
1						
2						

2. Phần kiểm tra và xử lý y tế phương tiện/*For conveyance*

Tên phương tiện vận tải/*Name of conveyance*..... Quốc tịch, hãng/*Nationality, agent*.....

Tên chủ phương tiện/Tên chủ hàng/*Name of the conveyance operator/Name of the goods owner*...

Địa chỉ/*Address*.....

Đến cửa khẩu/*Name of Point of entry*.....

STT *Item*	Kiểm tra y tế *Health inspection*				Xử lý y tế *Health control*			Ghi chú *Note*
	Các bộ phận được kiểm tra *Inspected parts*	Kết quả phát hiện *Evidences*	Số nhân viên *Number of staff*	Số lượng hành khách *Number of passengers.*	Các bộ phận được xử lý *Treated parts*	Biện pháp xử lý *Applied measures*	Kết quả *Attained results*	
1								
2								

Tổ chức kiểm dịch y tế biên giới chứng nhận hàng hóa, phương tiện vận tải trên đã đượ c kiểm tra/xử lý y tế vào ngày ghi ở trên (gạch ngang để bỏ từ kiểm tra hoặc xử lý nếu không thực hiện). Được phép qua cửa khẩu: .....

The Border Health Quarantine Unit certifies that the above conveyance, goods have been given health inspection/control on the date as above and permission to pass through this point of entry.

Kiểm dịch viên y tế/Ký và đóng dấu
Health Quarantine Officer/Signature and stamp

QUY TRÌNH 20
Kiểm dịch Y tế đối với hàng hóa

(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 thành phần	Số lượng	Ghi chú
01	Giấy khai báo y tế hàng hóa *(đối với hàng hóa vận tải bằng đường hàng không)* (theo mẫu)	02	Bản chính
	Bản khai hàng hóa *(đối với hàng hóa vận tải bằng đường thủy)* (theo mẫu)	02	Bản sao

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

STT	Nơi tiếp nhận và trả kết quả	Thời gian xử lý	Lệ phí
1	Bộ phận Kiểm dịch Y tế hàng hóa tại cửa khẩu/Cổng thông tin một cửa quốc gia *(nếu có)*.	- Thời gian hoàn thành việc giám sát đối với hàng hóa không quá 01 giờ đối với lô hàng hóa dưới 10 tấn, không quá 03 giờ đối với lô hàng hóa từ 10 tấn trở lên. - Thời gian hoàn thành việc kiểm tra giấy tờ một lô hàng hóa không quá 20 phút. - Thời gian hoàn thành việc kiểm tra thực tế phải không quá 01 giờ đối với lô hàng hóa dưới 10 tấn, không quá 03 giờ đối với lô hàng hóa từ 10 tấn trở lên. - Thời gian hoàn thành các biện pháp xử lý y tế không quá 02 giờ đối với lô hàng hóa dưới 10 tấn, không quá 06 giờ đối với lô hàng hóa từ 10 tấn trở lên. Trước khi hết thời gian quy định 15 phút mà vẫn chưa hoàn thành việc xử lý y tế, tổ chức kiểm dịch y tế biên giới phải thông báo việc gia hạn thời gian xử lý y tế và nêu rõ lý do cho người khai báo y tế.	- Lô hàng dưới 10 kg: 1,4 USD/lần kiểm tra - Lô hàng từ 10 kg đến 50 kg: 4 USD/lần kiểm tra - Lô hàng từ trên 50 kg đến 100 kg: 6 USD/lần kiểm tra - Lô hàng từ trên 100 kg đến 1 tấn: 13 USD/lần kiểm tra - Lô hàng từ trên 1 tấn đến 10 tấn: 39 USD/lần kiểm tra - Lô hàng từ trên 10 tấn đến 100 tấn: 90 USD/lần kiểm tra - Lô hàng trên 100 tấn: 100 USD/lần kiểm tra

		Thời gian gia hạn không quá 02 giờ kể từ thời điểm có thông báo gia hạn.	

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	**Khai báo y tê**	Tổ chức, cá nhân	Giờ hành chính	Theo Mục I	Thành phần và thời gian nộp hồ sơ theo mục I
B2	**Thu thập, kiểm tra thông tin**	Bộ phận tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả		Theo Mục I BM 01 BM 02 BM 03	***Thu thập thông tin:*** - Nơi hàng hóa xuất phát hoặc quá cảnh; - Chủng loại, số lượng, bảo quản, đóng gói hàng hóa và phương tiện vận chuyển; - Trường hợp hồ sơ đầy đủ và hợp lệ, chuyển chuyên viên xử lý thực hiện tiếp bước B3. - Trường hợp hồ sơ chưa đầy đủ hoặc chưa hợp lệ, chuyên viên hướng dẫn người nộp hồ sơ bổ sung, hoàn thiện hồ sơ theo BM 02. - Trường hợp từ chối tiếp nhận hồ sơ: Lập Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ theo BM 03.
B3	**Xử lý thông tin**	Kiểm dịch viên y tế	15 phút làm việc	Theo Mục I	- Trường hợp hàng hóa không có yếu tố nguy cơ: tổ chức giám sát hàng hóa tại ***Bước 4*** và xác nhận kết quả kiểm dịch y tế; - Trường hợp hàng hóa có yếu tố nguy cơ: thực hiệc kiểm tra thực tế tại ***Bước 5***, thực hiện xử lý y tế theo quy trình xử lý y tế hàng

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
					hóa (nếu có);
B4	**Tổ chức giám sát hàng hóa**	Kiểm dịch viên y tế	- Không quá 01 giờ đối với lô hàng hóa dưới 10 tấn, không quá 03 giờ đối với lô hàng hóa từ 10 tấn trở lên.	Theo Mục I	- Đối chiếu giấy khai báo y tế hàng hóa với thực tế; - Giám sát tác nhân gây bệnh, trung gian truyền bệnh; - Giám sát tình trạng vệ sinh chung; - Chuyển sang ***Bước 5*** hoặc ***Bước 6*** nếu phát hiện hàng hóa có trung gian truyền bệnh, tác nhân gây bệnh truyền nhiễm, không đảm bảo điều kiện vệ sinh chung.
B5	**Kiểm tra thực tế hàng hóa**	Kiểm dịch viên y tế	- Không quá 01 giờ đối với lô hàng dưới 10 tấn; - Không quá 03 giờ đối với lô hàng từ 10 tấn trở lên	Theo Mục I BM 06/ BM 07	- Yêu cầu đưa hàng hóa vào khu vực kiểm tra; - Kiểm tra nội dung khai báo so với thực tế; tình trạng vệ sinh chung; trung gian bệnh truyền nhiễm; quy định về dụng cụ, bao gói, thông tin nhãn, điều kiện vận chuyển; đánh giá các biện pháp xử lý y tế đã áp dụng; - Lấy mẫu xét nghiệm *(nếu có);* - Cấp Giấy chứng nhận kiểm tra y tế - Chuyển sang xử lý y tại ***Bước 6*** nếu kết luận phải xử lý y tế hàng hóa.
B6	**Xử lý y tế và Trả kết quả**	Kiểm dịch viên y tế	- Không quá 02 giờ đối với lô hàng	Theo Mục I	- Thực hiện theo Quy trình xử lý y tế hàng hóa: + Khử trùng, diệt tác nhân

