SỞ Y TẾ LÂM ĐỒNG
TRUNG TÂM Y TẾ CÁT TIÊN

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

Số: 206/QĐ-TTYT

Cát Tiên, ngày 18 tháng 11 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH
Về việc công bố thủ tục hành chính thuộc thẩm quyền giải quyết của Trung tâm Y tế Cát Tiên

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CÁT TIÊN

Căn cứ Quyết định số 475/QĐ-SYT ngày 13/7/2017 của Giám đốc Sở Y tế Lâm Đồng về việc giao chức năng nhiệm vụ và quyền hạn cho Giám đốc Trung tâm Y tế (TTYT) huyện Cát Tiên;

Căn cứ Quyết định số 2244/QĐ-UBND ngày 17/10/2019 của Chủ tịch UBND tỉnh Lâm Đồng về việc Công bố danh mục thủ tục hành chính lĩnh vực y tế thuộc thẩm quyền giải quyết của cấp tỉnh, cấp huyện và cấp xã trên địa bàn tỉnh Lâm Đồng;

Thực hiện Công văn số 2106/SYT-VP ngày 01/11/2019 của Sở Y tế Lâm Đồng về việc triển khai thực hiện Quyết định số 2244/QĐ-UBND ngày 17/10/2019 của UBND tỉnh Lâm Đồng về việc Công bố danh mục thủ tục hành chính lĩnh vực y tế;

Xét đề nghị của Phòng Tổ chức - Hành chính, Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ TTYT Cát Tiên,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Công bố 06 thủ tục hành chính kèm theo Quyết định này thuộc thẩm quyền giải quyết của Trung tâm Y tế huyện Cát Tiên.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký.

Điều 3. Các ông (bà) Trưởng Phòng Tổ chức - Hành chính, Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ, Trưởng các khoa, phòng và tập thể, cá nhân có liên quan đến việc thực hiện các nội dung tại Điều 1 căn cứ Quyết định thi hành./.

Nơi nhận:
- Như Điều 3 (thực hiện);
- Lưu VT, KHNV.

GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CÁT TIÊN TỈNH LÂM ĐỒNG

Trần Dương Ngọc

THỦ TỤC HÀNH CHÍNH THUỘC THẨM QUYỀN GIẢI QUYẾT CỦA TTYT CÁT TIÊN

(Kèm theo Quyết định số: 206 /QĐ-TTYT ngày 18 /11/2019 của TTYT Cát Tiên)

Phần I

DANH MỤC THỦ TỤC HÀNH CHÍNH

STT	Tên thủ tục hành chính	Thực hiện tại TTYT Cát Tiên
I. LĨNH VỰC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH (04 thủ tục)		
1	Khám sức khỏe định kỳ.	x
2	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.	x
3	Cấp giấy khám sức khỏe cho người từ đủ 18 tuổi trở lên.	x
4	Cấp giấy khám sức khỏe cho người chưa đủ 18 tuổi.	x
II. LĨNH VỰC DÂN SỐ - KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH (02 thủ tục)		
1	Cấp lại giấy chứng sinh đối với trường hợp bị mất hoặc hư hỏng.	x
2	Cấp lại giấy chứng sinh đối với trường hợp bị nhầm lẫn khi ghi chép Giấy chứng sinh.	x

2. Cấp giấy khám sức khỏe cho 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

Tên thủ tục	**Cấp giấy khám sức khỏe cho 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**
Lĩnh vực	Khám chữa bệnh
Đơn vị thực hiện	TTYT Cát Tiên.
Cách thức thực hiện	Đến trực tiếp tại TTYT Cát Tiên
Đối tượng thực hiện	Cá nhân
Trình tự thực hiện	**Bước 1**. Người khám sức khỏe đến TTYT, nộp Giấy khám sức khoẻ (KSK) theo mẫu quy định tại Phụ lục 1 hoặc Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư số 1 4/2013/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). Thời gian thực hiện thủ tục hành chính: Vào giờ hành chính tất cả các ngày từ thứ 2 đến thứ 6 (trừ ngày nghỉ, lễ, tết). **Bước 2**. TTYT 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; Kiểm tra, đối chiếu giấy chứng minh nhân dân hoặc hộ chiếu đối với người giám hộ của người được KSK và hướng dẫn quy trình KSK cho đối tượng KSK và người giám hộ (nếu có) theo các nội dung ghi trong Phụ lục 1 hoặc Phụ lục 2. **Bước 3.** Kết luận và trả giấy khám sức khỏe
Thời hạn giải quyết	- Đối với trường hợp KSK đơn lẻ: TTYT trả Giấy KSK cho người được KSK trong vòng 24 (hai mươi bốn) 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; - Đối với trường hợp KSK tập thể theo hợp đồng: TTYT trả Giấy KSK cho người được KSK theo thỏa

	thuận đã ghi trong hợp đồng.
Phí	Nộp phí theo mức thu viện phí hiện hành
Thành phần hồ sơ	- 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.
Số lượng bộ hồ sơ	01 bộ
Yêu cầu - điều kiện	Không
Căn cứ pháp lý	Thông tư 14/2013/TT-BYT Quyết định số 4692/QĐ-BYT
Biểu mẫu đính kèm	Đính kèm ngay sau thủ tục này
Kết quả thực hiện	Giấy 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)

.....[9].....	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
.....[10].....	**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: /GKSK-....[11].....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Ảnh (4 x 6cm)

Họ và tên *(chữ in hoa)*: .....

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): .....

.....

[9] Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe

[10] Tên của cơ sở khám sức khỏe

[11] Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

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):	.....

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
- Phân loại:	.....
5. Tai-Mũi-Họng	.....
- Kết quả khám thính lực:	.....
Tai trái: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m	.....
Tai 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:.....[12].....

2. Các bệnh, tật (nếu có): .....[13].....

.....

.....

.....

……ngày…… tháng…… năm……

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

---

[12] 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

[13] Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh

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)

.....[14].....	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
.....[15].....	**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**
Số: /GKSK-....[16].....	

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Ảnh
(4 x 6cm)

Họ và tên *(chữ in hoa)*: .....

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

[14] Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe

[15] Tên của cơ sở khám sức khỏe

[16] Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

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	**Họ tên, chữ ký của Bác sỹ**
a) Tuần hoàn:	.....
.....	.....
b) Hô hấp:	.....
.....	.....
c) Tiêu hóa:	.....
.....	.....

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:.....m	.....
Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m	.....
b) 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).....	.....
.....	.....

Nhi khoa	
	....

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.....[17].....

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý:.....[18].....

.....

.....

……ngày…… tháng…… năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

[17] Nếu không có vấn đề gì về sức khỏe: Ghi Bình thường.

[18] Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh