|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN (BYT/SYT..)**TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** | **Số Hồ sơ: ......****Vào sổ chuyển tuyến số: .....** |
| Số: ...../20.../GCT |   |   |

**GIẤY XIN CHUYỂN VIỆN 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: .................. Tuổi: ................

- Địa chỉ: .............................................................................................................................

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

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

Số thẻ:

Hạn sử dụng: .....................................................................................................................

Đã được khám bệnh/điều trị:

+ Tại: ................(Tuyến ......) Từ ngày ......./ ........./ .......... đến ngày ........../ ........./ .........

+ Tại: .................(Tuyến ......) Từ ngày ......./ ......../ ........... đến ngày ........../ ........./ ........

**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 lý do chuyển tuyến phù hợp sau đây:

1. Đủ điều kiện chuyển tuyến.

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 20...................................

- Phương tiện vận chuyển: .................................................................................................

- Họ tên, chức danh, trình độ chuyên môn của người hộ tống: .........................................

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Y, BÁC SĨ KHÁM, ĐIỀU TRỊ***(Ký và ghi rõ họ tên)* | *Ngày .... tháng .... năm 20...***NGƯỜI CÓ THẨM QUYỀN CHUYỂN TUYẾN***(Ký tên, đóng dấu)* |