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
	giải quyết TTHC		dưới 10 tấn; - Không quá 06 giờ đối với lô hàng từ 10 tấn trở lên	BM 06/ BM 07	gây bệnh, trung gian truyền bệnh truyền nhiễm, cấp giấy chứng nhận đã xử lý y tế. + Buộc tiêu hủy hoặc tái xuất đối với hàng hóa không thể diệt được tác nhân gây bệnh, trung gian truyền bệnh truyền nhiễm. - Trả kết quả cho Tổ chức/cá nhân. - Lưu hồ sơ, thống kê và theo dõi

IV. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 02	Mẫu Phiếu yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ
2	BM 03	Mẫu Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ
3	BM 04	Giấy khai báo y tế hàng hóa và phương tiện vận chuyển
4	BM 05	Bản khai hàng hóa.
5	BM 06	Giấy chứng nhận kiểm tra y tế/xử lý y tế hàng hóa, phương tiện vận tài đường bộ, đường sắt đường hàng không
6	BM 07	Giấy chứng nhận kiểm tra y tế/xử lý y tế hàng hóa (trên tàu thuyền). tàu thuyền.

V. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 02	Mẫu Phiếu yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ
2	BM 03	Mẫu Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ
3	BM 04	Giấy khai báo y tế hàng hóa và phương tiện vận chuyển
4	BM 05	Bản khai hàng hóa.
5	BM 06	Giấy chứng nhận kiểm tra y tế/xử lý y tế hàng hóa, phương tiện

		vận tài đường bộ, đường sắt đường hàng không
6	BM 07	Giấy chứng nhận kiểm tra y tế/xử lý y tế hàng hóa (trên tàu thuyền). tàu thuyền.
7	//	Các thành phần hồ sơ khác (nếu có) theo văn bản pháp quy hiện hành

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Luật số 03/2007/QH12 ngày 21 tháng 11 năm 2007 về Phòng, chống bệnh truyền nhiễm.

- Nghị định 89/2018/NĐ-CP ngày 25 tháng 06 năm 2018 của Chính phủ Quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới.

- Thông tư số 240/2016/TT-BTC ngày 11 tháng 11 năm 2016 của Bộ Tài chính quy định giá tối đa dịch vụ kiểm dịch y tế, y tế dự phòng tại cơ sở y tế công lập.

- 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./.

BM 04

GIẤY KHAI BÁO Y TẾ
HÀNG HOÁ VÀ PHƯƠNG TIỆN VẬN TẢI (đối với đường bộ, đường sắt)
Health Declaration for conveyances, and cargo *(for land transportation means, railway)*

1. Phần khai hàng hoá *(bao gồm cả đường bộ, sắt, hàng không)* /*Declaration* for cargo *(including land transportation, railway, airway)*

Nơi đi/ *Departure*..... Nơi đến/ *Arrival* .....

Đến cửa khẩu/ *Name of entry point* ..... Ngày, tháng, năm/ *Date (dd/mm/yy)*.....

Tên chủ hàng/ *Name of the goods owner* .....

Địa chỉ/ *Address* .....

STT *Item*	Danh mục hàng hóa *Name of cargo*	Số lượng và quy cách đóng gói *Quantity and package form*	Trọng lượng *Gross weight*	Ghi chú *Notes*
1				
2				
Tổng cộng/*Total*				

2. Phần khai phương tiện đường bộ, đường sắt /*Declaration for land transportation means, railway.*

Nơi đi/ *Departure* ..... Nơi đến/ *Arrival*.....

Tên phương tiện vận tải/ *Name of conveyance* .....

Quốc tịch, hãng/ *Nationality, agent*: .....

Tên chủ phương tiện/ Tên chủ hàng/ *Name of the conveyance operator/ Name of the goods owner*

.....

Địa chỉ/ *Address*.....

Đến cửa khẩu/ *Name of entry point* ..... Ngày tháng năm/ *Date (dd/mm/yy)* .....

STT *Item*	Số hiệu/biển số *Registration No.*	Số lượng phương tiện *Number of conveyances*	Trọng tải (tấn) *Net tonnage*	Số nhân viên *Number of staff*	Số lượng hành khách *Number of passengers*
1					
2					

Chủ hàng, chủ phương tiện trả lời các câu hỏi sau/ *The following questions are answered by the conveyance operator, the owner of cargo*

1. Hàng hóa hoặc phương tiện vận tải có xuất phát hoặc đi qua vùng có dịch không ?/ *Has conveyance or cargo come from or visited through affected area ?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

2. Hiện nay hoặc trong thời gian hành trình trên phương tiện có người mắc bệnh hoặc nghi mắc bệnh không ?/ *Is there on board now or has there been during the trip any case or suspected case of disease)* ?

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

3. Có giấy chứng nhận kiểm tra và xử lý y tế hàng hóa không?/ *Is there a Certification of health inspection and control for cargo?*

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Nếu có, ghi rõ ngày cấp/ nơi cấp/ *If yes, please note date and place of issue* …….....

4. Có giấy chứng nhận kiểm tra và xử lý y tế phương tiện vận tải không?/ *Is there Certification of*

health inspection and control for conveyances?

Có/*Yes* ☐ Không/*No* ☐

Nếu có, ghi rõ ngày cấp/nơi cấp/ *If yes, please note date and place of issue*…….....

Người khai *(ký, ghi rõ họ tên)*

(Signature and full name of Declarant)

Ngày /Date:……giờ /hour……

Ý kiến của kiểm dịch viên/ Recommendation of health quarantine officer.....

Ý kiến của kiểm dịch viên/ *Recommendation of health quarantine officer*.....

.....

.....

Kiểm dịch viên/ health quarantine officer

Ký và đóng dấu/ Signature and stamp

BM 05

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Socialist Republic of Vietnam
Independence - Freedom - Happiness

BẢN KHAI HÀNG HÓA
CARGO DECLARATION

<table>
<tr><td rowspan="9">Vận đơn số*
B/L No</td><td colspan="2"></td><td></td><td>Đến
Arrival</td><td></td><td>Rời
Departure</td><td>Trang số:
Page No:</td></tr>
<tr><td colspan="2">1.1 Tên tàu:
Name of ship</td><td colspan="5" rowspan="4">2. Cảng lập bản khai:
Port where report is made</td></tr>
<tr><td colspan="2">1.2 Số IMO:
IMO number</td></tr>
<tr><td colspan="2">1.3 Hô hiệu:
Call sign</td></tr>
<tr><td colspan="2">1.4 Số chuyến đi:
Voyage number</td></tr>
<tr><td>3. Quốc tịch tàu:
Flag State of ship</td><td>4. Tên thuyền trưởng:
Name of master</td><td colspan="5">5. Cảng bốc/dỡ hàng hóa:
Port of loading/Port of discharge</td></tr>
<tr><td>6. Ký hiệu và số hiệu hàng hóa
Marks and Nos.</td><td>7. Số và loại bao kiện; loại hàng hoá, mà hàng hóa
Number and kind of packages; description of goods, or, if available, the HS code</td><td colspan="3">8. Tổng trọng lượng
Gross weight</td><td colspan="2">9. Kích thước
Measurement</td></tr>
<tr><td>Xuất khẩu
Export cargo</td><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>…</td><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Nhập khẩu</td><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

	Import cargo			
	…			
	Nội địa Domestic cargo			
	…			
	Hàng quá cảnh xếp dỡ tại cảng The quantity of cargo in transit loading, discharing at port			
	…			
	Hàng quá cảnh không xếp dỡ The quantity of cargo in transit			
	…			
	Hàng trung chuyển Transshipment cargo			

* Số Vận đơn: Khai cảng nhận hàng chính thức theo phương thức vận tải đa phương thức hoặc vận đơn suốt.

