

Phụ lục số XXIV

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

Mẫu số 1.

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

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:/GKSK-.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Ảnh
(4 x 6 cm)
(đóng dấu ráp
lai hoặc Scan
ảnh

- 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/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không:

TT	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 thăng bằng	<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 stent 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 ngày tháng.....năm.....
đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.
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		
a)	<i>Tuần hoàn</i>	
	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>		
<i>Phân loại:</i>		
- <i>Da liễu:</i>		
<i>Phân loại:</i>		
3. Sản phụ khoa:		
.....		
<i>Phân loại:</i>		
.....		

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	

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):	

<p>2. Xét nghiệm nước tiểu:</p> <p>a) Đường:</p> <p>b) Protein:</p> <p>c) Khác (nếu có):</p>	
<p>3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

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)

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI DƯỚI 18 TUỔI

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:/GSKK-.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

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. Họ và tên bố, mẹ hoặc người giám hộ:.....

7. 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.

8. 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		
a)	<i>Tuần hoàn</i>	
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: Không kính: Mắt phải..... Mắt trái.....</i>		
<i>Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....</i>		
<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)

Mẫu số 03

MẪU SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ
CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

Ảnh
 (4 x 6 cm)
 (đóng dấu ráp
 lai hoặc Scan
 ảnh

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 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)	

..... ngày..... tháng..... năm.....

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

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: Đều Không đều Chu kỳ kinh: ngày Lượng kinh: ngàyĐau bụng kinh: Có Không - Đã lập gia đình: Có Chưa - 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) <i>Tuần hoàn</i>		
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> <i>Phân loại:</i> - <i>Da liễu:</i> <i>Phân loại:</i>		
3.	Sản phụ khoa: Chi tiết nội dung khám theo danh mục tại phụ lục XXV ban hành kèm theo Thông tư này. <i>Phân loại:</i>		
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>		
	<i>Phân loại:</i>		
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>		
	<i>Phân loại:</i>		
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:¹
2. Các bệnh, tật (nếu có):²
-
-

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

¹ Phân loại sức khỏe theo quy định của Bộ Y tế² Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh (nếu có).

Phụ lục số XXV

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

**DANH MỤC KHÁM CHUYÊN KHOA PHỤ SẢN
TRONG KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ CHO LAO ĐỘNG NỮ**

TT	NỘI DUNG KHÁM	GHI CHÚ
I.	Khám phụ khoa	
1.	Khám vùng bụng dưới và vùng bẹn.	
2.	Khám bộ phận sinh dục ngoài.	
3.	Khám âm đạo bằng mỏ vịt kết hợp quan sát cổ tử cung bằng mắt thường.	- Chỉ thực hiện nếu tiếp cận được bằng đường âm đạo và có sự đồng ý của lao động nữ sau khi được nhân viên y tế tư vấn.
4.	Khám âm đạo phối hợp nắn bụng (khám bằng hai tay).	
5.	Khám trực tràng phối hợp nắn bụng (khám bằng hai tay).	- Chỉ thực hiện nếu <u>không</u> tiếp cận được bằng đường âm đạo hoặc bệnh cảnh cụ thể đòi hỏi phải đánh giá thêm bằng khám trực tràng. - Chỉ thực hiện nếu có sự đồng ý của lao động nữ sau khi được nhân viên y tế tư vấn.
II.	Sàng lọc ung thư cổ tử cung <i>Thực hiện sàng lọc, phát hiện sớm tổn thương cổ tử cung bằng ít nhất một trong các kỹ thuật sau:</i>	- Chỉ thực hiện nếu tiếp cận được bằng đường âm đạo và có sự đồng ý của lao động nữ sau khi được nhân viên y tế tư vấn. - Thực hiện theo hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế.
1.	Nghiệm pháp quan sát cổ tử cung với dung dịch Acid Acetic (VIA test)	
2.	Nghiệm pháp quan sát cổ tử cung với dung dịch Lugol (VILI test)	
3.	Xét nghiệm tế bào cổ tử cung	
4.	Xét nghiệm HPV	
III	Sàng lọc ung thư vú <i>Thực hiện sàng lọc, phát hiện sớm tổn thương vú bằng ít nhất một trong các kỹ thuật sau:</i>	
1.	Khám lâm sàng vú	
2.	Siêu âm tuyến vú hai bên	
3.	Chụp Xquang tuyến vú	
IV.	Siêu âm tử cung-phân phụ (khi có chỉ định của bác sỹ khám)	

Phụ lục số XXVI

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

MẪU BÁO CÁO CÔNG TÁC KHÁM SỨC KHỎE

I. Mẫu báo cáo của cơ sở khám sức khỏe

1. Mốc thời gian báo cáo

- Báo cáo số liệu 6 tháng đầu năm:
- + Thời gian chốt số liệu: tính từ 15/12 năm trước đến 15/6 năm sau
- + Thời hạn nộp: 20/6 hằng năm
- Báo cáo số liệu năm:
- + Thời gian chốt số liệu: tính từ 16/6-14/12 hằng năm
- + Thời hạn nộp: 20/12 hằng năm

2. Số liệu báo cáo

- Thông tin của đơn vị (Tên đơn vị, địa chỉ liên hệ, số điện thoại, đầu mối liên hệ)
- Tổng số lượt KSK không có yếu tố nước ngoài:
- Tổng số lượt KSK có yếu tố nước ngoài:
- Tổng số lượt KSK định kỳ:

Ghi chú: Báo cáo gửi về Sở Y tế hoặc Y, tế Bộ, ngành quản lý trực tiếp

3. Khó khăn, kiến nghị, đề xuất

II. Mẫu báo cáo của Sở Y tế, Y tế Bộ, ngành

1. Mốc thời gian báo cáo

- Báo cáo số liệu 6 tháng đầu năm:
- + Thời gian chốt số liệu: tính từ 15/12 năm trước đến 15/6 năm sau
- + Thời hạn nộp: 30/6 hằng năm
- Báo cáo số liệu năm:
- + Thời gian chốt số liệu: tính từ 16/6-14/12 hằng năm
- + Thời hạn nộp: 30/12 hằng năm

2. Số liệu báo cáo

- Danh sách lũy tích cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công bố đủ điều kiện KSK (Tên cơ sở, địa chỉ liên hệ, số điện thoại, đầu mối liên hệ)
- Tổng số cơ sở KBCB đủ điều kiện thực hiện KSK không có yếu tố nước ngoài:.....
- Tổng số cơ sở KBCB đủ điều kiện thực hiện KSK có yếu tố nước ngoài:....
- Tổng số lượt KSK không có yếu tố nước ngoài:
- Tổng số lượt KSK có yếu tố nước ngoài:
- Tổng số lượt KSK định kỳ:

3. Khó khăn, kiến nghị, đề xuất