**PHỤ LỤC 2**

MẪU PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE TRƯỚC KHI BỐ TRÍ LÀM VIỆC  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 28/2016/TT-BYT ngày 30 tháng 6 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| *Ảnh màu (4 x 6cm)* | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------**    **PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE TRƯỚC KHI BỐ TRÍ LÀM VIỆC** |

Họ và tên *(viết chữ in hoa)*: …………………………………………………………………….

Giới: Nam □ nữ □          Sinh ngày ……………….tháng ………năm ………………………

Lý do khám sức khỏe *(ghi cụ thể ngành, nghề, công việc sẽ làm việc)*:

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

**I. TIỀN SỬ BỆNH** (ghi rõ tên bệnh/hội chứng bệnh/triệu chứng bệnh đã mắc hoặc đang mắc của đối tượng khám sức khỏe)

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

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

**II. YẾU TỐ TIẾP XÚC NGHỀ NGHIỆP**

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

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

**III. NỘI DUNG KHÁM**

**1. Khám tổng quát**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung khám** | **Kết quả** | **Phân loại** |
| 1 | **Thể lực**  Ngày... .tháng... .năm …….  Nhân viên y tế ký và ghi rõ họ tên | Chiều cao ………..cm, Cân nặng ……….. kg  Chỉ số BMI ……………………………………  Huyết áp …………………; mạch ………….. |  |
| 2 | **Khám nội khoa**  Ngày....tháng....năm ………  Bác sỹ khám ký và ghi rõ họ tên |  |  |
| Tuần hoàn |  |  |
| Hô hấp |  |  |
| Tiêu hóa |  |  |
| Thận - Tiết niệu |  |  |
| Nội tiết |  |  |
| Cơ - Xương - Khớp |  |  |
| Thần kinh |  |  |
| Tâm thần |  |  |
| 3 | **Mắt**  Ngày....tháng....năm……..  Bác sỹ khám ký và ghi rõ họ tên | Khám thị lực:  Không kính: Mắt phải: …………………                       Mắt trái ……………………  Có kính:        Mắt phải: ………………….                        Mắt trái ……………………  Các bệnh về mắt (nếu có): ……………… |  |
| 4 | **Tai - Mũi - Họng**  Ngày....tháng....năm………..  Bác sỹ khám ký và ghi rõ họ tên | - Khám thính lực:  Tai trái: Nói thường: ………….m;               Nói thầm: …………….m;  Tai phải: Nói thường: ………….m;                 Nói thầm: ……………..m;  - Các bệnh về tai, mũi, họng (nếu có) ….  ………………………………………………. |  |
| 5 | **Răng - Hàm - Mặt**  Ngày.... tháng....năm ………  Bác sỹ khám ký và ghi rõ họ tên | - Khám: Hàm trên: ……………..                Hàm dưới: …………….  - Các bệnh về Răng - Hàm - Mặt (nếu có) |  |
| 6 | **Da liễu**  Ngày....tháng....năm………..  Bác sỹ khám ký và ghi rõ họ tên |  |  |
| 7 | **Khám sản, phụ khoa**  Ngày....tháng....năm………  Bác sỹ khám ký và ghi rõ họ tên |  |  |
| 8 | **Khám ngoại khoa**  Ngày.... tháng....năm ……….  Bác sỹ khám ký và ghi rõ họ tên |  |  |
| 9 | **Cận lâm sàng theo yêu cầu của bác sỹ khám lâm sàng** |  |  |

**2. Khám phát hiện bệnh liên quan đến vị trí làm việc** *(Nội dung khám theo hướng dẫn tại Phụ lục 4 ban hành kèm theo Thông tư này)*

- Lâm sàng:

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

- Cận lâm sàng:

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

**III. KẾT LUẬN**

1. Phân loại sức khỏe: ……………………………………………………………………………

2. Các bệnh tật (nếu có) …………………………………………………………………………

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

3. Hiện tại đủ/không đủ sức khỏe làm việc cho ngành nghề, công việc (Ghi cụ thể nếu có), hướng giải quyết (nếu có) …………………………………………………………….

