**Mẫu số 6**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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: …./202.../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: ……………… 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): ..........................

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

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