B/L No: Also state original port by shipment using multimodal transport document or through Bill of Lading

	....., ngày ..... tháng ..... năm 20.... Date…… **Thuyền trưởng (Đại lý hoặc sỹ quan được ủy quyền)** Master (Authorized agent or officer)

BM 06

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

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

Số/*No* / *Ngày tháng năm Date(dd/mm/yyyy)*

GIẤY CHỨNG NHẬN KIỂM TRA/XỬ LÝ Y TẾ HÀNG HOÁ, PHƯƠNG TIỆN VẬN TẢI ĐƯỜNG BỘ, ĐƯỜNG SẮT, ĐƯỜNG HÀNG KHÔNG

Certification of health inspection and control for conveyances and cargo

(for land transportation,railway,airway)

1. Phần kiểm tra và xử lý y tế hàng hoá/*For cargo*

Nơi đi/*Departure* .....

Nơi đến/*Arrival* .....

Đến cửa khẩu/*Name of entry point* .....

STT *Item*	**Kiểm tra y tế** ***Health inspection***		**Xử lý y tế** ***Health control***			Ghi chú *Note*
	Hàng hóa được kiểm tra *Inspected goods*	Kết quả phát hiện *Evidences*	Hàng hóa được xử lý *Treated parts*	Biện pháp xử lý *Applied measures*	Kết quả *Attained results*	
Tổng cộng/ Total						

2. Phần kiểm tra và xử lý y tế phương tiện/*For conveyance*

Tên phương tiện vận tải/*Name of conveyance* .....

Quốc tịch, hãng/*Nationality, agent* .....

Tên chủ phương tiện/Tên chủ hàng/*Name of the conveyance operator/Name of the goods owner* .....

.....

Địa chỉ/*Address* .....

Đến cửa khẩu/*Name of Point of entry* .....

STT *Item*	**Kiểm tra y tế** ***Health inspection***				**Xử lý y tế** ***Health control***			Ghi chú *Note*
	Các bộ phận được kiểm tra *Inspected parts*	Kết quả phát hiện *Evidences*	Số nhân viên *Number of staff*	Số lượng hành khách *Number of passengers*	Các bộ phận được xử lý *Treated parts*	Biện pháp xử lý *Applied measures*	Kết quả *Attained results*	

Tổ chức kiểm dịch y tế biên giới chứng nhận hàng hóa, phương tiện vận tải trên đã được kiểm tra/xử lý y tế vào ngày ghi ở trên (gạch ngang để bỏ từ kiểm tra hoặc xử lý nếu không thực hiện). Được phép qua cửa khẩu: .....

The Border Health Quarantine Unit certifies that the above conveyance, goods have been given health inspection/control on the date as above and permission to pass through this point of entry.

Kiểm dịch viên y tế/ ký và đóng dấu
Health Quarantine Officer/ Signature and stamp

BM 07

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

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

Số/*No* / *Ngày tháng năm Date(dd/mm/yyyy)*

GIẤY CHỨNG NHẬN KIỂM TRA Y TẾ/ XỬ LÝ Y TẾ HÀNG HÓA (TRÊN TÀU THUYỀN), TÀU THUYỀN

Certification of health inspection/ control for cargo (on vessel) and vessel

1. Phần kiểm tra và xử lý hàng hóa/ for cargo

Nơi đi/*Departure* .....Nơi đến/*Arrival* .....

Đến cửa khẩu/*Name of entry point* .....

STT *Item*	**Kiểm tra y tế** ***Health inspection***		**Xử lý y tế** **Health control**		Ghi chú *Note*
	Hàng hóa được kiểm tra *Inspected goods*	Kết quả phát hiện *Evidences*	Biện pháp xử lý *Applied measures*	Kết quả *Attained results*	
1					
2					

2. Phần kiểm tra y tế tàu thuyền/For vessel

Tên phương tiện vận tải/Name of vessel .....

Quốc tịch, hãng/ *Nationality, agent* .....

Tên chủ phương tiện/chủ hàng/*Name of the vessel operator/ goods owner* .....

.....

Địa chỉ/*Address* .....

Đến cửa khẩu/*Name of Point of entry* .....

STT *Item*	**Kiểm tra y tế** ***Health inspection***				**Xử lý y tế** ***Health control***			Ghi chú *Note*
	Các bộ phận được kiểm tra *Inspected parts*	Kết quả phát hiện *Evidences*	Số nhân viên *Number of staff*	Số lượng hành khách *Number of passengers*	Các bộ phận được xử lý *Treated parts*	Biện pháp xử lý *Applied measures*	Kết quả *Attained results*	
1								
2	NO EVIDENCE FOUND					EXEMPTED		

Tổ chức kiểm dịch y tế biên giới chứng nhận hàng hóa, tàu thuyền đã được kiểm tra y tế vào ngày ghi ở trên được phép nhập/xuất cảnh: .....

The Border Health Quarantine Unit certifies that the above vessel, goods have been given health inspection on the date as above and permission to entry/exit.

Kiểm dịch viên y tế/ ký và đóng dấu
Health Quarantine Officer/ Signature and stamp

QUY TRÌNH 21
Cấp lại giấy chứng sinh đối với trường hợp bị nhầm lẫn khi ghi chép Giấy chứng sinh

(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 Giấy chứng sinh (theo mẫu)	01	Bản chính
02	Giấy tờ chứng minh nội dung bị nhầm lẫn: • Đối với trường hợp nhầm lẫn về họ tên mẹ hoặc người nuôi dưỡng, năm sinh, nơi đăng ký hộ khẩu thường trú, số chứng minh nhân dân, dân tộc thì gửi kèm bản phô tô Giấy chứng minh nhân dân (mang theo bản chính để đối chiếu); • Đối với trường hợp nhầm lẫn về nơi đăng ký tạm trú thì kèm theo xác nhận của Công an khu vực về nơi đăng ký tạm trú	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 bệnh, chữa bệnh nơi cấp giấy chứng sinh lần đầu	Trong thời hạn 02 ngày làm việc kể từ ngày nhận được các giấy tờ hợp lệ. Trong trường hợp cần phải xác minh, thì thời hạn xác minh không được quá 03 ngày làm việc.	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	Nhân viên (NV) Bộ		Theo mục I BM 01	- Trường hợp hồ sơ đầy đủ và hợp lệ: Lập Giấy