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Ngày    tháng     năm …….* **THỦ TRƯỞNG CƠ SỞ KHÁM BỆNH NGHỀ NGHIỆP** *(ký tên, đóng dấu và ghi rõ họ tên)* |

**PHỤ LỤC 3**

MẪU SỔ KHÁM SỨC KHỎE PHÁT HIỆN 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)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Ảnh màu (4 x 6cm)* | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------**     |  | | --- | | **Số sổ:** | |

**SỔ KHÁM SỨC KHỎE PHÁT HIỆN BỆNH NGHỀ NGHIỆP**

1. Họ và tên *(viết chữ in hoa)*: ……………………………………………………………………

2. Nam □ nữ □          Sinh ngày ……………….tháng ………năm ……………………………

3. Số CMND hoặc hộ chiếu: ………………………cấp ngày..../…./…… tại …………………

4. Hộ khẩu thường trú: ……………………………………………………………………………

5. Chỗ ở hiện tại: ………………………………………………………………………………….

6. Nghề, công việc hiện đang làm: ………………………………………………………………

7. Tên đơn vị đang làm việc: …………………………………………………………………….

8. Địa chỉ đơn vị đang làm việc: …………………………………………………………………

9. Ngày bắt đầu làm việc tại đơn vị hiện nay: ………/……/………….

10. Nghề, công việc trước đây (liệt kê các công việc đã làm trong 10 năm gần đây, tính từ thời điểm gần nhất):

(1) ……………………………………………………………………………………………………

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

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

thời gian làm việc ………tháng ……..năm từ …../….. /….. đến .../…./……...

Yếu tố tiếp xúc …………………………….Thời gian tiếp xúc …………………………………

(2) ……………………………………………………………………………………………………

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

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

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

11. Tiền sử gia đình: ……………………………………………………………………………..

12. Tiền sử bản thân: ……………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Người lao động xác nhận *(Ký, ghi rõ họ tên)* | *Ngày…… tháng …… năm…………* Người lập sổ *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

**I. KHÁM SỨC KHỎE PHÁT HIỆN BỆNH NGHỀ NGHIỆP**

**1. Khám tổng quát\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **NỘI DUNG KHÁM** | **KẾT QUẢ** | **PHÂN LOẠI** |
| **1** | **Thể lực**  Ngày... .tháng... .năm …….  Nhân viên y tế khám ký và ghi rõ họ tên | Chiều cao ………..cm, Cân nặng ……….. kg  Chỉ số BMI ……………………………………  Huyết áp …………………; mạch ………….. |  |
| **2** | **Khám nội khoa**  Ngày....tháng....năm ………  Bác sỹ khám ký và ghi rõ họ tên |  |  |
|  | Tuần hoàn |  |  |
|  | Hô hấp |  |  |
|  | Tiêu hóa |  |  |
|  | Thận - Tiết niệu |  |  |
|  | Nội tiết |  |  |
|  | Cơ - Xương - Khớp |  |  |
|  | Thần kinh |  |  |
|  | Tâm thần |  |  |
|  | Chuyên khoa khác |  |  |
| **3** | **Ngoại khoa**  Ngày....tháng....năm……..  Bác sỹ khám ký và ghi rõ họ tên |  |  |
| **4** | **Mắt**  Ngày....tháng....năm……..  Bác sỹ khám ký và ghi rõ họ tên | Khám thị lực:  Không kính: Mắt phải: …………………                       Mắt trái ……………………  Có kính:        Mắt phải: ………………….                        Mắt trái ……………………  Các bệnh về mắt (nếu có): ……………… |  |
| **5** | **Tai - Mũi - Họng**  Ngày....tháng....năm………..  Bác sỹ khám ký và ghi rõ họ tên | Khám thính lực:  Tai trái: Nói thường: ………….m;               Nói thầm: …………….m;  Tai phải: Nói thường: ………….m;                 Nói thầm: ……………..m;  - Các bệnh về tai, mũi, họng (nếu có) …….  ……………………………………………….  ………………………………………………. |  |
| **6** | **Răng - Hàm - Mặt**  Ngày.... tháng....năm ………  Bác sỹ khám ký và ghi rõ họ tên | Khám: Hàm trên: ……………..              Hàm dưới: …………….  Các bệnh về Răng - Hàm - Mặt (nếu có) |  |
| **7** | **Da liễu**  Ngày....tháng....năm………..  Bác sỹ khám ký và ghi rõ họ tên |  |  |
| **8** | **Khám sản, phụ khoa**  Ngày....tháng....năm………  Bác sỹ khám ký và ghi rõ họ tên |  |  |
| **9** | **Khám chuyên khoa khác**  Ngày.... tháng....năm ………. |  |  |
| **10** | **Chỉ định cận lâm sàng**  Ngày.... tháng....năm ………. |  |  |

*\*Trường hợp người lao động đã khám sức khỏe định kỳ theo quy định tại Thông tư số*[*14/2013/TT-BYT*](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/the-thao-y-te/thong-tu-14-2013-tt-byt-huong-dan-kham-suc-khoe-185665.aspx)*ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế hướng dẫn khám sức khỏe sẽ không phải khám lại nội dung này.*

