|  |  |
| --- | --- |
| **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..................