|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN (BYT/SYT..)**TÊN CƠ SỞ KCB-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** | **Số hồ sơ:**.......**Vào sổ chuyển cơ sở KCB số:**... |
| Số: ...../20.../PCCSKBCB |  |  |

**PHIẾU CHUYỂN CƠ SỞ 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: .............................................. (*Cấp*..............) từ ngày ...... tháng ..... năm ... đến ngày .......... tháng ......... năm ....

+ Tại: .............................................. (*Cấp*..............) từ ngày ...... tháng ..... năm ... đến ngày .......... tháng ......... năm ....

**TÓM TẮT BỆNH ÁN**

- Tóm tắt dấu hiệu lâm sàng: .............................................................................................

……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….

- Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng chính có giá trị chẩn đoán, theo dõi điều trị

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

- Chẩn đoán: (bệnh chính)...................................................................................................

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

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

*- Phương pháp, thủ thuật đã thực hiện (nếu có)*

*................................................................................................................................. ………*

*.……………..........................................................................................................................*

*Thời gian bắt đầu thực hiện: …..giờ……phút…….ngày …..tháng …..năm…..*

*Thời gian kết thúc thực hiện: …..giờ……phút…….ngày …..tháng …..năm…..*

*- Kỹ thuật, thuốc điều trị chính đã sử dụng\*:*

*.................................................................................................................................*

*................................................................................................................................*

- Tình trạng người bệnh lúc chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:……………….

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

- Lí do chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: Khoanh tròn vào mục 1 hoặc 2 lý do chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp chọn mục 1, đánh dấu (X) vào ô tương ứng.

*(1) Đủ điều kiện chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

|  |  |
| --- | --- |
| *a) Phù hợp với quy định chuyển cấp chuyên môn kỹ thuật (\*\*):* | *□* |
| *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 cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hồi: … giờ ... phút, ngày … tháng …năm

- Trường hợp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giá trị trong 01 năm: (có/không)\*\*\*

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Ngày ... tháng ... năm ...****ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KCB/BS ĐIỀU TRỊ****(Ký tên, đóng dấu)* |