

Số: 16/TB-PKĐK

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 12 tháng 01 năm 2024

THÔNG BÁO
V/v Thay đổi biểu mẫu khám sức khỏe

Căn cứ Thông tư 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Công văn 147/SYT-NVY ngày 05 tháng 01 năm 2024 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh về việc triển khai Thông tư số 32/2023/TT-BYT về tiêu chuẩn và việc khám sức khỏe.

Phòng khám Đa khoa thông báo thay đổi một số biểu mẫu giấy khám sức khỏe:

- Mẫu Sổ khám sức khỏe định kỳ (Phụ lục I);
- Mẫu Giấy khám sức khỏe cho người dưới 18 tuổi (Phụ lục II);
- Mẫu Giấy khám sức khỏe cho người trên 18 tuổi (Phụ lục III).

Đề nghị các Phòng/Đơn vị có liên quan khám sức khỏe thực hiện áp dụng biểu mẫu mới kể từ ngày thông báo.

Trân trọng./

Nơi nhận:

- Ban Lãnh đạo PK;
- Các Phòng/Đơn vị;
- Lưu: VT, P.KHNV (T_01).

TRƯỜNG PHÒNG KHÁM
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
PGS. TS. BS. Châu Văn Trữ

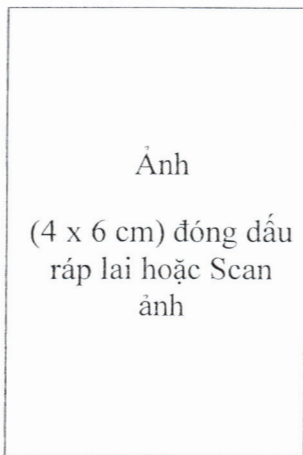
ỦY BAN NHÂN DÂN TP.HCM
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA
PHẠM NGỌC THẠCH
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:/GSKK-TĐHYKPNT-PKĐK

SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



1. Họ và tên (viết chữ in hoa):
2. Giới tính: Nam Nữ
3. Sinh Ngày tháng năm (Tuổi:)
4. Số CMND/ CCCD/ Hộ chiếu/ định danh CD:
5. Cấp ngày/...../..... Tại
6. Chỗ ở hiện tại:
- Số điện thoại liên hệ:

* **Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân

7. Nghề nghiệp:
8. Nơi công tác, học tập:
9. Ngày bắt đầu vào làm việc tại đơn vị hiện nay:/...../.....
10. Nghề, công việc trước đây (liệt kê công việc đã làm trong 10 năm gần đây, tính từ thời điểm gần nhất):
 - a) thời gian làm việc năm tháng từ ngày/...../..... đến/...../.....
 - b) thời gian làm việc năm tháng từ ngày/...../..... đến/...../.....
11. Tiền sử bệnh, tật của gia đình:
-
-
-

12. Tiền sử bệnh, tật của bản thân:

Tên bệnh	Phát hiện năm	Tên bệnh nghề nghiệp	Phát hiện năm
a)		a)	
b)		b)	
c)		c)	
d)		d)	

Người lao động xác nhận
(Ký và ghi rõ họ, tên)

....., ngày tháng năm

Người lập sổ KSK định kỳ
(Ký và ghi rõ họ, tên)

KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT

(Bác sỹ khám sức khỏe hỏi và ghi chép)

Tiền sử sản phụ khoa (Đối với nữ):

- Bắt đầu thấy kinh nguyệt năm bao nhiêu tuổi:
- Tính chất kinh nguyệt: Điều Không đều
- Chu kỳ kinh: ngày Lượng kinh: ngày
- Đau bụng kinh: Có Không
- Đã lập gia đình: Có Không
- PARA:
- Số lần mổ sản, phụ khoa: Có Ghi rõ: Chưa
- Có đang áp dụng BPTT không? Có Ghi rõ: Không

II. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao:cm; Cân nặng: kg; Chỉ số BMI:

Mạch:lần/phút; Huyết áp:/..... mmHg

Phân loại thể lực:

III. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
phải khám đầy đủ các nội dung theo chuyên khoa để khẳng định có/hay không có bệnh, tật theo quy định tại Quyết định		
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)	Nội tiết: Phân loại:	
e)	Cơ - xương - khớp: Phân loại:	
g)	Thần kinh: Phân loại:	
h)	Tâm thần: Phân loại:	

2.	Ngoại khoa, Da liễu: - <i>Ngoại khoa:</i> Phân loại: - <i>Da liễu:</i> Phân loại:	
3.	Sản phụ khoa: Chi tiết nội dung khám theo danh mục tại phụ lục XXV ban hành kèm theo Thông tư này Phân loại:	
4. Mắt:		
<i>Kết quả khám thị lực:</i> Không kính: Mắt phải..... Mắt trái..... Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
<i>Các bệnh về mắt (nếu có):</i>		
Phân loại:		
5. Tai - Mũi - Họng		
<i>Kết quả khám thính lực:</i> Tai trái: Nói thường..... m; Nói thầm..... m Tai phải: Nói thường..... m; Nói thầm..... m		
<i>Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</i>		
Phân loại:.....		
6. Răng - Hàm - Mặt		
<i>Kết quả khám:</i> Hàm trên: Hàm dưới:		
<i>Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):</i>		
Phân loại:		

IV. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

* Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: a) Kết quả: b) Đánh giá:	
---	--

V. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:
2. Các bệnh, tật (nếu có):
-
-
-

