|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN  (BYT/SYT/....)  **TÊN CƠ SỞ KHÁM**  **BỆNH CHỮA BỆNH**  \_\_\_\_\_\_\_  *Số:…..* | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Số hồ sơ: ….  Vào sổ chuyển tuyến số:…… |

**GIẤY CHUYỂN TUYẾN KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

Kính gửi:……..

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:………. Trân trọng giới thiệu:

- Họ và tên người bệnh: ……..Nam/Nữ:…. Năm sinh:…

- Địa chỉ:

- Dân tộc:......................................... Quốc tịch:

- Nghề nghiệp:............................ Nơi làm việc

- Số thẻ bảo hiểm y tế:

- Thời hạn sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế đến ngày .... tháng .... năm ....

Hết thời hạn: □          Không xác định được thời hạn: □

- Đã được khám bệnh, điều trị:

+ Tại:…… (Tuyến..................... ) từ ngày............... tháng.............. năm 202…. đến ngày…..tháng……năm 202....

+ Tại:……(Tuyến.......................) từ ngày….. tháng….năm 202…...đến ngày….. tháng…..năm 202...

**TÓM TẮT BỆNH ÁN**

- Dấu hiệu lâm sàng:

*………………………………….……………………………*

*………………………………….……………………………*

 - Kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng:.............................

*………………………………….……………………….*

- Chẩn đoán:......................................................

*………………………………….………………………………*

*………………………………….…………………………………*

- Phương pháp, thủ thuật, kỹ thuật, thuốc đã sử dụng trong điều trị:

*………………………………….…………………………………*

*………………………………….…………………………………*

- Tình trạng người bệnh lúc chuyển tuyến:

*………………………………….………………………………*

*………………………………….…………………………………*

*………………………………….…….……………………………*

- Lí do chuyển tuyến: Khoanh tròn vào mục 1 hoặc 2 lý do chuyển tuyến. Trường hợp chọn mục 1, đánh dấu (X) vào ô tương ứng.

(1) Đủ điều kiện chuyển tuyến:

*a) Phù hợp với quy định chuyển tuyến (\*)*□

*b) Không phù hợp với khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*□

(2) Theo yêu cầu của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh.

- Hướng điều trị:

*………………………………….……………………………………*

*………………………………….…….………………………………*

*………………………………….…….………………………………*

- Chuyển tuyến hồi:.............. giờ.............. phút, ngày .... tháng    năm 202.......

- Phương tiện vận chuyển:

- Họ tên, chức danh, trình độ chuyên môn của người hộ tống (nếu có):

*…………………………………….………………………………*

|  |  |
| --- | --- |
| **BÁC SĨ, Y SỸ KHÁM, ĐIỀU TRỊ**  *(Ký và ghi rõ họ tên)* | *Ngày.... tháng.... năm 202...*  **NGƯỜI CÓ THẨM QUYỀN CHUYỂN TUYẾN**  *(Ký tên, đóng dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)* |