|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN (BYT/SYT/...) **TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc -----------------** | **Số hồ sơ: …. Vào sổ chuyển tuyến số:……** |
| Số: …/202…/GCT |  |  |

**GIẤY CHUYỂN TUYẾN KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

Kính gửi: ……………………...……………………………..

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:…………………………………. Trân trọng giới thiệu:

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

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

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

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

- Số thẻ bảo hiểm y tế: ……………………………………………………………………

- Thời hạn sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế đến ngày…...tháng…...Năm…………..

Hết thời hạn: □ Không xác định được thời hạn: □

- Đã được khám bệnh, điều trị:

+ Tại:…… (Tuyến.................................................. ) từ ngày............... tháng.............. năm 202…. đến ngày…..tháng……năm 202....

+ Tại:……(Tuyến................................................ ) từ ngày….. tháng….năm 202…...đến ngày….. tháng…..năm 202...

**TÓM TẮT BỆNH ÁN**

- Dấu hiệu lâm sàng: ………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

- Kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng: …………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

- 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 mục 1 hoặc 2 lý do chuyển tuyến. Trường hợp chọn mục 1, đánh dấu (X) vào ô tương ứng.

(1) Đủ điều kiện chuyển tuyến:

*a) Phù hợp với quy định chuyển tuyến(\*):*□

*b) Không phù hợp với khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*□

(2) Theo yêu cầu của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh.

- Hướng điều trị: ……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

- Chuyển tuyến hồi:........... giờ......... phút, ngày .... tháng............ năm 202.........................

- Phương tiện vận chuyển: ………………………………………………………………………..

- Họ tên, chức danh, trình độ chuyên môn của người hộ tống (nếu có): …………………….

…………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **BÁC SĨ, Y SỸ KHÁM, ĐIỀU TRỊ** *(Ký và ghi rõ họ tên)* | *Ngày.... tháng.... năm 202...* **NGƯỜI CÓ THẨM QUYỀN CHUYỂN TUYẾN** *(Ký tên, đóng dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)* |

(\*). Người bệnh đi khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh bao gồm được chuyển lên tuyến trên hoặc chuyển về tuyến dưới hoặc chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cùng tuyến theo quy định của pháp luật.