|  |  |
| --- | --- |
| **33-Thủ tục** | **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**  |
|  **Trình tự thực hiện** |
|  | **Bước 1**. Đối tượng khám sức khỏe đến cơ sở Khám chữa bệnh đủ điều kiện khám sức khoẻ theo qui định, nộp Giấy KSK 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 Y tế; Cung cấp đầy đủ, chính xác, trung thực các thông tin cá nhân, tình trạng sức khỏe hiện tại, tiền sử bệnh tật của bản thân và gia đình trong phần tiền sử của đối tượng khám sức khỏe (theo mẫu giấy chứng nhận sức khỏe).**Bước 2**. Cơ sở KBCB đối chiếu ảnh trong giấy KSK với người đến KSK; Đóng dấu giáp lai vào ảnh sau khi đã thực hiện việc đối chiếu ảnh và hướng dẫn quy trình KSK cho đối tượng KSK theo các nội dung ghi trong Phụ lục 1 hoặc Phụ lục 2.**Bước 3*.*** Kết luận và trả giấy khám sức khoẻ. |
|  **Cách thức thực hiện** |
|  | Đến trực tiếp tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. |
|  **Thành phần, số lượng hồ sơ** |
|  | ***I. Thành phần hồ sơ bao gồm:***- Giấy KSK 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 Y tế, có dán ảnh chân dung cỡ 4 x 6cm, chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 6 tháng.- Văn bản đồng ý của cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của người KSK.***II. Số lượng hồ sơ:*** 01bộ |
|  **Thời hạn giải quyết** |
|  | 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. |
|  **Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính** |
|  | Cá nhân |
|  **Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính**  |
|  | Các cơ sở khám chữa bệnh Trung ương và địa phương |
|  **Kết quả thực hiện thủ tục hành chính** |
|  | Giấy khám sức khoẻ |
|  **Lệ phí** |
|  | Nộp phí theo mức phí thu viện phí hiện hành |
|  **Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này)** |
|  | Không |
|  **Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính** |
|  | Không có |
|  **Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính** |
|  | 1. Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;2. Bộ luật lao động ngày 18 tháng 6 năm 2012;3. Luật người lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng ngày 29 tháng 11 năm 2006 ;4. Nghị định số 06/CP ngày 20 tháng 01 năm 1995 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Bộ luật lao động về an toàn lao động, vệ sinh lao động và Nghị định số 110/2002/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2002 của Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 06/CP ngày 20 tháng 01 năm 1995 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Bộ luật lao động về an toàn lao động, vệ sinh lao động;5. Nghị định số 126/2007/NĐ-CP ngày 01 tháng 08 năm 2007 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật người lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng;6. Nghị định số 34/2008/NĐ-CP ngày 25 tháng 3 năm 2008 của Chính phủ quy định về tuyển dụng và quản lý người nước ngoài làm việc tại Việt Nam và Nghị định số 46/2011/NĐ-CP ngày 17 tháng 6 năm 2011 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 34/2008/NĐ-CP ngày 25 tháng 3 năm 2008 của Chính phủ quy định về tuyển dụng và quản lý người nước ngoài làm việc tại Việt Nam;7. Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 về việc hướng dẫn khám sức khỏe. |

**Phụ lục 1**

**MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN**

*(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: .......................... cấp ngày....../..../..............

tại……………………………….

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

…………………………………………………………………….......

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

**TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE**

**1. Tiền sử gia đình:**

 Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

 a) Không □; b) Có □; Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:..................................................................................................................................

**2. Tiền sử bản thân:** Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh truyền nhiễm, bệnh tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không □; b) Có □

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

**3. Câu hỏi khác (nếu có):**

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

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

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ): ……………………………………………….......

………………………………………………………………………………….………

|  |  |
| --- | --- |
|  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***(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**

| **Nội dung khám** | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ** |
| --- | --- |
| **1. Nội khoa**a) Tuần hoàn: ....................................................................................... Phân loại ............................................................................................b) Hô hấp: ............................................................................................ Phân loại ............................................................................................c) Tiêu hóa: .........................................................................................Phân loại...............................................................................................d) Thận-Tiết niệu: ...............................................................................Phân loại ..............................................................................................đ) Cơ-xương-khớp: ............................................................................. Phân loại ............................................................................................e) Thần kinh: ....................................................................................... Phân loại ............................................................................................g) Tâm thần: ........................................................................................ Phân loại ............................................................................................**2. Ngoại khoa:** .................................................................................... Phân loại ............................................................................................**3. Sản phụ khoa:**  ............................................................................... Phân loại ............................................................................................**4. Mắt:** - Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:............. Mắt trái: .... Có kính:        Mắt phải: ............. Mắt trái: ...- Các bệnh về mắt (nếu có): ................................................................- Phân loại: ..........................................................................................**5. Tai-Mũi-Họng**- Kết quả khám thính lực: Tai trái:  Nói thường:..................m;   Nói thầm:..................mTai phải: Nói thường:..................m;     Nói thầm:................m- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):……....................................…...- Phân loại: ..........................................................................................**6. Răng-Hàm-Mặt**- Kết quả khám: + Hàm trên:............................................................... + Hàm dưới: .............................................................- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)...............................................- Phân loại:...........................................................................................**7. Da liễu:** ........................................................................................... Phân loại:............................................................................................ | ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

**III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG**

| **Nội dung khám** | **Họ tên, chữ ký****của Bác sỹ** |
| --- | --- |
| **1. Xét nghiệm máu:**a) Công thức máu: Số lượng HC: .....................................................  Số lượng Bạch cầu: ............................................ Số lượng Tiểu cầu:..............................................b) Sinh hóa máu: Đường máu: ..........................................................Urê:..........................................Creatinin:............................................ASAT (GOT):.........................ALAT (GPT): .....................................c) Khác (nếu có):................................................................................ | ....................................................................................................................................................................................................................................... |
| **2. Xét nghiệm nước tiểu:**a) Đường: ..........................................................................................b) Prôtêin: .........................................................................................c) Khác (nếu có): ............................................................................... | ................................................................................................... |
| **3. Chẩn đoán hình ảnh:** ...................................................................................................................................................................................................................... | ................................................................................................... |

**IV. KẾT LUẬN**

**1. Phân loại sức khỏe:**.....................................................[[4]](#footnote-4)..............................................

**2. Các bệnh, tật (nếu có):** ............................................[[5]](#footnote-5)................................................

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

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

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

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

**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)*

|  |  |
| --- | --- |
| ...........[[6]](#footnote-6).....................[[7]](#footnote-7)..........Số: /GKSK-....[[8]](#footnote-8)..... | **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............................................[[9]](#footnote-9).............................................

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý:...................................[[10]](#footnote-10)................................

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | *…………………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. Phân loại sức khỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT - QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành [↑](#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)
6. Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-6)
7. Tên của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-7)
8. Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-8)
9. Nếu không có vấn đề gì về sức khỏe: Ghi Bình thường. [↑](#footnote-ref-9)
10. 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-10)