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
		phận Tiếp nhận hồ sơ		BM 02 BM 03	tiếp nhận hồ sơ 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.
B3	**Phân công thụ lý hồ sơ**	NV Bộ phận chuyên môn	0,25 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 TTHC**	NV thụ lý hồ sơ	01 ngày làm việc (nếu có xác minh, thời gian là 02 ngày làm việc)	- Theo mục I - Giấy chứng sinh	- NV thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, kiểm tra, xác minh (nếu cần thiết) - Thu hồi giấy chứng sinh có nhầm lẫn để hủy cùng với đơn, giấy tờ chứng minh được lưu cùng với bản lưu cũ tại cơ sở - Tổng hợp, hoàn thiện hồ sơ, dự thảo giấy chứng sinh (cấp lại) trình lãnh đạo cơ sở xem xét
B5	**Xem xét, ký duyệt**	Lãnh đạo cơ sở	0,5 ngày làm việc	Hồ sơ trình	Lãnh đạo cơ sở xem xét hồ sơ, ký duyệt giấy chứng sinh

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
B6	**Ban hành văn bản**	Văn thư	0,25 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	**Trả kết quả, lưu hồ sơ, thống kê và theo dõi**	NV Bộ phận Tiếp nhận hồ sơ chữa bệnh	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 lại Giấy chứng sinh (Phụ lục 3 ban hành kèm Thông tư số 17/2012/TT-BYT)
5	BM 05	Mẫu giấy chứng sinh (Phụ lục 5 ban hành kèm theo Thông tư số 56/2017/TT-BYT)

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 lại Giấy chứng sinh (Phụ lục 3 ban hành kèm Thông tư số 17/2012/TT-BYT)
5	BM 05	Mẫu giấy chứng sinh (Phụ lục 5 ban hành kèm theo Thông tư số 56/2017/TT-BYT)

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Thông tư số 17/2012/TT-BYT ngày 24 tháng 10 năm 2012 của Bộ Y tế quy định cấp và sử dụng Giấy chứng sinh, có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2013.

- Thông tư số 34/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung Thông tư bổ sung Điều 2 Thông tư số 17/2012/TT-BYT ngày 24 tháng 10 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định cấp và sử dụng Giấy chứng sinh.

- Thông tư số 56/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết thi hành Luật bảo hiểm xã hội và Luật an toàn vệ sinh lao động thuộc lĩnh vực y tế.

- 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 5

MẪU GIẤY CHỨNG SINH

(Kèm theo Thông tư số 56/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Cơ sở KB, CB **Số:……..** **Quyển số: …….**	**Cơ sở KB, CB** **Số:……..** **Quyển số: …….**
GIẤY CHỨNG SINH	**GIẤY CHỨNG SINH**
Họ và tên mẹ/Người nuôi dưỡng:	Họ và tên mẹ/Người nuôi dưỡng: .....
Năm sinh:	Năm sinh: .....
Nơi đăng ký thường trú:	Nơi đăng ký thường trú: .....
- Mã số BHXH/Thẻ BHYT số	- Mã số BHXH/Thẻ BHYT số .....
Giấy CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu số:	Giấy CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu số:..
Ngày cấp: ……./ ……./…….. Nơi cấp:	Ngày cấp: …/ …/…. Nơi cấp: .....
Dân tộc:	Dân tộc: .....
Họ và tên cha:	Họ và tên cha: .....
Đã sinh con vào lúc:…....giờ…....phút, ngày…. tháng…. năm .	Đã sinh con vào lúc:...giờ...phút, ngày…. tháng….. năm …….
Tại:.....	Tại:.....
Số con trong lần sinh này:	Số con trong lần sinh này: .....
Giới tính của con: ……..Cân nặng	Giới tính của con: ….Cân nặng .....
Dự định đặt tên con là:	Dự định đặt tên con là: .....
Ghi chú:	Ghi chú: .....
… …..,ngày... tháng.... năm … …	*… …..,ngày... tháng.... năm … …*
Cha, mẹ, người nuôi dưỡng (ký, ghi rõ họ tên) / Người đỡ đẻ (ký, ghi rõ họ tên) / Người ghi phiếu (Ký, ghi rõ chức dan_ / Thủ trưởng cơ sở y tế (Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)	Cha, mẹ, người nuôi dưỡng (ký, ghi rõ họ tên) / Người đỡ đẻ (ký, ghi rõ họ tên) / Người ghi phiếu (Ký, ghi rõ chức danh / Thủ trưởng cơ sở y tế (Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

Lưu ý: - Giấy chứng sinh cấp lần đầu: Số: Quyển số: (nếu cấp lại) - Tên dự định đặt có thể được thay đổi khi đăng ký khai sinh. - Trong thời hạn 60 ngày, kể từ ngày sinh con, cha/mẹ hoặc người nuôi dưỡng phải đi khai sinh cho trẻ	***Lưu ý:*** - Giấy chứng sinh cấp lần đầu: Số: Quyển số: (nếu cấp lại) - Tên dự định đặt có thể được thay đổi khi đăng ký khai sinh. - Trong thời hạn 60 ngày, kể từ ngày sinh con, cha/mẹ hoặc người nuôi dưỡng phải đi khai sinh cho trẻ

HƯỚNG DẪN CÁCH GHI GIẤY CHỨNG SINH

1. Họ và tên mẹ hoặc người nuôi dưỡng: Ghi tên mẹ theo Giấy chứng minh nhân dân, hộ chiếu hoặc hộ khẩu bằng chữ in hoa, có dấu.

2. Năm sinh: Ghi năm sinh của mẹ hoặc người nuôi dưỡng theo năm dương lịch.

3. Nơi đăng ký thường trú, tạm trú: Ghi nơi đăng ký thường trú, tạm trú theo địa danh 4 cấp: Thôn/bản, xã/phường/thị trấn, quận/huyện, tỉnh/thành phố.

Trường hợp người nước ngoài có đăng ký thường trú, tạm trú tại Việt Nam thì ghi giống như người Việt Nam. Trường hợp người nước ngoài không đăng ký thường trú, tạm trú tại Việt Nam nhưng sinh sống ở vùng biên giới sang đẻ ở các cơ sở y tế của Việt Nam thì ghi tên tỉnh và nước nơi họ đang sinh sống.

4. Mã số BHXH/Thẻ BHYT số: Ghi số sổ BHXH hoặc mã số BHXH. Việc ghi mã số bảo hiểm xã hội chỉ áp dụng khi cơ quan bảo hiểm xã hội chính thức có thông báo về việc sử dụng mã số bảo hiểm xã hội thay cho số sổ bảo hiểm xã hội.

5. Số chứng minh nhân dân (CMND)/Hộ chiếu của mẹ hoặc người nuôi dưỡng: Ghi rõ số CMND đã được cấp, trong trường hợp không có giấy CMND mà có Hộ chiếu thì ghi số Hộ chiếu. Nếu không có CMND và Hộ chiếu thì bỏ trống. (Chỉ áp dụng quy định ghi số CMND hoặc số hộ chiếu đến khi cơ quan bảo hiểm xã hội chính thức có thông báo về việc sử dụng mã số bảo hiểm xã hội thay cho số thẻ bảo hiểm y tế).

6. Dân tộc: Ghi rõ tên dân tộc của người mẹ hoặc người nuôi dưỡng như: Kinh, Tày, Nùng, Hoa hoặc các dân tộc khác.

7. Họ và tên cha: Ghi theo thông tin do người bệnh hoặc người nhà người bệnh cung cấp. Cơ sở y tế không phải chịu trách nhiệm về tính chính xác của thông tin về họ và tên người cha.

