|  |  |
| --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Khám Giám định Y khoa lần đầu đối với người hoạt động kháng chiến bị phơi nhiễm với chất độc hóa học quy định tại Điều 38 Nghị định số 31/2013/NĐ-CP ngày 09 tháng 4 năm 2013 của Chính phủ quy định chi tiết, hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng** |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | 1. Giấy giới thiệu của Sở Lao động - Thương binh và Xã hội theo mẫu quy định tại Phụ lục 3 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/6/2016 của Bộ Y tế - Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, do Giám đốc hoặc Phó Giám đốc Sở Lao động - Thương binh và Xã hội ký tên và đóng dấu; | x |  |
| 2. Có một trong các giấy tờ sau:- Bản tóm tắt bệnh án điều trị nội trú của bệnh viện công lập từ tuyến huyện trở lên theo mẫu quy định tại Phụ lục 4 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/6/2016 của Bộ Y tế - Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội;- Bản tóm tắt quá trình điều trị ngoại trú của bệnh viện công lập từ tuyến huyện trở lên hoặc Bản tóm tắt quá trình điều trị ngoại trú của Phòng khám Ban Bảo vệ sức khỏe cán bộ tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương theo mẫu quy định tại Phụ lục 5 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/6/2016 của Bộ Y tế - Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội;Các giấy tờ trên do Thủ trưởng đơn vị hoặc người được ủy quyền ký tên, đóng dấu của đơn vị và được Sở Lao động - Thương binh và Xã hội sao và xác nhận. | x |  |
| 3. Riêng đối với đối tượng mắc bệnh quy định tại Khoản 10 Điều 7 Thông tư liên tịch số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/6/2016 của Bộ Y tế - Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội chỉ cần có giấy tờ có giá trị pháp lý được xác lập trước ngày 30/4/1975 ghi nhận mắc bệnh thuộc nhóm bệnh thần kinh ngoại biên, được Sở LĐTBXH sao và xác nhận, không cần giấy tờ quy định tại điểm b Khoản 1 Điều 10. |  | x |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** |
|  | 01 bộ |
| **3** | **Thời gian xử lý** |
|  | 40 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 - Trung tâm Giám định Y khoa Hà Nội; địa chỉ: Số 86 - Thợ Nhuộm, quận Hoàn Kiếm, Hà Nội hoặc số 2 - Bế Văn Đàn, quận Hà Đông, Hà Nội;- Cách 2: Địa chỉ tiếp nhận đối với các hồ sơ gửi qua bưu chính: Trung tâm Giám định Y khoa Hà Nội; địa chỉ: Số 86 - Thợ Nhuộm, quận Hoàn Kiếm, Hà Nội hoặc số 2 - Bế Văn Đàn, quận Hà Đông, Hà Nội. Điện thoại: 0243.9424082;Trả kết quả tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả của Trung tâm Giám định Y khoa Hà Nội hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích. |
| **5** | **Lệ phí** |
|  | 1.150.000 đồng |

**Phụ lục 3**

**GIẤY GIỚI THIỆU KHÁM GIÁM ĐỊNH BỆNH, TẬT, DỊ DẠNG, DỊ TẬT CÓ LIÊN QUAN ĐẾN PHƠI NHIỄM VỚI CHẤT ĐỘC HÓA HỌC***(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH*

*ngày 30/6/2016 của Bộ Y tế và Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội)*

|  |  |
| --- | --- |
| UBND TỈNH/THÀNH PHỐ...**SỞ LAO ĐỘNG - THƯƠNG BINH VÀ XÃ HỘI-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** |
| Số: ………./GGT-SLĐTBXH | *…….., ngày... tháng... năm....* |

**GIẤY GIỚI THIỆU**

Kính gửi: Hội đồng Giám định Y khoa ……………………

**SỞ LAO ĐỘNG - THƯƠNG BINH VÀ XÃ HỘI**

**TỈNH/THÀNH PHỐ** ...…………

Trân trọng giới thiệu: Ông (Bà) …………………………. Giới tính: Nam □ Nữ □

Sinh ngày …….. tháng …… năm ………..; Điện thoại liên lạc: ..............................

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

Giấy CMND/ Hộ chiếu/Giấy khai sinh số (1): ………… Ngày..../ ..../ Nơi cấp:.......

Ông (Bà) ……. hiện đang hưởng chế độ Thương binh/Người hưởng chính sách như

Thương binh/Bệnh Binh/Người khuyết tật……..(2)……………………………..

Tỷ lệ thương tật/bệnh tật: ……………%...................................

Được giới thiệu đến Hội đồng Giám định Y khoa ......................................................

để khám giám định bệnh, tật, dị dạng, dị tật (3) ..........................................................

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

có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học.

|  |  |
| --- | --- |
| Các giấy tờ kèm theo, gồm có1.……………………………………2.……………………………………3.……………………………………4.……………………………………5..……………………………………6…………………………………… | **GIÁM ĐỐC***(Ký, ghi rõ họ và tên và đóng dấu)* |

***Ghi chú:****Giấy giới thiệu có giá trị trong vòng ba tháng kể từ ngày ký Giấy giới thiệu.*

*(1) Giấy Khai sinh chỉ dùng cho đối tượng dưới 14 tuổi.*

*(2) Ghi rõ chế độ chính sách đối tượng đang hưởng (nếu có). Nếu không đang hưởng chế độ thì ghi “Không”*

*(3) Ghi rõ tên bệnh, tật, dị dạng, dị tật quy định tại Điều 2 và Phụ lục số 2 kèm theo Thông tư này tùy theo đối tượng khám giám định và ghi rõ tổng hợp tỷ lệ % TTCT (nếu có)*

**Phụ lục 4**

**BẢN TÓM TẮT BỆNH ÁN ĐIỀU TRỊ BỆNH, TẬT, DỊ DẠNG, DỊ TẬT CÓ LIÊN QUAN ĐẾN PHƠI NHIỄM VỚI CHẤT ĐỘC HÓA HỌC***(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH*

*ngày 30/6/2016 của Bộ Y tế và Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội)*

|  |  |
| --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN**TÊN ĐƠN VỊ-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** |

**BẢN TÓM TẮT BỆNH ÁN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ**

**I. HÀNH CHÍNH:**

Ông (Bà) ……………………………………………. Giới tính: Nam □ Nữ □

Sinh ngày ……… tháng …… năm ……………….

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

Giấy CMND/ Hộ chiếu/Giấy khai sinh số (1): ……… Ngày..../ ..../ …. Nơi cấp:.....

**II. TÓM TẮT BỆNH ÁN ĐIỀU TRỊ:**

**1. Lý do vào viện:**……………………………………………………………………

**2. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:** ……………………………………

**3. Tóm tắt khám lâm sàng và kết quả cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:** …….

**4. Chẩn đoán khi ra viện:**

- Bệnh chính: ..............................................................................................................

- Bệnh kèm theo *(nếu có)*: ...........................................................................................

**5. Phương pháp điều trị:**............................................................................................

**6. Hướng điều trị tiếp theo:**.......................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|   | *.... ngày... tháng... năm...***Thủ trưởng đơn vị***(Ký, ghi rõ họ và tên và đóng dấu)* |

*(1) Giấy Khai sinh chỉ dùng cho đối tượng dưới 14 tuổi.*

**Phụ lục 5**

**BẢN TÓM TẮT QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH, TẬT, DỊ DẠNG, DỊ TẬT CÓ LIÊN QUAN ĐẾN PHƠI NHIỄM VỚI CHẤT ĐỘC HÓA HỌC***(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH*

*ngày 30/6/2016 của Bộ Y tế và Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội)*

|  |  |
| --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN**TÊN ĐƠN VỊ-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** |

**BẢN TÓM TẮT QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ**

**I. HÀNH CHÍNH:**

Ông (Bà) ……………………………………………. Giới tính: Nam □ Nữ □

Sinh ngày …………. tháng …….. năm ………………

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

Giấy CMND/ Hộ chiếu/Giấy khai sinh số (1) ………. Ngày..../ ..../ …. Nơi cấp:.....

**II. TÓM TẮT QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ:**

**1. Quá trình và diễn biến của bệnh/tật/dị dạng/dị tật:** …………………………

**2. Tóm tắt kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:**

**3. Chẩn đoán:**

- Bệnh/tật/dị dạng/dị tật:...............................................................................................

- Bệnh kèm theo *(nếu có)*:............................................................................................

**4. Phương pháp điều trị:**............................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|   | *.... ngày... tháng... năm...***Thủ trưởng đơn vị***(Ký, ghi rõ họ và tên và đóng dấu)* |

*(1) Giấy Khai sinh chỉ dùng cho đối tượng dưới 14 tuổi.*