|  |
| --- |
| **Khổ giấy A5 (14,8cm x 21cm)** |

**Phụ lục 01**

**MẪU 01. SỔ THEO DÕI SỨC KHỎE HỌC SINH**

*(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 13/2016/TTLT-BYT-BGDĐT ngày 12 tháng 5 năm 2016 quy định công tác y tế trường học của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo)*

**Bìa sổ**

|  |
| --- |
| **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------****SỔTHEO DÕI SỨC KHỎE HỌC SINH**Họ và tên *(chữ in hoa)* ………..………….. Nam □ Nữ □Ngày tháng năm sinh: ……/………/…………………..…Trường …………………………………………………..….Xã/phường/huyện/quận ………………………………….Tỉnh/thành phố ……………………………………………..**Dành cho học sinh từ lớp 10 đến lớp 12****(Sổ này được sử dụng trong suốt cấp học, khi học sinh chuyển trường phải mang theo để tiếp tục được theo dõi sức khỏe)** |

**(Trang này sẽ được in vào mặt sau trang bìa)**

**PHẦN I - THÔNG TIN CHUNG**

**(Phần này do cha, mẹ học sinh tự điền)**

1. Họ và tên học sinh *(chữ in hoa)* …………………………….……………………….. Nam □ Nữ □

2. Ngày tháng năm sinh: ............/………./…………..

3. Họ và tên bố hoặc người giám hộ: .......................................................................................

Nghề nghiệp …………………………….. Số điện thoại liên lạc .....................................................

Chỗ ở hiện tại: ........................................................................................................................

4. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ: ......................................................................................

Nghề nghiệp ……………………………… Số điện thoại liên lạc ...................................................

Chỗ ở hiện tại: ........................................................................................................................

5. Con thứ mấy: …………………………….. Tổng số con trong gia đình: .....................................

6. Tiền sử sức khỏe bản thân: ..................................................................................................

a) Sản khoa:

- Bình thường □

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng □ Đẻ thừa tháng □ Đẻ có can thiệp □ Đẻ ngạt □

- Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh: ..............................................

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

b) Tiền sử bệnh/tật: Hen □ Động kinh □ Dị ứng □ Tim bẩm sinh □

c) Tiêm chủng:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| STT | Loại vắc xin | Tình trạng tiêm/uống vắc xin |
| Có | Không | Không nhớ rõ |
| 1 | BCG |  |  |  |
| 2 | Bạch hầu, ho gà, uốn ván |
|  | Mũi 1 |  |  |  |
|  | Mũi 2 |  |  |  |
|  | Mũi 3 |  |  |  |
| 3 | Bại liệt |
|  | Mũi 1 |  |  |  |
|  | Mũi 2 |  |  |  |
|  | Mũi 3 |  |  |  |
| 4 | Viêm gan B |
|  | Sơ sinh |  |  |  |
|  | Mũi 1 |  |  |  |
|  | Mũi 2 |  |  |  |
|  | Mũi 3 |  |  |  |
| 5 | Sởi |  |  |  |
| 6 | Viêm não Nhật Bản B |
|  | Mũi 1 |  |  |  |
|  | Mũi 2 |  |  |  |
|  | Mũi 3 |  |  |  |
| 7 | ….. |  |  |  |

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng:

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

7. Thay đổi địa chỉ chỗ ở hoặc số điện thoại (nếu có) ................................................................

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

**TRƯỜNG:**...............................................................................................................................

**HỌ TÊN HỌC SINH**.................................................................................................................

**PHẦN 2 - THEO DÕI SỨC KHỎE**

**(Do nhân viên y tế trường học thực hiện)**

**1. Theo dõi về thể lực,** **huyết áp, nhịp tim, thị lực** *(Lần 1 - đầu năm học, Lần 2 - đầu học kỳ II)*

**LỚP 10**……………………..**NĂM HỌC**……………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Lần I*Nhân viên y tế trường học**(NVYTTH) ký, ghi rõ họ tên* | **Thể lực:** Chiều cao: …………… m; Cân nặng: ……………….kg;Chỉ số BMI: ………………….. (kg/m2)**Huyết áp:** Tâm trương ……../mgHg Tâm thu ………./mgHg**Nhịp tim:** ………lần/phút**Thị Iực:** Không kính: Mắt phải: ……../10 Mắt trái: ……../10Có kính: Mắt phải: ……../10 Mắt trái: ……../10 |
| Lần II*NVYTTH ký, ghi rõ họ tên* | **Thể lực:** Chiều cao: …………… m; Cân nặng: ……………….kg;Chỉ số BMI: ………………….. (kg/m2) |

