|  |  |
| --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện giữa các cơ sở quản lý**  |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | Bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo Mẫu số 04 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số [90/2016/NĐ-CP](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/the-thao-y-te/nghi-dinh-90-2016-n%C3%B0-cp-dieu-tri-nghien-cac-chat-dang-thuoc-phien-bang-thuoc-thay-the-315448.aspx) ngày 01/7/2016 của Chính phủ. | x |  |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** |
|  | 01 bộ |
| **3** | **Thời gian xử lý** |
|  | Ngay sau khi nhận được hồ sơ |
| **4** | **Nơi tiếp nhận và trả kết quả** |
|  | Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả tại các cơ sở quản lý thực hiện việc điều trị nghiện dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế |
| **5** | **Lệ phí** |
|  | Không  |

**Mẫu số 04**

*(Kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ)*

|  |  |
| --- | --- |
| ………1………**-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| Số:       /PC | *……2……, ngày … tháng … năm 20...…* |

**BẢN TÓM TẮT BỆNH ÁN**

**Điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế
---------------**

Kính gửi: ………………………3………………………

Tên cơ sở giới thiệu:…………….…………1..............................................................

Địa chỉ:……………………….……………4...............................................................

Điện thoại:………………………… Email (nếu có):..................................................

Giới thiệu cho:

1. Họ và tên:………………………………..5..............................................................

2. Ngày sinh:……………………………6...................................................................

3. Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe..................... , cấp ngày: …/…/…

tại:.................................................................................................................................

4. Địa chỉ:……………………………..7......................................................................

5. Thông tin về tình hình điều trị của người bệnh:

- Ngày bắt đầu điều trị: ……/……/………. Ngày kết thúc:……/……/.....................

- Liều điều trị hiện tại: …………mg/ngày.

6. ………………………………………………8.........................................................

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|   | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ***(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |

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

1 Tên cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý giới thiệu người bệnh chuyển tiếp điều trị

2 Địa danh

3 Tên cơ sở điều trị, cơ sở quản lý nơi người bệnh chuyển đến

4 Ghi rõ địa chỉ của cơ sở điều trị, cơ sở quản lý giới thiệu người bệnh chuyển tiếp điều trị

5 Ghi rõ họ và tên của người bệnh được chuyển tiếp điều trị

6 Ghi rõ ngày tháng năm sinh của người bệnh được chuyển tiếp điều trị

7 Ghi rõ địa chỉ nơi ở thường trú/nơi ở hiện tại của của người bệnh trong hồ sơ đăng ký điều trị, trong hồ sơ quản lý

8 Tóm tắt về quá trình điều trị của người bệnh và những thông tin cần thiết để cơ sở điều trị, cơ sở quản lý nơi người bệnh chuyển đến có thể sử dụng để tiếp tục điều trị cho người bệnh (nếu có)