**PHỤ LỤC SỐ 03**

MẪU SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ(*Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT ngày 21 tháng 8 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giao thông vận tải)*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
------------**

**SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ CỦA NGƯỜI LÁI XE Ô TÔ**

|  |  |
| --- | --- |
| Ảnh 4(4x6cm) | 1. Họ và tên *(chữ in hoa):*……………………………………………………….2. Giới: Nam □ Nữ □ Tuổi...........................................Số CMND hoặc Hộ chiếu:……………… cấp ngày………/.............../……….tại……………………………………………………………………………………4. Hộ khẩu thường trú:……………………………………………………………5. Chỗ ở hiện tại:…………………………………………………………………..…………………………………………..………………………………………….. |

6. Nghề nghiệp:……………………………………………4………………………………………

7. Nơi công tác::……………………………………………5………………………………………

8. Hạng xe được phép lái::………………………………………………………………………..

9. Tiền sử bệnh tật bản thân:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tên bệnh** | **Phát hiện năm** |  |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |

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

**I 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 mầu 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……………………………………………………………… | …………………… |
| 9. Thai sản:………………………………………………………….……………………………………………………………………….. |  |
| Kết luận……………………………………………………………… | …………………… |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Ghi rõ công việc hiện nay đang làm

2. Ghi rõ tên, địa chỉ cơ quan, đơn vị nơi người được khám của đang lao động, học tập

**III. KHÁM CẬN LÂM SÀN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nội dung khám** | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ** |
| 1. Các xét nghiệm bắt buộc:a) Xét nghiệm ma túy- Test Morphin/Heroin:…………………………………………………..- Test Amphetamin:……………………………………………………..- Test Methamphetamin:………………………………………………..- Test Marijuana (cần sa):……………………………………………… |  |
| b) Xét nghiệm nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở:…………………………………………………………………………… | …………………… |
| 2. Các xét nghiệm chỉ thực hiện khi có chỉ định của bác sỹ khám sức khỏe: Huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác.…………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………..a)Kết quả:…………………………………………………………………………………………………………………………………………..b) Kết luận:……………………………………………………………………………………………………………………………………………. | …………………… |

III. KẾT LUẬN

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

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

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

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

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

Các bệnh, tật đang mắc:………………………………………………………………………….

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Kết luận: Đủ điều kiện/không đủ điều kiện sức khỏe lái xe hạng……………………….