|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Khám sức khỏe định kỳ của người lái xe ô tô** | | |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | 1. Sổ khám sức khỏe định kỳ theo mẫu quy định tại Phụ lục 03 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT ngày 21/8/2015 của Bộ Y tế - Bộ Giao thông vận tải, có dán ảnh chân dung cỡ 4 x 6cm, chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 6 tháng; | x |  |
|  | 2. Giấy giới thiệu của cơ quan, tổ chức đề nghị khám sức khỏe định kỳ (Đối với trường hợp khám sức khỏe đơn lẻ) | x |  |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** | | |
|  | 01 bộ | | |
| **3** | **Thời gian xử lý** | | |
|  | 20 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ hợp lệ | | |
| **4** | **Nơi tiếp nhận và trả kết quả** | | |
|  | Nộp hồ sơ trực tiếp tại Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện khám sức khỏe | | |
| **5** | **Lệ phí** | | |
|  | Nộp phí theo mức phí thu viện phí hiện hành | | |

**PHỤ LỤC SỐ 03**

MẪU SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ  
(*Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số ........./2015/TTLT-BYT-BGTVT ngày ...... tháng 8 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giao thông vận tải)*

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ảnh  (4x6cm) | 1. Họ và tên *(chữ in hoa):*……………………………………………………….  2. Giới:           Nam □            Nữ □              Tuổi...........................................  Số CMND hoặc Hộ chiếu:……………… cấp ngày………/.............../……….  tại……………………………………………………………………………………  4. Hộ khẩu thường trú:……………………………………………………………  5. Chỗ ở hiện tại:…………………………………………………………………..  …………………………………………..………………………………………… |

6. Nghề nghiệp:…………………………………………[18](#_ftn11)…………………………………….

7. Nơi công tác::…………………………………………[19](#_ftn12)……………………………………

8. Hạng xe được phép lái::…………………………………………………………………….

9. Tiền sử bệnh tật bản thân:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tên bệnh** | | **Phát hiện năm** | |  |
| 1. | |  | |  |
| 2. | |  | |  |
| 3. | |  | |  |
| 4. | |  | |  |
| 5. | |  | | |
| 6. | |  | | |
|  | | **………..***ngày………tháng…….năm……….* **Người đề nghị khám sức khỏe** *(Ký và ghi rõ họ, tên)* | |

**I. KHÁM LÂM SÀNG**

|  |  |
| --- | --- |
| Nội dung khám | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ** |
| 1. Tâm thần:…………………………………………………………….  …………………………………………………………………  Kết luận:………………………………………………………………  2. Thần kinh:…………………………………………………………….  …………………………………………………………………  Kết luận:……………………………………………………………  3. Mắt:  - Thị lực nhìn xa từng mắt:  + Không kính:         Mắt phải:…………..Mắt trái:……….  + Có kính:               Mắt phải:…………..Mắt trái:……….  - Thị lực nhìn xa hai mắt: Không kính………Có kính…………..  Thị trường:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương) | | Thị trường đứng (chiều trên-dưới) | | | Bình thường | Hạn chế | Bình thường | Hạn chế | |  |  |  |  |   - Sắc giác  + Bình thường □  + Mù màu toàn bộ   □ Mù màu: - Đỏ □   - Xanh lá cây   □   - vàng   □  Các bệnh về mắt (nếu có):  …………………………………………………………………  Kết luận………………………………………………………………  4. Tai-Mũi-Họng  - Kết quả khám thính lực (có thể sử dụng máy trợ thính)           + Tai trái:      Nói thường:……..m;            Nói thầm:………..m           + Tai phải:    Nói thường:……..m;            Nói thầm:………..m  - Các bệnh về Tai - Mũi - Họng (nếu có):  ……………………………………………………………………  Kết luận………………………………………………………………  5. Tim mạch:  + Mạch:            ……………………lần/phút;  + Huyết áp:…………../………………….mmHg  ………………………………………………………………………  Kết luận………………………………………………………………  6. Hô hấp:……………………………………………………………  Kết luận………………………………………………………………  7. Cơ Xương Khớp: ………………………………………………  Kết luận………………………………………………………………  8. Nội tiết: ………………………………………………………….  Kết luận………………………………………………………………  9. Thai sản:………………………………………………………….  Kết luận……………………………………………………………… | …………………..……      …………………..……                      .....................................                            .....................................            ......................................    ......................................    ......................................    ......................................    ...................................... |

**III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG**

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

**III. KẾT LUẬN**

...........................................................................[20](#_ftn13)..........................................................

Các bệnh, tật đang mắc:………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***………..****ngày………tháng…….năm……….* **NGƯỜI KẾT LUẬN** *(Ký và ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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