TP.HCM, ngày tháng năm

NGƯỜI KẾT LUẬN
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Phụ lục II
MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO NGƯỜI DƯỚI 18 TUỔI
(Kèm theo Thông báo số 16 /TB-PKĐK ngày 12 tháng 01 năm 2024
của Phòng khám Đa khoa)

Mẫu 2
Mẫu giấy KSK dùng cho người dưới 18 tuổi

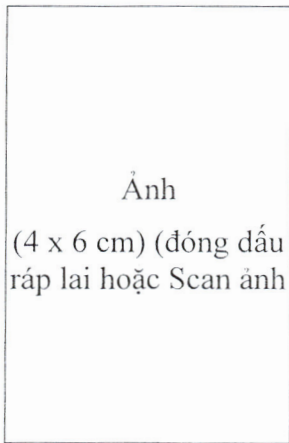
ỦY BAN NHÂN DÂN TP.HCM
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA
PHẠM NGỌC THẠCH
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:/GSKS-TĐHYKPNT-PKĐK

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



- Họ và tên (viết chữ in hoa):
- Giới tính: Nam Nữ
- Sinh Ngày tháng năm (Tuổi:.....)
- Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD:
- Cấp ngày/...../..... Tại
- Chỗ ở hiện tại:

* **Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân

7. Lý do khám sức khỏe:

TIỀN SỬ BỆNH TẬT

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh truyền nhiễm không:

a) Không b) 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 cân; 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 mãn 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

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
1. Nhi khoa		
1.	<i>Tuần hoàn:</i>	
a)	
b)	<i>Hô hấp:</i>	
	
c)	<i>Tiêu hóa:</i>	
	
d)	<i>Thận-Tiết niệu:</i>	
	
đ)	<i>Thần kinh:</i>	
	
e)	<i>Tâm thần:</i>	
	
g)	<i>Khám lâm sàng khác:</i>	
	
2. Mắt:		
<i>Kết quả khám thị lực:</i> Không kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
<i>Các bệnh về mắt (nếu có):</i>		
3. Tai - Mũi - Họng		
<i>Kết quả khám thính lực:</i>		
Tai trái: Nói thường..... m; Nói thầm..... m		
Tai phải: Nói thường..... m; Nói thầm..... m		
<i>Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</i>		
4. Răng - Hàm - Mặt		
<i>Kết quả khám:</i> Hàm trên:		
Hàm dưới:.....		
<i>Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):</i>		

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: Kết quả:	

IV. KẾT LUẬN CHUNG:

Sức khỏe bình thường

.....

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý:

.....

.....

....., ngày tháng năm

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Phụ lục III

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO NGƯỜI TRÊN 18 TUỔI

(Kèm theo Thông tư số 16 /TB-PKĐK ngày 12 tháng 01 năm 2024 của Phòng khám Đa khoa)



Mẫu 1

Mẫu giấy KSK dùng cho người từ đủ 18 tuổi trở lên

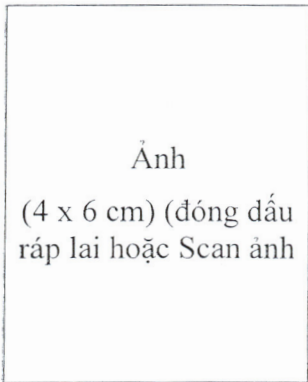
ỦY BAN NHÂN DÂN TP.HCM
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA
PHẠM NGỌC THẠCH
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:/GKSK-TĐHYKPNT-PKĐK

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



- Họ và tên (viết chữ in hoa):
- Giới tính: Nam Nữ
- Sinh Ngày tháng năm (Tuổi:)
- Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD:
- Cấp ngày/...../..... Tại
- Chỗ ở hiện tại:

* **Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân

7. 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/dang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không:

STT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thủng màng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt slent mạch, ghép tim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Nghiện rượu, bia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi rõ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
1.	Nội khoa	
	<i>Tuần hoàn:</i>	
	a) Phân loại:	
	b) <i>Hô hấp:</i>	
	Phân loại:	
	c) <i>Tiêu hóa:</i>	
	Phân loại:	
	d) <i>Thận-Tiết niệu:</i>	
	Phân loại:	
đ) <i>Nội tiết:</i>		
Phân loại:		
e) <i>Cơ - xương - khớp:</i>		
Phân loại:		
g) <i>Thần kinh:</i>		
Phân loại:		
h) <i>Tâm thần:</i>		
Phân loại:		
2.	Ngoại khoa, Da liễu:	
	- <i>Ngoại khoa:</i>	
	Phân loại:	
3.	- <i>Da liễu:</i>	
	Phân loại:	
4.	Sản phụ khoa:	
	Phân loại:	
	Mắt:	
	<i>Kết quả khám thị lực:</i> Không kính: Mắt phải..... Mắt trái..... Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....	
<i>Các bệnh về mắt (nếu có):</i>		
Phân loại:		

5. Tai - Mũi - Họng	
<i>Kết quả khám thính lực:</i>	
Tai trái: Nói thường..... m; Nói thầm..... m	
Tai phải: Nói thường..... m; Nói thầm..... m	
<i>Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</i>	
Phân loại:	
6. Răng - Hàm - Mặt	
<i>Kết quả khám:</i> Hàm trên:	
Hàm dưới:.....	
<i>Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):</i>	
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):	
2. Xét nghiệm nước tiểu: a) Đường: b) Protein: c) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):	

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:

2. Các bệnh, tật (nếu có):

.....

....., ngày tháng năm

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)