8. Đã sinh con vào lúc: Ghi giờ, phút, ngày, tháng, năm mà đứa trẻ sinh ra theo năm dương lịch.

9. Tại: Ghi tại nơi trẻ được sinh ra, cụ thể:

a) Trường hợp trẻ em được sinh ra tại bệnh viện, thì ghi tên bệnh viện và địa danh hành chính nơi trẻ em được sinh ra (Ví dụ: bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định). Trường hợp trẻ em được sinh tại cơ sở y tế khác thì ghi tên cơ sở y tế và địa danh hành chính 3 cấp nơi trẻ em sinh ra (Ví dụ: Trạm y tế xã Liên Bảo, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định);

b) Trường hợp trẻ em được sinh tại nhà thì ghi tại nhà và địa danh 3 cấp: cấp xã/phường, quận/huyện, tỉnh/thành phố (Ví dụ: tại nhà ở xã Liên Bảo, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định);

c) Trường hợp trẻ em được sinh ra tại nơi khác, ngoài cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì cũng ghi nơi trẻ em được sinh ra và địa danh 3 cấp hành chính (Ví dụ: đẻ trên đường đi, tại xã Liên Bảo, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định);

d) Trường hợp trẻ em bị bỏ rơi thì ghi rõ trẻ bị bỏ rơi, nơi nhặt được trẻ với địa danh 3 cấp hành chính (Ví dụ: đẻ bị bỏ rơi tại xã Liên Bảo, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định);

10. Sinh lần thứ mấy: Ghi tất cả các lần sinh kể cả đẻ lần này, đẻ non, đẻ con chết.

11. Số con hiện sống: Ghi số con hiện đang sống, kể cả trẻ sinh ra sống lần này.

12. Số con trong lần đẻ này: Ghi số con đẻ lần này. Trong trường hợp đẻ sinh đôi hoặc sinh nhiều hơn thì ghi cụ thể số con và cấp Giấy chứng sinh riêng cho từng trẻ.

13. Giới tính của con: Ghi cụ thể trẻ em sinh ra sống là nam hay nữ. Trường hợp dị tật, không rõ là nam hay nữ thì ghi là không xác định.

14. Cân nặng: Ghi trọng lượng của trẻ đẻ ra được cân trong giờ đầu sau khi sinh theo đơn vị tính gram. (Ví dụ: trẻ sinh ra là 3500gram). Nếu không được cân thì bỏ trống.

15. Tình trạng của con: Ghi rõ tình trạng của trẻ tại thời điểm làm Giấy chứng sinh: khỏe mạnh, yếu, dị tật hoặc các biểu hiện liên quan đến sức khỏe khác (nếu có). Nếu dị tật, ghi cụ thể loại dị tật, kể cả khuyết tật về hình thái của trẻ nếu phát hiện được.

16. Dự kiến đặt tên con: Ghi tên dự kiến đặt cho trẻ. Tên dự kiến này có thể thay đổi khi đăng ký khai sinh.

17. Ghi chú: Trường hợp sinh con phải phẫu thuật hoặc sinh con dưới 32 tuần tuổi hoặc vừa sinh con dưới 32 tuần tuổi lại vừa phải phẫu thuật thì trong phần ghi chú phải ghi rõ một trong các nội dung sau "sinh con phải phẫu thuật" hoặc "sinh con dưới 32 tuần tuổi" hoặc "phẫu thuật, sinh con dưới 32 tuần tuổi".

18. Người đỡ đẻ: ký tên, ghi rõ chức danh và họ tên (đối với trường hợp đẻ tại cơ sở y tế). Trong trường hợp đẻ tại nhà thì ghi cụ thể tên và chức danh của người đỡ (nếu là nhân viên Y tế). Ví dụ: Cô đỡ thôn bản đỡ thì ghi Cô đỡ và họ tên cô đỡ. Trong trường hợp người đỡ không phải là cán bộ y tế thì chỉ ghi họ tên.

19. Ngày, tháng, năm ghi Giấy chứng sinh: Ghi theo ngày, tháng, năm dương lịch.

20. Người ghi phiếu: Ký tên, ghi rõ chức danh và họ tên.

21. Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người được người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ủy quyền được ký và đóng dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó.

Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ có 01 người có đủ thẩm quyền khám và ký giấy ra viện thì người đó chỉ cần ký và đóng dấu vào phần người thủ trưởng đơn vị.

Trường hợp đẻ tại nhà, trẻ đẻ bị bỏ rơi, đẻ nơi khác không phải cơ sở y tế...mà trạm y tế cấp Giấy chứng sinh thông qua nhân viên y tế thôn/bản thì trưởng trạm y tế ghi và xác nhận, ký tên, đóng dấu, ghi rõ họ tên.

22. Xác nhận của cha, mẹ hoặc người thân thích: ký tên, ghi rõ họ tên, quan hệ với đứa trẻ.

PHỤ LỤC SỐ 3

(Ban hành kèm theo Thông tư số: 17/2012/TT-BYT ngày 24/10/ 2012)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp lại Giấy chứng sinh

Kính gửi:.....

Họ và tên mẹ/người nuôi dưỡng:.....
Số chứng minh nhân dân/Hộ chiếu.....
Địachỉ:……
Sinh cháu: ngày:……tháng…….năm: 20……..
Tại:……
……
Tên dự kiến của cháu:
……
Đã được cơ quan cấp Giấy chứng sinh: tháng……năm……. Đề nghị cơ quan cấp lại Giấy chứng sinh cho cháu vì:
1- Mất/thất lạc/rách nát: ☐
2- Nhầm lẫn trong Giấy chứng sinh lần trước ☐ (Ghi cụ thể sự nhầm lẫn):
……
……
……
……
3- Khác ☐ Ghi cụ thể:
……
……
……
……

……, ngày…..tháng…..năm 20….

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

Người làm đơn
(Ký tên, ghi rõ họ tên)

QUY TRÌNH 22

Cấp lại Giấy chứng sinh đối với trường hợp bị mất hoặc hư hỏng

(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 Giấy chứng sinh (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 hồ sơ - Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi cấp giấy chứng sinh lần đầu	Trong thời hạn 02 ngày làm việc kể từ ngày nhận được các giấy tờ hợp lệ. Trong trường hợp cần phải xác minh, thì thời hạn xác minh không được quá 03 ngày làm việc.	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	Nhân viên (NV) Bộ phận Tiếp nhận hồ sơ		Theo mục I BM 01 BM 02 BM 03	- Trường hợp hồ sơ đầy đủ và hợp lệ: Lập Giấy tiếp nhận hồ sơ 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.

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
					- 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 Tiếp nhận hồ sơ	0,25 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	0,25 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	01 ngày làm việc (nếu có xác minh, thời gian là 02 ngày làm việc)	- Theo mục I - BM 05	- NV thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, kiểm tra, xác minh (nếu cần thiết) - Tổng hợp, hoàn thiện hồ sơ, dự thảo giấy chứng sinh (cấp lại) trình lãnh đạo cơ sở xem xét
B5	**Xem xét, ký duyệt**	Lãnh đạo cơ sở	0,25 ngày làm việc	Hồ sơ trình	Lãnh đạo cơ sở xem xét hồ sơ, ký duyệt giấy chứng sinh
B6	**Ban hành văn bản**	Văn thư	0,25 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	**Trả kết quả, lưu hồ sơ, thống kê và**	Bộ phận Tiếp nhận hồ sơ - Cơ sở Khám chữa	Theo Giấy hẹn	Kết quả	- Trả kết quả cho Tổ chức/cá nhân. - Thống kê, theo dõi.