**2. Khám phát hiện bệnh nghề nghiệp** *(Nội dung khám theo hướng dẫn tại Phụ lục 4 ban hành kèm theo Thông tư này; trường hợp phát hiện bệnh nghề nghiệp thì ghi sang Hồ sơ bệnh nghề nghiệp tại Phụ lục 8 ban hành kèm theo Thông tư này)*

- Lâm sàng:

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

- Cận lâm sàng:

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

**II. KẾT LUẬN**

1. Phân loại sức khỏe: ...…………………………………………………………………………

2. Các bệnh, tật (nếu có): ……………………………………………………………………….

3. Bệnh nghề nghiệp

*3.1. Chẩn đoán sơ bộ*

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

*3.2. Kết luận hội chẩn (nếu có, đính kèm theo biên bản hội chẩn)*

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

*3.3. Chẩn đoán xác định*

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

4. Hướng giải quyết: *chỉ định hội chẩn hoặc điều trị, điều dưỡng, phục hồi chức năng hoặc giám định, chuyển ngành, nghề, công việc khác phù hợp với sức khỏe hiện tại (nếu có):* ………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ngày    tháng    năm **CƠ SỞ KHÁM BỆNH NGHỀ NGHIỆP** *(ký tên, đóng dấu và ghi rõ họ tên)* |

**PHỤ LỤC 4**

NỘI DUNG KHÁM CHUYÊN KHOA PHÁT HIỆN BỆNH NGHỀ NGHIỆP TRONG DANH MỤC BỆNH NGHỀ NGHIỆP ĐƯỢC BẢO HIỂM  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 28/2016/TT-BYT ngày 30 tháng 6 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên bệnh** | **Yếu tố có hại** | **Nội dung khám** | |
| **Lâm sàng** | **Cận lâm sàng** |
| 1. | Bệnh bụi phổi silic nghề nghiệp | Bụi silic | Hệ hô hấp, tuần hoàn | - Chụp X-quang phổi; đo chức năng hô hấp.  - Chụp cắt lớp, tìm AFB trong đờm (nếu cần). |
| 2. | Bệnh bụi phổi amiăng nghề nghiệp | Bụi amiăng | Hệ hô hấp, tuần hoàn | - Chụp X quang phổi, đo chức năng hô hấp.  - Chụp cắt lớp, tìm AFB trong đờm (nếu cần) |
| 3. | Bệnh bụi phổi bông nghề nghiệp | Bụi bông, đay, lanh, gai | Hệ hô hấp, tuần hoàn, Tai - Mũi - Họng. | - Đo chức năng hô hấp  - Thử nghiệm lấy da  - Máu: Công thức máu  - Chụp X-quang phổi, nghiệm pháp dược động học, IgE, IgG máu (nếu cần).  - Test phục hồi phế quản (nếu cần). |
| 4. | Bệnh viêm phế quản mạn tính nghề nghiệp | Yếu tố gây viêm phế quản | Hệ hô hấp, tuần hoàn. | - Đo chức năng hô hấp  - Chụp X-quang phổi (nếu cần) |
| 5. | Bệnh hen phế quản nghề nghiệp | Chất gây mẫn cảm, kích thích gây hen phế quản | Hệ hô hấp, tuần hoàn | - Đo chức năng hô hấp trước và sau ca làm việc  - Thử nghiệm lấy da (nếu cần) |
| 6. | Bệnh bụi phổi talc nghề nghiệp | Bụi talc | Hệ hô hấp, tuần hoàn | - Chụp X-quang phổi; đo chức năng hô hấp.  - Chụp cắt lớp, tìm AFB trong đờm (nếu cần) |
| 7. | Bệnh bụi phổi than nghề nghiệp | Bụi than | Hệ hô hấp, tuần hoàn | - Chụp X-quang phổi; đo chức năng hô hấp.  - Chụp cắt lớp, tìm AFB trong đờm (nếu cần) |
| 8. | Bệnh nhiễm độc chì nghề nghiệp | Chì vô cơ, hữu cơ và các hợp chất của chì | Hệ tiêu hóa, tuần hoàn, thần kinh, tâm thần, Tai - Mũi - Họng, mắt, xương khớp, da, niêm mạc và hệ tạo máu. | - Máu: định lượng chì máu (trong trường hợp tiếp xúc chì vô cơ), công thức máu, hồng cầu hạt kiềm, huyết sắc tố,...  - Nước tiểu: định lượng chì niệu (trong trường hợp tiếp xúc chì hữu cơ), ∆ ALA niệu (trong trường hợp tiếp xúc chì vô cơ), trụ niệu, hồng cầu. |
| 9. | Bệnh nhiễm độc nghề nghiệp do benzen và đồng đẳng | Benzen, hoặc toluen, hoặc xylen | Hệ hô hấp, tuần hoàn, tiêu hóa, tiết niệu, da, niêm mạc và hệ tạo máu. | - Máu: Công thức máu, huyết sắc tố, tiểu cầu, thời gian máu đông, máu chảy  - Nước tiểu: Albumin, trụ niệu, hồng cầu niệu, axit t,t-muconic niệu hoặc phenol niệu (tiếp xúc benzen), O-crezon niệu hoặc axit hyppuric niệu (tiếp xúc toluen), axit metyl hyppuric niệu (tiếp xúc xylen). |
| 10. | Bệnh nhiễm độc thủy ngân nghề nghiệp | Thủy ngân vô cơ hoặc hữu cơ và các hợp chất của thủy ngân | Hệ thần kinh, tâm thần, tiêu hóa, tiết niệu, mắt, da, niêm mạc và răng. | - Máu: Công thức máu, thủy ngân máu (trường hợp nghi nhiễm độc cấp tính)  - Nước tiểu: thủy ngân niệu, albumin, trụ niệu, hồng cầu niệu.  - Tủy đồ (nếu cần) |
| 11. | Bệnh nhiễm độc mangan nghề nghiệp | Mangan và các hợp chất của mangan | Hệ hô hấp, thần kinh, vận động, tiêu hóa. | - Máu: Công thức máu,  - Nước tiểu: mangan niệu, albumin, trụ niệu, hồng cầu niệu.  - Tủy đồ (nếu cần). |
| 12. | Bệnh nhiễm độc trinitrotoluen nghề nghiệp | Trinitrotoluen (TNT) | Hệ thần kinh, da và niêm mạc, hệ tiêu hóa, tiết niệu, mắt... | - Máu: Methemoglobin, công thức máu, huyết sắc tố, men gan,  - Nước tiểu: Định tính TNT niệu, albumin, hồng cầu niệu, trụ niệu.  - Tủy đồ (nếu cần) |
| 13. | Bệnh nhiễm độc asen nghề nghiệp | Asen và hợp chất asen | Hệ thần kinh, tiết niệu, tiêu hóa, hô hấp, tuần hoàn, da. | - Máu: Công thức máu  - Nước tiểu: Asen niệu, albumin, hồng cầu niệu, trụ niệu.  - Định lượng asen tóc |
| 14. | Bệnh nhiễm độc nicôtin nghề nghiệp | Nicôtin | Hệ thần kinh, tâm thần, tuần hoàn, hô hấp. | - Máu: Công thức máu.  - Nước tiểu: Định lượng cotinin hoặc nicôtin niệu. |
| 15. | Bệnh nhiễm độc hóa chất bảo vệ thực vật nghề nghiệp | Hóa chất bảo vệ thực vật (BVTV) nhóm photpho hoặc cacbamat | Hệ thần kinh, tiêu hóa, tuần hoàn, da | - Máu: Công thức máu, định lượng men cholinesteraza hồng cầu hoặc huyết tương  - Nước tiểu: albumin, hồng cầu niệu, trụ niệu  - Định lượng hóa chất bảo vệ thực vật trong máu hoặc chất chuyển hóa trong nước tiểu (nếu cần). |