**LỚP 11**……………………..**NĂM HỌC** ……………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Lần I*NVYTTH ký, ghi rõ họ tên* | **Thể lực:** Chiều cao: …………… m; Cân nặng: ……………….kg;Chỉ số BMI: ………………….. (kg/m2)**Huyết áp:** Tâm trương ……../mgHg Tâm thu ………./mgHg**Nhịp tim:** ………lần/phút**Thị Iực:** Không kính: Mắt phải: ……../10 Mắt trái: ……../10Có kính: Mắt phải: ……../10 Mắt trái: ……../10 |
| Lần II*NVYTTH ký, ghi rõ họ tên* | **Thể lực:** Chiều cao: …………… m; Cân nặng: ……………….kg;Chỉ số BMI: ………………….. (kg/m2) |

**LỚP 12**……………………..**NĂM HỌC**……………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Lần I*NVYTTH ký, ghi rõ họ tên* | **Thể lực:** Chiều cao: …………… m; Cân nặng: ……………….kg;Chỉ số BMI: ………………….. (kg/m2)**Huyết áp:** Tâm trương ……../mgHg Tâm thu ………./mgHg**Nhịp tim:** ………lần/phút**Thị Iực:** Không kính: Mắt phải: ……../10 Mắt trái: ……../10Có kính: Mắt phải: ……../10 Mắt trái: ……../10 |
| Lần II*NVYTTH ký, ghi rõ họ tên* | **Thể lực:** Chiều cao: …………… m; Cân nặng: ……………….kg;Chỉ số BMI: ………………….. (kg/m2) |

**2. Theo dõi diễn biến bất thường về sức khỏe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thời gian** | **Chẩn đoán ban đầu** | **Xử trí** | **Ghi chú** |
| **Xử trí tại trường** (ghi nội dung xử trí) | **Chuyển đến**(ghi nơi chuyển đến) |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |
| ……/…../……… |  |  |  |  |

**PHẦN 3 - KHÁM SỨC KHỎE THEO CHUYÊN KHOA**

**(Do y, bác sĩ ghi chép khi khám chuyên khoa)**

|  |  |
| --- | --- |
| Thời gian khám: …./…./…….**Y, bác sĩ khám**(ký và ghi rõ họ tên) | **Nhi khoa**a) Tuần hoàn ………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………..b) Hô hấp: ………………………………………………….………………….…………………………………………………………………………………..c) Tiêu hóa …………………………………………………..……………….…………………………………………………………………………………..d) Thận-Tiết niệu …………………………………………………………….…………………………………………………………………………………..đ) Thần kinh-Tâm thần ……………………………………………………….…………………………………………………………………………………..e) Khám lâm sàng khác …………………………………………………….………………………………………………………………………………….. |
| Thời gian khám: …./…./…….**Y, bác sĩ khám**(ký và ghi rõ họ tên) | **Mắt**a) Kết quả khám thị lực:- Không kính: Mắt phải: ……../10 Mắt trái: ………./10- Có kính: Mắt phải: ……./10 Mắt trái: ………./10b) Các bệnh về mắt (nếu có) ………………………………………………..…………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………….. |
| Thời gian khám: …./…./…….**Y, bác sĩ khám**(ký và ghi rõ họ tên) | **Tai-Mũi- Họng**a) Kết quả khám thính lực:- Tai trái: Nói thường: …….. m; Nói thầm: …….m- Tai phải: Nói thường: ……... m; Nói thầm: ……mb) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có) …………………………………..…………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………….. |
| Thời gian khám: …./…./…….**Y, bác sĩ khám**(ký và ghi rõ họ tên) | **Răng - Hàm - Mặt**a) Kết quả khám:- Hàm trên ……………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………..- Hàm dưới …………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………..b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có) ………………………………….…………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………….. |
| Thời gian khám: …./…./…….**Y, bác sĩ khám**(ký và ghi rõ họ tên) | **Cơ xương khớp**a) Kết quả khám- Bình thường □- Cong cột sống: Gù □ ưỡn □- Vẹo cột sống: Hình chữ S □ Hình chữ C □b) Các bệnh cơ xương khớp khác (nếu có) ……………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………….. |