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
	theo dõi	bệnh			

IV. BIỂU MẪU

Các biểu mẫu sử dụng tại các bước công việc:

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Đơn đề nghị cấp lại Giấy chứng sinh (Phụ lục 3 ban hành kèm Thông tư số 17/2012/TT-BYT)
2	BM 02	Mẫu giấy chứng sinh (Phụ lục 5 ban hành kèm theo Thông tư số 56/2017/TT-BYT)

V. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Đơn đề nghị cấp lại Giấy chứng sinh (Phụ lục 3 ban hành kèm Thông tư số 17/2012/TT-BYT)
2	BM 02	Mẫu giấy chứng sinh (Phụ lục 5 ban hành kèm theo Thông tư số 56/2017/TT-BYT)

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Thông tư số 17/2012/TT-BYT ngày 24 tháng 10 năm 2012 của Bộ Y tế quy định cấp và sử dụng Giấy chứng sinh, có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2013.

- Thông tư số 34/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung Thông tư bổ sung Điều 2 Thông tư số 17/2012/TT-BYT ngày 24 tháng 10 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định cấp và sử dụng Giấy chứng sinh.

- Thông tư số 56/2017/TT-BYTngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết thi hành Luật bảo hiểm xã hội và Luật an toàn vệ sinh lao động thuộc lĩnh vực y tế.

- 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 5

MẪU GIẤY CHỨNG SINH

(Kèm theo Thông tư số 56/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Cơ sở KB, CB **Số:……..** **Quyển số: …….** **GIẤY CHỨNG SINH** Họ và tên mẹ/Người nuôi dưỡng: ..... Năm sinh: ..... Nơi đăng ký thường trú: ..... - Mã số BHXH/Thẻ BHYT số ..... Giấy CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu số: ..... Ngày cấp: ……./ ……./…….. Nơi cấp: ..... Dân tộc: ..... Họ và tên cha: ..... Đã sinh con vào lúc:...giờ...phút, ngày…. tháng….. năm …….. Tại:..... Số con trong lần sinh này: ..... Giới tính của con: ……..Cân nặng ..... Dự định đặt tên con là: ..... Ghi chú: ..... *… …..,ngày... tháng.... năm … …* Cha, mẹ, người nuôi dưỡng (ký, ghi rõ họ tên) / Người đỡ đẻ (ký, ghi rõ họ tên) / Người ghi phiếu (Ký, ghi rõ chức danh) / Thủ trưởng cơ sở y tế (Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)	**Cơ sở KB, CB** **Số:……..** **Quyển số: …….** **GIẤY CHỨNG SINH** Họ và tên mẹ/Người nuôi dưỡng: ..... Năm sinh: ..... Nơi đăng ký thường trú: ..... - Mã số BHXH/Thẻ BHYT số ..... Giấy CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu số: ..... Ngày cấp: ……./ ……./…….. Nơi cấp: ..... Dân tộc: ..... Họ và tên cha: ..... Đã sinh con vào lúc:...giờ...phút, ngày…. tháng….. năm …… Tại:..... Số con trong lần sinh này: ..... Giới tính của con: …..Cân nặng ..... Dự định đặt tên con là: ..... Ghi chú: ..... *… …..,ngày... tháng.... năm … …* Cha, mẹ, người nuôi dưỡng (ký, ghi rõ họ tên) / Người đỡ đẻ (ký, Ghi rõhọ tên) / Người ghi phiếu (Ký, ghi rõ chức danh / Thủ trưởng cơ sở y tế (Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

Lưu ý: - Giấy chứng sinh cấp lần đầu: Số: Quyển số: (nếu cấp lại) - Tên dự định đặt có thể được thay đổi khi đăng ký khai sinh. - Trong thời hạn 60 ngày, kể từ ngày sinh con, cha/mẹ hoặc người nuôi dưỡng phải đi khai sinh cho trẻ	***Lưu ý:*** - Giấy chứng sinh cấp lần đầu: Số: Quyển số: (nếu cấp lại) - Tên dự định đặt có thể được thay đổi khi đăng ký khai sinh. - Trong thời hạn 60 ngày, kể từ ngày sinh con, cha/mẹ hoặc người nuôi dưỡng phải đi khai sinh cho trẻ

HƯỚNG DẪN CÁCH GHI GIẤY CHỨNG SINH

1. Họ và tên mẹ hoặc người nuôi dưỡng: Ghi tên mẹ theo Giấy chứng minh nhân dân, hộ chiếu hoặc hộ khẩu bằng chữ in hoa, có dấu.

2. Năm sinh: Ghi năm sinh của mẹ hoặc người nuôi dưỡng theo năm dương lịch.

3. Nơi đăng ký thường trú, tạm trú: Ghi nơi đăng ký thường trú, tạm trú theo địa danh 4 cấp: Thôn/bản, xã/phường/thị trấn, quận/huyện, tỉnh/thành phố.

Trường hợp người nước ngoài có đăng ký thường trú, tạm trú tại Việt Nam thì ghi giống như người Việt Nam. Trường hợp người nước ngoài không đăng ký thường trú, tạm trú tại Việt Nam nhưng sinh sống ở vùng biên giới sang đẻ ở các cơ sở y tế của Việt Nam thì ghi tên tỉnh và nước nơi họ đang sinh sống.

4. Mã số BHXH/Thẻ BHYT số: Ghi số sổ BHXH hoặc mã số BHXH. Việc ghi mã số bảo hiểm xã hội chỉ áp dụng khi cơ quan bảo hiểm xã hội chính thức có thông báo về việc sử dụng mã số bảo hiểm xã hội thay cho số sổ bảo hiểm xã hội.

5. Số chứng minh nhân dân (CMND)/Hộ chiếu của mẹ hoặc người nuôi dưỡng: Ghi rõ số CMND đã được cấp, trong trường hợp không có giấy CMND mà có Hộ chiếu thì ghi số Hộ chiếu. Nếu không có CMND và Hộ chiếu thì bỏ trống. (Chỉ áp dụng quy định ghi số CMND hoặc số hộ chiếu đến khi cơ quan bảo hiểm xã hội chính thức có thông báo về việc sử dụng mã số bảo hiểm xã hội thay cho số thẻ bảo hiểm y tế).

6. Dân tộc: Ghi rõ tên dân tộc của người mẹ hoặc người nuôi dưỡng như: Kinh, Tày, Nùng, Hoa hoặc các dân tộc khác.

7. Họ và tên cha: Ghi theo thông tin do người bệnh hoặc người nhà người bệnh cung cấp. Cơ sở y tế không phải chịu trách nhiệm về tính chính xác của thông tin về họ và tên người cha.

8. Đã sinh con vào lúc: Ghi giờ, phút, ngày, tháng, năm mà đứa trẻ sinh ra theo năm dương lịch.

