MẪU GIẤY CHUYỂN TUYẾN*(Ban hành kèm theo Thông tư số 14/2014/TT-BYT ngày 14 tháng 4 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cơ quan chủ quản1:… **Tên cơ sở KBCB**2:… Số: ……../20…/GCT | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ----------------** | **Số Hồ sơ: …… Vào sổ chuyển tuyến số: ………..** |

**GIẤY CHUYỂN TUYẾN**

**Kính gửi:** …………………………………………………………………….

Cơ sở KBCB2: …………………………………………… trân trọng giới thiệu:

- Họ và tên người bệnh: ……………………………………… Nam/Nữ:……..… Tuổi: ...............

- Địa chỉ: ..........................................................................................................................

- Dân tộc: ……………………………………………………….. Quốc tịch:..................................

- Nghề nghiệp: …………………………………………………. Nơi làm việc...............................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - BHYT: giá trị từ …./…./….. đến …./…../….. Số thẻ: |  |  |  |  |  |

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 sàng3:.................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

- 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 trị4: .............................................................................................................

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

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

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

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

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

- 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 TUYẾN5** (Ký tên, đóng dấu) |

**Ghi chú:**

1. Cơ quan chủ quản: Bộ Y tế/Sở Y tế/Cục Y tế (đối với y tế bộ, ngành)...

2. Cơ sở KB, CB: Bệnh viện/ Phòng khám/ Trạm Y tế...

3. Kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng: bao gồm xét nghiệm sinh hóa, huyết học, GPB, thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh...

4. Hướng điều trị: đối với trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trên chuyển người bệnh về tuyến dưới điều trị.

5. Người có thẩm quyền chuyển tuyến là người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người chịu trách nhiệm chuyên môn hoặc người được ủy quyền.