| 16. | Bệnh nhiễm độc cacbon monoxit nghề nghiệp | Cacbon monoxit (CO) | Hệ thần kinh cơ, hệ tuần hoàn, tim mạch. | - Máu: Định lượng HbCO  - Đo điện tim  - Siêu âm tim, mạch (nếu cần) |
| 17. | Bệnh nhiễm độc cadimi nghề nghiệp | Cadimi và hợp chất cadimi | Hệ thần kinh, tiết niệu, tiêu hóa, hô hấp, tuần hoàn, xương khớp. | - Nước tiểu: Cadimi niệu, albumin, beta2-micro-globulin niệu, hồng cầu niệu, trụ niệu, canxi niệu.  - Đo độ loãng xương, chụp X-quang xương  - Chức năng gan, thận, X-quang tim phổi (nếu cần) |
| 18. | Bệnh phóng xạ nghề nghiệp | Bức xạ ion hóa | Hệ tiêu hóa, hô hấp, tuần hoàn, hệ thống hạch bạch huyết. | - Máu: Huyết đồ  - Tủy đồ và/hoặc xét nghiệm nhiễm sắc thể (nếu cần) |
| 19. | Bệnh điếc nghề nghiệp do tiếng ồn | Tiếng ồn | Chuyên khoa Tai mũi họng | - Đo thính lực đơn âm.  - Chụp X-quang xương chũm, đo nhĩ lượng, phản xạ cơ bàn đạp, ghi đáp ứng thính giác thân não (nếu cần). |
| 20. | Bệnh nghề nghiệp do rung cục bộ | Rung tần số cao do sử dụng dụng cụ cầm tay | Hệ xương khớp, thần kinh và mao mạch ngoại vi. | - Chụp X-quang khớp cổ tay, khuỷu tay, khớp vai.  - Nghiệm pháp lạnh.  - Soi mao mạch, đo ngưỡng cảm nhận rung, cảm nhận đau (nếu cần). |
| 21. | Bệnh giảm áp nghề nghiệp | Giảm nhanh áp suất bên ngoài cơ thể | Hệ thần kinh, xương khớp, hô hấp, tuần hoàn, tiết niệu, tai mũi họng. | - Chụp X-quang xương, khớp  - Đo thính lực đơn âm  - Đo điện tim  - Nước tiểu: Tìm albumin trụ niệu, hồng cầu  - Máu: Công thức máu, định lượng canxi (nếu cần). |
| 22. | Bệnh nghề nghiệp do rung toàn thân | Rung cơ học tác động toàn thân | Cơ xương khớp, thần kinh, tiêu hóa, tiết niệu | - X-quang cột sống thắt lưng  - Chụp CT scanner hoặc MRI cột sống thắt lưng, nội soi dạ dày (nếu cần) |
| 23. | Bệnh sạm da nghề nghiệp | Yếu tố gây sạm da | Da, niêm mạc | - Đo liều sinh học (biodose)  - Nước tiểu: porphyrin niệu, melanogen niệu (nếu cần) |
| 24. | Bệnh viêm da và loét vách ngăn mũi nghề nghiệp do crôm | Crôm VI | Da, tai mũi họng | - Thử nghiệm áp bì (patch test) |
| 25. | Bệnh Leptospira nghề nghiệp | Xoắn khuẩn Leptospria | Hệ tiêu hóa, hô hấp, tuần hoàn, da | - Phản ứng ngưng kết tan Martin -Pettit  - Tìm xoắn khuẩn trong máu (nếu cần) |
| 26. | Bệnh nốt dầu nghề nghiệp | Dầu, mỡ bẩn | Da, niêm mạc. | - Thử nghiệm lấy da (prick test).  - Kỹ thuật xác định hạt dầu, hạt sừng.  - Đo pH da  - Thử nghiệm trung hòa kiềm theo phương pháp Burchardt (nếu cần) |
| 27. | Bệnh da nghề nghiệp do tiếp xúc môi trường ẩm ướt và lạnh kéo dài | Môi trường ẩm ướt, lạnh kéo dài | Da, niêm mạc, móng | - Đo pH da  - Xét nghiệm nấm da, móng, vi khuẩn vùng da tổn thương (nếu cần)  - Thử nghiệm trung hòa kiềm theo phương pháp Burchardt (nếu cần) |
| 28. | Bệnh da nghề nghiệp do tiếp xúc với cao su tự nhiên và hóa chất phụ gia cao su | Cao su tự nhiên và hóa chất phụ gia cao su | Da, hô hấp | - Thử nghiệm lấy da  - Thử nghiệp áp da  - Định lượng nồng độ IgE, IgG máu (nếu cần) |
| 29. | Bệnh lao nghề nghiệp | Vi khuẩn lao | Hệ tiêu hóa, hô hấp, tuần hoàn, da, tiết niệu, xương khớp... | - Chụp X-quang phổi.  - Tìm AFB trong đờm, trong dịch sinh học, phản ứng Mantoux, tốc độ máu lắng  - Chọc hạch, sinh thiết hạch, làm PCR (nếu cần) |
| 30. | Bệnh viêm gan vi rút B nghề nghiệp | Vi rút viêm gan B | Hệ tiêu hóa, hô hấp, tuần hoàn, da niêm mạc | - Máu: HBsAg, AST, ALT, công thức máu.  - Nước tiểu: Albumin, sắc tố mật, muối mật,...  - Siêu âm gan, mật. |
| 31. | Bệnh nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp | HIV | Da, tiêu hóa, hô hấp, tuần hoàn, tiết niệu | - Máu: Công thức máu, xét nghiệm HIV |
| 32. | Bệnh viêm gan vi rút C nghề nghiệp | Vi rút viêm gan C | Hệ tiêu hóa, hô hấp, tuần hoàn, da niêm mạc | - Máu: Anti HCV, AST, ALT, công thức máu.  - Nước tiểu: Albumin, sắc tố mật, muối mật,...  - Siêu âm gan, mật.  - HCV-RNA (nếu cần) |
| 33. | Bệnh ung thư trung biểu mô nghề nghiệp | Bụi amiăng | Hệ hô hấp, tuần hoàn, tiêu hóa | - Chụp X-quang phổi, CT scaner, đo chức năng hô hấp.  - Mô bệnh học, hóa mô miễn dịch  - Siêu âm tim, ổ bụng (nếu cần) |
| 34. | Bệnh đục thể thủy tinh nghề nghiệp | Bức xạ ion hóa, bức xạ tử ngoại nhân tạo, bức xạ nhiệt, vi sóng | Mắt, thần kinh | Siêu âm mắt, đo nhãn áp |

**PHỤ LỤC 5**

MẪU BIÊN BẢN XÁC NHẬN TIẾP XÚC VỚI YẾU TỐ CÓ HẠI GÂY BỆNH NGHỀ NGHIỆP CẤP TÍNH  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 28/2016/TT-BYT ngày 30 tháng 6 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

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

**BIÊN BẢN**

**Xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính**

Họ và tên: ……….………………………………….Tuổi: ………..Giới tính: …………………..

Nghề nghiệp: ……………………………………………………………………………………….

Nơi công tác: ……………………………………………………………………………………….

Hoàn cảnh xảy ra bệnh nghề nghiệp cấp tính: *(tường trình chi tiết)*

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

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

Thông tin về tình trạng bệnh

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

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

Thông tin về nguồn gây bệnh, yếu tố có hại, hoàn cảnh tiếp xúc

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

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

Đã xử trí như thế nào:

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

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

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

Tình trạng sức khỏe của người lao động bị bệnh nghề nghiệp cấp tính:

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Người lao động bị mắc bệnh nghề nghiệp** | **Người chứng kiến** | *………, ngày ……..tháng …… năm.......* **Thủ trưởng đơn vị** *(Ký tên, đóng dấu, ghi rõ họ tên)* |

**PHỤ LỤC 7**

MẪU HỒ SƠ 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 ---------------** |

**HỒ SƠ BỆNH NGHỀ NGHIỆP**

*Hồ sơ số*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Họ và tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giới tính: Nam/Nữ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ngày, tháng, năm sinh: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Số CMND/căn cước công dân: \_\_\_\_\_\_\_\_Nơi cấp:\_\_\_\_\_\_\_ ngày tháng năm cấp:\_\_\_\_\_\_\_

Nghề hoặc công việc: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tuổi nghề (năm): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chỗ ở hiện tại: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Số sổ khám sức khỏe phát hiện bệnh nghề nghiệp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tên cơ sở lao động: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phân xưởng/vị trí lao động: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Địa chỉ của cơ sở lao động: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Số Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Năm \_\_\_\_

**PHẦN I: KHÁM PHÁT HIỆN BỆNH NGHỀ NGHIỆP**

*(Do cơ sở khám bệnh nghề nghiệp thực hiện)*

**I. THÔNG TIN VỀ CƠ SỞ KHÁM BỆNH NGHỀ NGHIỆP**

Tên cơ sở khám bệnh nghề nghiệp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ngày, tháng, năm lập hồ sơ bệnh nghề nghiệp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Số Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Web-site: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. TIỀN SỬ NGHỀ NGHIỆP VÀ CÔNG VIỆC HIỆN TẠI**

1. Những nghề đã làm trước đây (thời gian và nghề nghiệp/công việc đã làm):\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Nội dung công việc và điều kiện lao động hiện tại (các yếu tố có hại, trang bị bảo hộ lao động):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) Đề nghị đính kèm theo Bản sao hợp lệ Kết quả thực hiện quan trắc môi trường lao động hoặc Biên bản xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính.

**III. KẾT QUẢ KHÁM BỆNH NGHỀ NGHIỆP**

**1. Tiền sử bệnh tật**

- Các bệnh đã mắc (thời gian, nơi điều trị, kết quả điều trị): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

+ Trước khi vào nghề: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

+ Sau khi vào nghề:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Bệnh sử:**

- Tình hình sức khỏe hiện tại (bệnh mắc chính, diễn biến của bệnh nghề nghiệp):\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Kết quả khám hiện tại**

***3.1. Thể trạng chung:***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***3.2. Khám các chuyên khoa liên quan đến bệnh nghề nghiệp***

**a) Triệu chứng cơ năng**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**b) Khám thực thể**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**c) Cận lâm sàng (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.3. Tóm tắt kết quả khám các chuyên khoa khác**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. KẾT LUẬN**

