PHỤ LỤC II

**MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE,
NGƯỜI ĐIỀU KHIỂN XE MÁY CHUYÊN DÙNG**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số* 36*/2024/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2024
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN**TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Số: ...(1)..../GKSKLX/Mã Cơ sở khám chữa bệnh/Năm | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

CỦA NGƯỜI LÁI XE, NGƯỜI ĐIỀU KHIỂN XE MÁY CHUYÊN DÙNG

|  |  |
| --- | --- |
| Ảnh(4x6 cm) đóng dấugiáp lai hoặc Scanảnh(ảnh được chụp trênnền trắng trong thờigian không quá 06(sáu) tháng tính đếnngày nộp hồ sơkhám sức khỏe) | 1. Họ và tên *(viết chữ in hoa):……………………………………………..*2. Giới tính: Nam □ Nữ □3. Ngày tháng năm sinh: (Tuổi:…………………………..)4. Số CCCD /CC/Hộ chiếu/Định danh công dân:………..(2)……………5. Cấp ngày…../……/………Tại…………………………………………….6. Chỗ ở hiện tại:………………………………………………………………7. Đề nghị khám sức khỏe để lái xe hạng:…………………………(3)………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………  |

*\* Lưu ý: Trường hợp đối tượng KSK có CCCD/CC gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư không cần ghi mục 2, mục 5, mục 6*

**I. 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, bệnh sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không *(Bác sỹ hỏi bệnh và đánh dấu X vào ô tương ứng)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Có/Không |   | Có/Không |
| Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua |   |   | Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết |   |   |
| Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu |   |   |   | Bệnh tâm thần |   |   |
| Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc) |   |   | Mất ý thức, rối loạn ý thức |   |   |
| Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng |   |   | Ngất, chóng mặt, mệt mỏi, buồn ngủ hoặc ngất xỉu |   |   |
| Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác |   |   | Bệnh tiêu hóa |   |   |
| Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim) |   |   | Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to |   |   |
| Tăng huyết áp |   |   | Tai biến mạch máu não hoặc liệt |   |   |
| Khó thở |   |   | Bệnh hoặc tổn thương cột sống |   |   |
| Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính |   |   | Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục |   |   |
| Bệnh thận, lọc máu |   |   | Sử dụng ma túy và chất gây nghiện |   |   |

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:.......................................................................................

3. Câu hỏi khác (nếu có):

Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật. Nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

|  |  |
| --- | --- |
|   | *………ngày……tháng…….năm… … …*Người đề nghị khám sức khỏe*(Ký và ghi rõ họ, tên)* |

**II. KHÁM LÂM SÀNG**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nội dung khám** | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ** |
| 1. Tâm thần:…………………………………..………………………………………….………………………………………………………………………………Kết luận…………………………………………………………………….2. Thần kinh:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Kết luận…………………………………………………………………….3. Mắt:- Thị lực nhìn xa từng mắt:+ Không kính:          Mắt phải:................. Mắt trái:................+ Có kính:                Mắt phải:................. Mắt trái:................- Thị lực nhìn xa hai mắt: Không kính................. Có kính............- Thị trường:

|  |  |
| --- | --- |
| Thị trường ngang hai mắt(chiều mũi - thái dương) | Thị trường đứng(chiều trên-dưới) |
| Bình thường | Hạn chế | Bình thường | Hạn chế |
|   |   |   |   |

- Sắc giác+ Bình thường □+ Mù màu toàn bộ □ Mù màu: - Đỏ □ - Xanh lá cây □ - vàng □Các bệnh về mắt (nếu có):………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………..Kết luận...................................................................................4. Tai-Mũi-Họng- Kết quả khám thính lực (có thể sử dụng máy trợ thính)+ Tai trái: Nói thường:……….m; Nói thầm:……m+ Tai phải: Nói thường:……...m; Nói thầm:……m- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):……………………………………………………………………………………………………………………………………………………Kết luận……………………………………………………………….5. Tim mạch:+ Mạch: ………………………lần/phút;+ Huyết áp:................... /............................. mmHg……………………………………………………………………………………………………………………………………………………Kết luận……………………………………………………………….6. Hô hấp:………………………………………………………………………….………………………………………………………………………….Kết luận....................................................................................7. Cơ Xương Khớp:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Kết luận................................................................................ …8. Nội tiết:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Kết luận…………………………………………………………………. |    …………………………..   …………………………..                …………………………..       …………………………..         …………………………..   …………………………..   ………………………….. |

**III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nội dung khám** | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ/Trưởng bộ phận** |
| 1. Xét nghiệm ma túy (Xét nghiệm sàng lọc và định tính các loại ma túy theo quy định của Bộ Y tế: Amphetamin, Marijuana, Morphin, Codein, Heroin)Kết quả:……………………………………………………………………………….. |   |
| 2. Các xét nghiệm chỉ thực hiện khi có chỉ định của bác sỹ khám sức khỏe: Xét nghiệm nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở/huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác (điện não đồ, điện tim...)a) Kết quả: …………………………………………………………………. |   |
| b) Kết luận: …………………………………………………………………. |   |

**IV. KẾT LUẬN**(4)

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

***(Giấy khám sức khỏe này có giá trị sử dụng trong vòng 12 tháng kể từ ngày ký kết luận)***

|  |  |
| --- | --- |
|   | *… … … …, ngày… ….tháng …..năm… …..***NGƯỜI KẾT LUẬN***(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |