**Mẫu số 6**

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

**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: ……………… 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)* |