|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Cho phép áp dụng chính thức kỹ thuật mới, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh thuộc thẩm quyền quản lý của Sở Y tế** | | |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | 1. Đơn đề nghị áp dụng chính thức kỹ thuật mới, phương pháp mới theo mẫu quy định tại Phụ lục số 3 ban hành kèm theo Thông tư số 07/2015/TT-BYT; | x |  |
| 2. Báo cáo kết quả áp dụng thí điểm kỹ thuật mới, phương pháp mới của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo mẫu quy định tại Phụ lục số 4 ban hành kèm theo Thông tư số 07/2015/TT-BYT; | x |  |
| 3. Quy trình kỹ thuật do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề xuất và được phê duyệt theo quy định tại Điều 7 Thông tư số 07/2015/TT-BYT. | x |  |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** | | |
|  | 01 bộ | | |
| **3** | **Thời gian xử lý** | | |
|  | 20 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ. | | |
| **4** | **Nơi tiếp nhận và trả kết quả** | | |
|  | - Cách 1: Nộp hồ sơ trực tiếp tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả - Sở Y tế Hà Nội; địa chỉ: Số 4 Sơn Tây - Ba Đình - Hà Nội;  - Cách 2: Địa chỉ tiếp nhận đối với các hồ sơ gửi qua bưu chính: Sở Y tế Hà Nội; địa chỉ: Số 4 Sơn Tây - Ba Đình - Hà Nội . Điện thoại: 0243.7343622;  - Cách 3: Nộp hồ sơ trực tuyến tại Cổng dịch vụ công trực tuyến thành phố Hà Nội (dichvucong.hanoi.gov.vn);  Trả kết quả tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả của Sở Y tế Hà Nội hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích. | | |
| **5** | **Lệ phí** | | |
|  | Không | | |

**Phụ lục số 3**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số /TT-BYT ngày tháng năm*

*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN  **TÊN CƠ SỞ**  **KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập- Tự do- Hạnh phúc**  *Tỉnh (thành phố), ngày ....... tháng....... năm .......* |

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Áp dụng chính thức kỹ thuật mới, phương pháp mới trong khám bệnh chữa bệnh**

Kính gửi: Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế

hoặc Sở Y tế tỉnh, thành phố ...

**I. Phần thông tin về cơ sở triển khai kỹ thuật mới, phương pháp mới**

1. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

2. Địa chỉ:

3. Số điện thoại: Số Fax:

4. Họ và tên cá nhân đầu mối liên lạc:

Số điện thoại di động:

Email:

**II. Phần thông tin về kỹ thuật mới, phương pháp mới**

1. Tên kỹ thuật mới/phương pháp mới:

2. Chuyên khoa:

Đã triển khai áp dụng thí điểm kỹ thuật/phương pháp mới trong thời gian từ ngày......tháng.....năm........đến ngày......tháng.....năm........

Sau khi hoàn thành việc triển khai thí điểm, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của chúng tôi đề nghị Bộ Y tế/Sở Y tế cho phép triển khai áp dụng chính thức kỹ thuật/phương pháp này và cam đoan những thông tin trên đây là đúng sự thật, nếu sai cơ sở xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

*Hồ sơ gửi kèm (theo quy định tại Điều 11 của Thông tư số ...../TT-BYT) gồm có: ...........................................................................................................*

Trân trọng cảm ơn./.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Người đứng đầu**  **cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**  *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

**Phụ lục 4**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số /TT-BYT ngày tháng năm*

*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN  **TÊN CƠ SỞ**  **KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập- Tự do- Hạnh phúc**  *Tỉnh (thành phố), ngày ....... tháng....... năm .......* |

**BÁO CÁO**

**Kết quả áp dụng thí điểm kỹ thuật mới, phương pháp mới**

**trong khám bệnh chữa bệnh**

Kính gửi: Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế

hoặc Sở Y tế tỉnh, thành phố ...

**I. Thông tin về kỹ thuật mới, phương pháp mới**

1. Tên kỹ thuật mới, phương pháp mới:

2. Chuyên khoa

**II. Kết quả thực hiện**

1. Thời gian thực hiện thí điểm: từ ngày tháng năm đến ngày tháng năm

2. Tổng số ca bệnh thực hiện: ca bệnh. Trong đó

- Khỏi: ca bệnh

- Đỡ: ca bệnh

- Thuyên giảm: ca bệnh

- Không thay đổi: ca bệnh

- Nặng hơn: ca bệnh

- Tử vong: ca bệnh

3. Tóm tắt các ca bệnh đã thực hiện:

**III. Khó khăn và thuận lợi**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Người đứng đầu**  **cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**  *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |