|  |  |
| --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Khám Giám định Y khoa lần đầu đối với con đẻ của 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 Bộ 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 đối với đối tượng đã được khám bệnh, chữa bệnh về các dị dạng, dị tật có trong Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH;- Bản tóm tắt quá trình điều trị ngoại trú của bệnh viện công lập từ tuyến huyện trở lên 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 đối với đối tượng đã khám bệnh, chữa bệnh về các dị dạng, dị tật có trong Phụ lục 2 ban hành theo Thông tư liên tịch số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH;- Giấy xác nhận dị dạng, dị tật bẩm sinh của các cơ sở y tế công lập từ tuyến xã, phường, thị trấn trở lên theo mẫu quy định tại Phụ lục 6 ban hành 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 đối với đối tượng chưa khám bệnh, chữa bệnh về các dị dạng, dị tật có trong Phụ lục 2 hành kèm theo Thông tư liên tịch số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH.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 |  |
| **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.*