**1. Chẩn đoán sơ bộ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Kết luận hội chẩn** *(nếu có- Đính kèm theo biên bản hội chẩn)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Chẩn đoán xác định**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Hướng giải quyết** *(chỉ định hội chẩn hoặc điều trị, điều dưỡng, phục hồi chức năng hoặc giám định, chuyển ngành, nghề, công việc khác phù hợp với sức khỏe hiện tại (nếu cần):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Ngày ….. tháng ….. năm…..* Bác sỹ trưởng đoàn khám *(Ký, đóng dấu, ghi rõ họ tên)* |

**PHẦN II. KHÁM ĐỊNH KỲ BỆNH NGHỀ NGHIỆP**

*(Do cơ sở khám bệnh nghề nghiệp thực hiện và được bổ sung vào hồ sơ bệnh nghề nghiệp sau mỗi lần khám)*

**I. THÔNG TIN VỀ CƠ SỞ KHÁM BỆNH NGHỀ NGHIỆP**

Tên cơ sở khám bệnh nghề nghiệp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ngày, tháng, năm lập hồ sơ bệnh nghề nghiệp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Số Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Web-site: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. THÔNG TIN VỀ GIÁM ĐỊNH TỶ LỆ SUY GIẢM KHẢ NĂNG LAO ĐỘNG**

Tên bệnh nghề nghiệp chẩn đoán: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cơ sở khám bệnh nghề nghiệp chẩn đoán \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ngày, tháng năm chẩn đoán: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ngày tháng năm khám định kỳ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lần khám: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Khám giám định bệnh nghề nghiệp (nếu có):

- Hội đồng giám định y khoa:

- Biên bản giám định y khoa số: \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_ tháng \_\_\_\_\_\_\_năm 201 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Tỉ lệ suy giảm khả năng lao động: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sổ trợ cấp ngày \_\_\_\_\_ tháng \_\_\_\_\_ năm 201 \_\_\_\_\_

**III. TIỀN SỬ NGHỀ NGHIỆP VÀ CÔNG VIỆC HIỆN TẠI**

1. Những nghề đã làm trước đây (thời gian và nghề nghiệp/công việc đã làm): \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Nội dung công việc và điều kiện lao động hiện tại (các yếu tố có hại, trang bị bảo hộ lao động):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(\*) Đề nghị đính kèm theo Bản sao hợp lệ Kết quả thực hiện quan trắc môi trường lao động gần nhất.*

**IV. KẾT QUẢ KHÁM ĐỊNH KỲ BỆNH NGHỀ NGHIỆP**

- Lâm sàng:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Cận lâm sàng:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III. KẾT LUẬN**

**1. Chẩn đoán sơ bộ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Kết luận hội chẩn** *(nếu có - đính kèm theo biên bản hội chẩn)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Chẩn đoán xác định** (ghi rõ mức độ bệnh, tiến triển so với kết quả khám bệnh nghề nghiệp liền kề trước đó)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Hướng giải quyết:** *chỉ định hội chẩn hoặc điều trị, điều dưỡng, phục hồi chức năng hoặc giám định, chuyên ngành, nghề, công việc khác phù hợp với sức khỏe hiện tại (nếu cần):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Ngày …..tháng ….. năm....* Bác sỹ trưởng đoàn khám *(Ký, đóng dấu, ghi rõ họ tên)* |

**PHẦN III. TÓM TẮT DIỄN BIẾN SỨC KHỎE HÀNG NĂM**

*(Do người sử dụng lao động cập nhật)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Năm khám** | **Tình trạng của bệnh** | **Điều trị từ ngày** | **Điều dưỡng từ ngày** | **Phục hồi chức năng** | **Tỷ lệ suy giảm khả năng lao động** | **Kết quả sau đợt điều trị, điều dưỡng** | **Ghi chú** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Ngày …..tháng …..năm ……* Thủ trưởng đơn vị lao động *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

**PHỤ LỤC 9**

MẪU BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP NGƯỜI LAO ĐỘNG 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 ---------------** |
|  | *…………., ngày ….. tháng …… năm ………* |

**BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP  
NGƯỜI LAO ĐỘNG MẮC BỆNH NGHỀ NGHIỆP**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thông tin cơ sở khám bệnh nghề nghiệp** | **Tên cơ sở khám bệnh nghề nghiệp:** | | | |
| Địa chỉ | | | |
| Người liên hệ                                            Số điện thoại: | | | |
| **Thông tin cơ sở lao động** | Tên cơ sở lao động | | | |
| Địa chỉ | | | |
| Người liên hệ                                            Số điện thoại: | | | |
| Loại hình sản xuất, kinh doanh | | | |
| Ngành | | | |
| Quy mô: 1. Lớn (>200 lao động); 2. Vừa (51 - ≤ 200 lao động); 3. Nhỏ (≤ 50 lao động) | | | |
| **Thông tin trường hợp mắc bệnh nghề nghiệp** | | | | |
| **Họ và tên người lao động** | | Giới tính  1 Nam              2 Nữ | | **Ngày sinh**  Ngày     tháng     năm |
| **Tên bệnh nghề nghiệp** | | | | |
| **Nghề nghiệp** | | | | **Thời gian tiếp xúc thực tế**  Năm ……..Tháng ……..Ngày……… |
| **Ngày xảy ra (đối với sự cố)**  Ngày     tháng      năm | | | **Ngày chẩn đoán (đối với bệnh nghề nghiệp)**  Ngày      tháng      năm | |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Thủ trưởng đơn vị khám bệnh nghề nghiệp** *(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)* |

