|  |  |
| --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Cấp giấy khám sức khỏe cho người người mất năng lực hành vi dân sự hoặc không có năng lực hành vi dân sự hoặc hạn chế năng lực hành vi dân sự**  |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | 1. Giấy Khám sức khỏe theo mẫu quy định tại Phụ lục 1 hoặc Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế, có dán ảnh chân dung cỡ 4 x 6cm, chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 6 tháng; | x |  |
|  | 2. Văn bản đồng ý của cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của người KSK. | x |  |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** |
|  | 01 bộ |
| **3** | **Thời gian xử lý** |
|  | 1. Đối với trường hợp KSK đơn lẻ: Cơ sở KSK trả Giấy KSK, Sổ KSK định kỳ cho người được KSK trong vòng 24 (hai mươi tư) giờ kể từ khi kết thúc việc KSK, trừ những trường hợp phải khám hoặc xét nghiệm bổ sung theo yêu cầu của người thực hiện KSK;2. Đối với trường hợp KSK tập thể theo hợp đồng: Cơ sở KSK trả Giấy KSK, Sổ KSK định kỳ cho người được KSK theo thỏa thuận đã ghi trong hợp đồng. |
| **4** | **Nơi tiếp nhận và trả kết quả** |
|  | Trực tiếp tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh Trung ương và địa phương đủ điều kiện khám sức khỏe |
| **5** | **Lệ phí** |
|  | Nộp phí theo mức phí thu viện phí hiện hành |

**Phụ lục 2**

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

*(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013*

*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| ...........[[1]](#footnote-1).....................[[2]](#footnote-2)..........Số: /GKSK-....[[3]](#footnote-3)..... | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**

Họ và tên *(chữ in hoa):* ………………………...…………...…….

Ảnh

(4 x 6cm)

Giới:          Nam □      Nữ □      Tuổi:...............................................

Số CMND hoặc Hộ chiếu (nếu có): ................................................

cấp ngày......../....../............tại...........................................................

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

……………………...….................………………………………..

Chỗ ở hiện tại:………………………….............………………….

……………………...…….................……………………………..

Lý do khám sức khỏe:......................................................................

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

**TIỀN SỬ BỆNH TẬT**

**1. Tiền sử gia đình:**

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

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

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

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

**2. Tiền sử bản thân:**

a) Sản khoa:

- Bình thường.

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

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

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

- Không □

- Có □

Nếu “có”, ghi cụ thể tên bệnh………………..……………………………….......

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

…………………………………………………………………………………………...

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | *................. ngày .......... tháng.........năm............***Người đề nghị khám sức khỏe**(hoặc Cha/mẹ hoặc người giám hộ)*(Ký và ghi rõ họ, tên)* |

**I. KHÁM THỂ LỰC**

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

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

Phân loại thể lực:...............................................................................................................

**II. KHÁM LÂM SÀNG**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nhi khoa**a) Tuần hoàn: ...................................................................................................................................................................................................................................b) Hô hấp: ........................................................................................................................................................................................................................................c) Tiêu hóa: ......................................................................................................... | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ**........................................................................ |
| **Nhi khoa** |  |
| d) Thận-Tiết niệu:..........................................................................................................................................................................................................................đ) Thần kinh-Tâm thần: ................................................................................................................................................................................................................e) Khám lâm sàng khác:................................................................................................................................................................................................................**2. Mắt:** a) Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:............. Mắt trái: ................ Có kính:        Mắt phải: ............. Mắt trái ................b) Các bệnh về mắt (nếu có):............................................................................. ...........................................................................................................................**3. Tai-Mũi-Họng**a) Kết quả khám thính lực: Tai trái:  Nói thường:....................m;    Nói thầm:........................mTai phải: Nói thường:....................m;     Nói thầm:.......................mb) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có):……....................................………................................................................................................................................**4. Răng-Hàm-Mặt**a) Kết quả khám: + Hàm trên:............................................................................ + Hàm dưới: .........................................................................b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)....................................................................................................................................................................................... | ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

**III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG**

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

**IV. KẾT LUẬN CHUNG**

Sức khỏe bình thường............................................[[4]](#footnote-4).............................................

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý:...................................[[5]](#footnote-5)................................

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

1. Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-1)
2. Tên của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-2)
3. Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-3)
4. Nếu không có vấn đề gì về sức khỏe: Ghi Bình thường. [↑](#footnote-ref-4)
5. Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh [↑](#footnote-ref-5)