**PHỤ LỤC 11**

MẪU TỔNG HỢP KẾT QUẢ KHÁM ĐỊNH KỲ NGƯỜI MẮC BỆNH NGHỀ NGHIỆP  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 28/2016/TT-BYT ngày 30 tháng 6 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN **TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| Số: ……../BC- | *…………., ngày ….. tháng …… năm ……* |

Kính gửi: Cơ sở lao động ……………………..

Cơ sở khám bệnh nghề nghiệp (ghi rõ) …………………………… trả lời kết quả đợt khám định kỳ người lao động mắc bệnh nghề nghiệp cho đơn vị …………………………………………………….

**1. Tổng hợp kết quả khám định kỳ cho người lao động mắc bệnh nghề nghiệp:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TT | Tên bệnh nhân | Giới | Tuổi | Tuổi nghề | Nghề khi bị BNN | Công việc hiện nay | Ngày phát hiện bệnh | Tên bệnh nghề nghiệp | Tiến triển | Biến chứng | Hướng giải quyết |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2. Đề nghị đơn vị:**

- Tổng số người lao động được khám /tổng số người bị bệnh nghề nghiệp:………………

- Số người cần được khám giám định tỷ lệ suy giảm khả năng lao động:.........................

- Số người cần được khám giám định lại tỷ lệ suy giảm khả năng lao động: ………………

- Số người cần được điều trị, điều dưỡng PHCN: ……………………………………………

- Số người cần bố trí lại vị trí làm việc: …………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | *………., Ngày.... tháng.... năm 201....* **Thủ trưởng cơ sở khám bệnh nghề nghiệp** *(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)* |

**Ghi chú:** *Cơ sở khám bệnh nghề nghiệp trả kết quả đợt khám định kỳ người lao động mắc bệnh nghề nghiệp gửi cơ sở lao động.*