**MẪU 1**

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 41/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 18 tháng 11 năm 2013 của Bộ Y tế, 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 NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số: ……./SLĐTBXH-GGT | *…….., 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……….

Giấy CMND/Giấy khai sinh số:… … ……. Ngày…./ …./ ….. Nơi cấp: ……

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

Là Người hoạt động kháng chiến/Con đẻ Người hoạt động kháng chiến bị phơi nhiễm với chất độc hóa học

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

để khám giám định\*..................................................................................

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Các giấy tờ kèm theo, gồm có:  1............................................................  2............................................................  3............................................................ | **GIÁM ĐỐC** *(Ký tên, đóng dấu)* |

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

*\* Ghi rõ yêu cầu giám định bệnh, tật, dị dạng, dị tật tùy theo đối tượng khám giám định.*

**MẪU 2**

|  |  |
| --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN………….. **HỘI ĐỒNG GIÁM ĐỊNH Y KHOA -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số: ………/GĐYK-CĐHH | *…….., ngày… tháng… năm….* |

**BIÊN BẢN KHÁM GIÁM ĐỊNH**

**Bệnh, tật, dị dạng, dị tật có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học**

***Hội đồng Giám định y khoa***………………………………………………..

Đã họp ngày……. tháng…….  năm……. để khám giám định, xác định bệnh, tật, dị dạng, dị tật

đối với Ông/Bà:………… ……… Ngày, tháng, năm sinh:……/ ……../ ……...

Giấy CMND/Giấy khai sinh số:… …...Ngày……/ ……../ …….. Nơi cấp:……

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

Theo Giấy giới thiệu số:…., ngày…. tháng……. năm……. của1....................

Khám giám định2:...........................................................................

**KẾT QUẢ KHÁM HIỆN TẠI**

**KẾT LUẬN**

Căn cứ Danh mục 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 41/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 18/11/2013 của Bộ Y tế, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội và Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do thương tích, bệnh, tật, bệnh nghề nghiệp ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 27/9/2013 của Bộ Y tế, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Hội đồng Giám định y khoa quyết định:

Ông (bà):...........................................................................

Được xác định tỷ lệ tổn thương cơ thể do:3...............là:………..% phần trăm).

Đề nghị:....................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PCT/ỦY VIÊN CHÍNH SÁCH** | **P. CHỦ TỊCH T.T/UVTT** | **CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG** |

***Ghi chú:***

*1. Ghi tên đơn vị giới thiệu theo quy định tại Thông tư này*

*2. Ghi theo bệnh, tật, dị dạng, dị tật được phép khám theo quy định tại Thông tư này*

*3. Ghi rõ tên bệnh, tật, dị dạng, dị tật*

**MẪU 3**

GIẤY CHỨNG NHẬN MẮC 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 41/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 18 tháng 11 năm 2013 của Bộ Y tế, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội)*

|  |  |
| --- | --- |
| UBND TỈNH/THÀNH PHỐ… **SỞ Y TẾ -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số: …../SYT-GCN | *…….., ngày… tháng… năm….* |

**GIẤY CHỨNG NHẬN**

**MẮC BỆNH, TẬT, DỊ DẠNG, DỊ TẬT CÓ LIÊN QUAN ĐẾN   
PHƠI NHIỄM VỚI CHẤT ĐỘC HÓA HỌC**

**Giám đốc Sở Y tế tỉnh/thành phố**……………………………………………..

Căn cứ1………ngày……./ ……./ ……. của1…………………………………..

**CHỨNG NHẬN**

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

Sinh ngày…….. tháng…….. năm……..

Giấy CMND/Giấy khai sinh số:…… Ngày……./ ……./ ……. Nơi cấp:………

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

Bị mắc2.............................................................................................

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GIÁM ĐỐC** *(Ký, ghi rõ họ và tên và đóng dấu)* |

*1 Ghi rõ một trong hai giấy tờ quy định tại Khoản 1 Điều 9 Thông tư này.*

*2 Ghi rõ bệnh, tật, dị dạng, dị tật theo đúng quy định tại giấy tờ làm căn cứ cấp.*