**Ghi chú:**

*- Báo cáo này do cơ sở khám bệnh nghề nghiệp lập và gửi cho:*

*+ Cơ sở lao động;*

*+ Sở Y tế/Y tế bộ ngành.*

*- Sở Y tế/Y tế bộ ngành tổng hợp gửi Bộ Y tế (Cục Quản lý môi trường y tế).*

**PHỤ LỤC 10**

MẪU TỔNG HỢP KẾT QUẢ ĐỢT KHÁM SỨC KHỎE PHÁT HIỆN 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: ……../………. | *…………., ngày ….. tháng …… năm 20……* |

Kính gửi: Cơ sở sử dụng lao động (tên cơ sở)

Thi hành Điều 21 Luật an toàn, vệ sinh lao động ngày 25/6/2015; Thông tư số 28/2016/TT-BYT ngày 30 tháng 6 năm 2016 của Bộ Y tế hướng dẫn quản lý bệnh nghề nghiệp. Cơ sở khám bệnh nghề nghiệp (ghi rõ tên đơn vị) đã tiến hành khám sức khỏe phát hiện bệnh nghề nghiệp cho đơn vị (ghi rõ tên đơn vị tổ chức khám), kết quả như sau:

**I. KẾT QUẢ KHÁM, PHÂN LOẠI SỨC KHỎE**

**1. Kết quả khám sức khỏe:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TT | Họ và tên | Bộ phận làm việc | Tuổi/Giới | | Phân loại sức khỏe | | | | | Tình trạng bệnh tật | Hướng giải quyết | Ghi chú |
| Nam | Nữ | I | II | III | IV | V |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tổng |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2. Tổng hợp kết quả khám, phân loại sức khỏe:**

a) Số người lao động được khám/ tổng số người lao động (Tỷ lệ …..%);

b) Phân loại sức khỏe:

- Loại I: ………người (Tỷ lệ …..%);

- Loại II: ………người (Tỷ lệ …..%);

- Loại III: ………người (Tỷ lệ …..%);

- Loại IV: ………người (Tỷ lệ …..%);

- Loại V: ………người (Tỷ lệ …..%);

c) Tình trạng bệnh tật người lao động:

- Tổng số người lao động mắc bệnh: …………….., trong đó:

+ Bệnh cấp tính;

+ Bệnh mạn tính.

**II. KẾT QUẢ PHÁT HIỆN BỆNH NGHỀ NGHIỆP**

**1. Danh sách người mắc bệnh nghề nghiệp:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TT | Tên bệnh nhân | Tuổi | Nghề khi bị BNN | Tuổi nghề | Ngày phát hiện bệnh | Tên bệnh nghề nghiệp | Công việc hiện nay |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**2. Tổng hợp kết quả khám bệnh nghề nghiệp**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TT | Tên bệnh nghề nghiệp | NLĐ được khám sức khỏe phát hiện BNN | | NLĐ được chẩn đoán mắc BNN | |
| Tổng số | Lao động nữ | Tổng số | Lao động nữ |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
|  | Tổng cộng |  |  |  |  |

**III. KIẾN NGHỊ CỦA ĐOÀN KHÁM:**

1. Điều trị cho người lao động mắc bệnh cấp tính, mạn tính, bệnh nghề nghiệp;

2. Tổ chức điều dưỡng, phục hồi chức năng cho người lao động có sức khỏe loại IV, V, những người bị bệnh, bệnh nghề nghiệp.

3. Tổ chức cho người lao động mắc bệnh nghề nghiệp khám giám định bệnh nghề nghiệp.

4. Bố trí sắp xếp việc làm cho người lao động phù hợp với sức khỏe;

5. Cải thiện điều kiện nơi làm việc cho người lao động;

6. Tổ chức thực hiện chế độ bồi dưỡng độc hại, nguy hiểm bằng hiện vật.

7. ……………

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Thủ trưởng cơ sở khám bệnh nghề nghiệp** *(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)* |