9. Tại: Ghi tại nơi trẻ được sinh ra, cụ thể:

a) Trường hợp trẻ em được sinh ra tại bệnh viện, thì ghi tên bệnh viện và địa danh hành chính nơi trẻ em được sinh ra (Ví dụ: bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định). Trường hợp trẻ em được sinh tại cơ sở y tế khác thì ghi tên cơ sở y tế và địa danh hành chính 3 cấp nơi trẻ em sinh ra (Ví dụ: Trạm y tế xã Liên Bảo, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định);

b) Trường hợp trẻ em được sinh tại nhà thì ghi tại nhà và địa danh 3 cấp: cấp xã/phường, quận/huyện, tỉnh/thành phố (Ví dụ: tại nhà ở xã Liên Bảo, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định);

c) Trường hợp trẻ em được sinh ra tại nơi khác, ngoài cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì cũng ghi nơi trẻ em được sinh ra và địa danh 3 cấp hành chính (Ví dụ: đẻ trên đường đi, tại xã Liên Bảo, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định);

d) Trường hợp trẻ em bị bỏ rơi thì ghi rõ trẻ bị bỏ rơi, nơi nhặt được trẻ với địa danh

3 cấp hành chính (Ví dụ: đẻ bị bỏ rơi tại xã Liên Bảo, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định);

10. Sinh lần thứ mấy: Ghi tất cả các lần sinh kể cả đẻ lần này, đẻ non, đẻ con chết.

11. Số con hiện sống: Ghi số con hiện đang sống, kể cả trẻ sinh ra sống lần này.

12. Số con trong lần đẻ này: Ghi số con đẻ lần này. Trong trường hợp đẻ sinh đôi hoặc sinh nhiều hơn thì ghi cụ thể số con và cấp Giấy chứng sinh riêng cho từng trẻ.

13. Giới tính của con: Ghi cụ thể trẻ em sinh ra sống là nam hay nữ. Trường hợp dị tật, không rõ là nam hay nữ thì ghi là không xác định.

14. Cân nặng: Ghi trọng lượng của trẻ đẻ ra được cân trong giờ đầu sau khi sinh theo đơn vị tính gram. (Ví dụ: trẻ sinh ra là 3500gram). Nếu không được cân thì bỏ trống.

15. Tình trạng của con: Ghi rõ tình trạng của trẻ tại thời điểm làm Giấy chứng sinh: khỏe mạnh, yếu, dị tật hoặc các biểu hiện liên quan đến sức khỏe khác (nếu có). Nếu dị tật, ghi cụ thể loại dị tật, kể cả khuyết tật về hình thái của trẻ nếu phát hiện được.

16. Dự kiến đặt tên con: Ghi tên dự kiến đặt cho trẻ. Tên dự kiến này có thể thay đổi khi đăng ký khai sinh.

17. Ghi chú: Trường hợp sinh con phải phẫu thuật hoặc sinh con dưới 32 tuần tuổi hoặc vừa sinh con dưới 32 tuần tuổi lại vừa phải phẫu thuật thì trong phần ghi chú phải ghi rõ một trong các nội dung sau "sinh con phải phẫu thuật" hoặc "sinh con dưới 32 tuần tuổi" hoặc "phẫu thuật, sinh con dưới 32 tuần tuổi".

18. Người đỡ đẻ: ký tên, ghi rõ chức danh và họ tên (đối với trường hợp đẻ tại cơ sở y tế). Trong trường hợp đẻ tại nhà thì ghi cụ thể tên và chức danh của người đỡ (nếu là nhân viên Y tế). Ví dụ: Cô đỡ thôn bản đỡ thì ghi Cô đỡ và họ tên cô đỡ. Trong trường hợp người đỡ không phải là cán bộ y tế thì chỉ ghi họ tên.

19. Ngày, tháng, năm ghi Giấy chứng sinh: Ghi theo ngày, tháng, năm dương lịch.

20. Người ghi phiếu: Ký tên, ghi rõ chức danh và họ tên.

21. Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người được người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ủy quyền được ký và đóng dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó.

Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ có 01 người có đủ thẩm quyền khám và ký giấy ra viện thì người đó chỉ cần ký và đóng dấu vào phần người thủ trưởng đơn vị.

Trường hợp đẻ tại nhà, trẻ đẻ bị bỏ rơi, đẻ nơi khác không phải cơ sở y tế...mà trạm y tế cấp Giấy chứng sinh thông qua nhân viên y tế thôn/bản thì trưởng trạm y tế ghi và xác nhận, ký tên, đóng dấu, ghi rõ họ tên.

22. Xác nhận của cha, mẹ hoặc người thân thích: ký tên, ghi rõ họ tên, quan hệ với đứa trẻ.

PHỤ LỤC SỐ 3

(Ban hành kèm theo Thông tư số: 17/2012/TT-BYT ngày 24/10/ 2012)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp lại Giấy chứng sinh

Kính gửi:.....

Họ và tên mẹ/người nuôi dưỡng:.....
Số chứng minh nhân dân/Hộchiếu.....
Địachỉ:……
Sinh cháu: ngày:……tháng…….năm: 20……..
Tại:……
Tên dự kiến của cháu:
……
Đã được cơ quan cấp Giấy chứng sinh: tháng……năm……. Đề nghị cơ quan cấp lại Giấy chứng sinh cho cháu vì:
1- Mất/thất lạc/rách nát: ☐
2- Nhầm lẫn trong Giấy chứng sinh lần trước ☐ (Ghi cụ thể sự nhầm lẫn):
……
……
3- Khác ☐ Ghi cụ thể:
……
……
……

……, ngày……tháng……năm 20….

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

QUY TRÌNH 23

Cấp Giấy chứng sinh cho trường hợp trẻ sinh ra do t
hực hiện kỹ thuật mang thai hộ

(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 xác nhận về việc sinh con bằng kỹ thuật mang thai hộ (theo mẫu)	01	Bản chính
02	Bản thỏa thuận về mang thai hộ vì mục đích nhân đạo giữa vợ chồng nhờ mang thai hộ và Bên mang thai hộ	01	Bản sao có chứng thực hoặc bản chụp có kèm bản chính để đối chiếu

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 - Cơ sở y tế	Trước khi trẻ xuất viện	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	Nhân viên (NV) bộ phận Một cửa	Giờ hành chính	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 TTHC**	Cán bộ thụ lý hồ sơ	Giờ hành chính	- Theo mục I - BM 05	- Cán bộ thụ lý hồ sơ tiến hành xem xét, kiểm tra, xác minh (nếu cần thiết) - Tổng hợp, hoàn thiện hồ sơ, dự thảo Giấy

Bước công việc	Nội dung công việc	Trách nhiệm	Thời gian	Hồ sơ/Biểu mẫu	Diễn giải
					chứng sinh trình lãnh đạo cơ sở xem xét
B3	**Xem xét, ký duyệt**	Lãnh đạo cơ sở	Giờ hành chính	Hồ sơ trình	Lãnh đạo cơ sở xem xét hồ sơ, ký duyệt Giấy chứng sinh
B4	**Ban hành văn bản**	Văn thư	Giờ hành chính	Hồ sơ đã được phê duyệt	Văn thư thực hiện cho số, đóng dấu, chuyển kết quả về bộ phận tiếp nhận
B5	**Đóng dấu, trả kết quả, lưu hồ sơ, thống kê và theo dõi**	NV Bộ phận Một cửa	Trước khi trẻ xuất viện	Kết quả	- 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	Bản xác nhận về việc sinh con bằng kỹ thuật mang thai hộ (Phụ lục 05 Thông tư số 34/2015/TT-BYT)
2	BM 02	Giấy chứng sinh (Phụ lục 01 Thông tư số 17/2012/TT-BYT)

V. HỒ SƠ CẦN LƯU

STT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM 01	Bản xác nhận về việc sinh con bằng kỹ thuật mang thai hộ (Phụ lục 05 Thông tư số 34/2015/TT-BYT)
2	BM 02	Giấy chứng sinh (Phụ lục 01 Thông tư số 17/2012/TT-BYT)
3	//	Các thành phần hồ sơ khác (nếu có) theo quy định hiện hành.

VI. CƠ SỞ PHÁP LÝ

- Thông tư số 17/2012/TT-BYT ngày 24 tháng 10 năm 2012 của Bộ Y tế quy định cấp và sử dụng Giấy chứng sinh, có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2013;

- Thông tư số 34/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung Điều 2 Thông tư số 17/2012/TT-BYT ngày 24 tháng 10 năm 2012 của Bộ Y tế quy định cấp và sử dụng Giấy chứng sinh, có hiệu lực từ ngày 14 tháng 12 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 05

(Ban hành kèm theo Thông tư số: 34/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

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

BẢN XÁC NHẬN

Về việc sinh con bằng kỹ thuật mang thai hộ

Kính gửi: ……

1. Thông tin của bên nhờ mang thai hộ:

Họ và tên vợ:…… …… Năm sinh……

Số CMND/Hộ chiếu: ……Dân tộc:…… ……

Nơi đăng ký thường trú: ……

Họ và tên chồng:…… ……Năm sinh……

Số CMND/Hộ chiếu: ……Dân tộc:…… ……

Nơi đăng ký thường trú: ……

Giấy đăng ký kết hôn số (nếu có):…… ……

2. Thông tin của bên mang thai hộ

Họ và tên vợ:…… …… Năm sinh……

Số CMND/Hộ chiếu: ……Dân tộc:…… ……

Nơi đăng ký thường trú: ……

Họ và tên chồng (nếu có):…… ……Năm sinh……

Số CMND/Hộ chiếu: ……Dân tộc:……

Nơi đăng ký thường trú: ……

Giấy đăng ký kết hôn số (nếu có):……

Chúng tôi xác nhận đã thực hiện kỹ thuật mang thai hộ thành công tại Bệnh viện:

……

Vào ngày…… tháng….. năm…….. theo Bản Thỏa thuận mang thai hộ vì mục đích nhân đạo đã được chứng thực (công chứng) tại:……...

……, ngày…….....tháng……..... năm 20…

NGƯỜI VỢ NHỜ MANG THAI HỘ	**NGƯỜI CHỒNG NHỜ MANG THAI HỘ**	**NGƯỜI VỢ MANG THAI HỘ**	**NGƯỜI CHỒNG MANG THAI HỘ**
(Ký, ghi rõ họ tên)	*(Ký, ghi rõ họ tên)*	*(Ký, ghi rõ họ tên)*	*(Ký, ghi rõ họ tên)*

Phụ lục số 01A

Cơ sở Y tế **Mẫu BYT/CS-2015**
Số: .....
Quyển số: .....

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

GIẤY CHỨNG SINH

(Ban hành kèm theo Thông tư số :34/2015/TT-BYT ngày 27 tháng10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Thông tin của bên nhờ mang thai hộ:

Họ và tên vợ: ..... Năm sinh: .....
Số CMND/Hộ chiếu: .....Dân tộc: .....
Nơi đăng ký thường trú: .....
Họ và tên chồng: .....Năm sinh: .....
Số CMND/Hộ chiếu: .....Dân tộc: .....
Nơi đăng ký thường trú: .....

2. Phần thông tin của bên mang thai hộ

Họ và tên vợ: ..... Năm sinh: .....
Số CMND/Hộ chiếu: .....Dân tộc: .....
Nơi đăng ký thường trú: .....
Họ và tên chồng: .....Năm sinh: .....
Số CMND/Hộ chiếu: .....Dân tộc: .....
Nơi đăng ký thường trú: .....
Đã sinh con vào lúc:...giờ....phút....ngày...tháng ...năm ...
Tại: .....
Số lần sinh:.....Số con hiện sống..... .....
Số con trong lần sinh này:.....
Giới tính của con: .....Cân nặng .....
Hiện trạng SK của con: .....
Dự định đặt tên con là: .....
Người đỡ đẻ:.....

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

Cơ sở Y tế **Mẫu BYT/CS-2015**
Số: .....
Quyển số: ...

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

GIẤY CHỨNG SINH

(Ban hành kèm theo Thông tư số:34/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Thông tin của bên nhờ mang thai hộ:

Họ và tên vợ: ..... Năm sinh: .....
Số CMND/Hộ chiếu: .....Dân tộc: .....
Nơi đăng ký thường trú: .....
Họ và tên chồng: .....Năm sinh: .....
Số CMND/Hộ chiếu: .....Dân tộc: .....
Nơi đăng ký thường trú: .....

2. Phần thông tin của bên mang thai hộ

Họ và tên vợ: ..... Năm sinh: .....
Số CMND/Hộ chiếu: .....Dân tộc:
Nơi đăng ký thường trú: .....
Họ và tên chồng: .....Năm sinh: .....
Số CMND/Hộ chiếu: .....Dân tộc: .....
Nơi đăng ký thường trú: .....
Đã sinh con vào lúc:.giờ.....phút....ngày.....tháng ...năm .....
Tại: .....
Số lần sinh:.....Số con hiện sống.....
Số con trong lần sinh này:.....
Giới tính của con: .....Cân nặng .....
Hiện trạng SK của con: .....
Dự định đặt tên con là: .....
Người đỡ đẻ:.....

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

Người MTH/Người nhờ MTH Người đỡ đẻ Người ghi phiếu Thủ trưởng CSYT
(ký, ghi rõ họ tên) (ký, ghi rõ họ tên) (Ký,ghi rõ họ tên) (Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên).

Lưu ý Giấy chứng sinh cấp lần đầu: Số: Quyển số: (nếu cấp lại)

Người MTH/Người nhờ MTH Người đỡ đẻ Người ghi phiếu Thủ trưởng CSYT
(ký, ghi rõ họ tên) (ký, ghi rõ họ tên) (Ký,ghi rõ họ tên) (Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)

Chú thích
Con sinh ra là con của Bên (vợ chồng) nhờ mang thai hộ
Tên con dự định đặt (do bên nhờ mang thai hộ dự định đặt) có thể được thay đổi khi đăng ký khai sinh,
Trong thời hạn 60 ngày, kể từ ngày sinh con, cha/mẹ phải đi

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: ttcb.ubnd@tphcm.gov.vn
Website: www.congbao.hochiminhcity.gov.vn
In tại Xí nghiệp Bản đồ Đà Lạt - Bộ Quốc phòng