

Số: 657/KH-TTYT

Lái Thiêu, ngày 27 tháng 5 năm 2026

KẾ HOẠCH

**Về việc triển khai khám sức khỏe cho người dân
trên địa bàn năm 2026**

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09 tháng 01 năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ Y tế quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Quyết định số 1284/QĐ-BYT ngày 07 tháng 05 năm 2026 của Bộ Y tế về triển khai quản lý sức khỏe toàn dân và tăng cường chuyên đổi số trong hoạt động khám sức khỏe;

Căn cứ Quyết định số 1255/QĐ-SYT ngày 18 tháng 03 năm 2026 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh về việc ban hành Quy định chức năng, nhiệm vụ quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế khu vực Thuận An trực thuộc Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh;

Căn cứ Công văn số 4663/SYT-NVY ngày 10 tháng 4 năm 2026 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh về việc thống nhất biểu mẫu khám sức khỏe theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT và thực hiện chuyển đổi số dữ liệu khám sức khỏe;

Căn cứ Công văn số 3401/BYT-KCB ngày 12 tháng 05 năm 2026 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn nội dung chuyên môn khám sức khỏe định kỳ cho người dân;

Căn cứ Công văn số 6801/SYT-NVY ngày 22 tháng 05 năm 2026 của Sở Y tế về việc chuẩn bị triển khai khám sức khỏe định kỳ cho người dân trên địa bàn Thành phố năm 2026;

Căn cứ tình hình thực tế tại Trung tâm Y tế khu vực Thuận An.

Trung tâm Y tế khu vực Thuận An xây dựng kế hoạch triển khai khám sức khỏe cho người dân trên địa bàn năm 2026 cụ thể như sau:

I. MỤC ĐÍCH, YÊU CẦU

1. Mục đích:

- Tổ chức khám sức khỏe toàn dân nhằm phát hiện sớm bệnh tật, yếu tố nguy cơ và quản lý sức khỏe liên tục cho người dân trên địa bàn.
- Tăng cường quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử và cập nhật dữ liệu sức khỏe đồng bộ theo định hướng chuyển đổi số ngành y tế.
- Nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe ban đầu, dự phòng bệnh tật và quản lý bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng.
- Từng bước hoàn thiện dữ liệu sức khỏe dân cư phục vụ công tác quản lý, điều hành và hoạch định chính sách y tế.

2. Yêu cầu:

- Việc tổ chức khám sàng lọc, tầm soát phải bảo đảm đúng chuyên môn, đúng đối tượng, đúng quy trình kỹ thuật, phù hợp với năng lực của từng đơn vị và điều kiện thực tế tại địa phương.

- Bố trí khu vực khám riêng biệt, tách biệt với khu vực khám chữa bệnh thường quy; thực hiện phân luồng hợp lý nhằm tránh ùn ứ, quá tải và bảo đảm hoạt động khám chữa bệnh thường xuyên của đơn vị.

- Kết quả khám, tầm soát phải được ghi nhận đầy đủ, chính xác, có kết luận ban đầu, phân loại đối tượng và chỉ định theo dõi, quản lý hoặc chuyển tuyến khi cần thiết.

- Bảo đảm liên thông dữ liệu với hồ sơ sức khỏe điện tử, phục vụ công tác quản lý sức khỏe người dân lâu dài; dữ liệu phải đúng, đủ, sạch và bảo đảm an toàn thông tin theo quy định.

- Hoạt động tầm soát phải gắn với công tác quản lý sau khám, bảo đảm người dân có yếu tố nguy cơ hoặc phát hiện bất thường được theo dõi, tư vấn, hẹn khám lại hoặc chuyển tuyến kịp thời.

- Tăng cường phối hợp giữa bệnh viện, trạm y tế, chính quyền địa phương trong tổ chức triển khai, bảo đảm hiệu quả, đồng bộ và bao phủ đối tượng mục tiêu.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHẠM VI TRIỂN KHAI

1. Đối tượng

Người dân đang sinh sống, học tập và làm việc trên địa bàn khu vực.

2. Phạm vi triển khai

- Tại Trung tâm Y tế khu vực Thuận An;
- Các Trạm Y tế khu vực;
- Các điểm khám lưu động, trường học, cơ quan, doanh nghiệp và cộng đồng dân cư khu vực.

3. Thời gian thực hiện

Từ tháng 6 năm 2026 đến hết tháng 12 năm 2026.

III. NỘI DUNG TRIỂN KHAI

1. Địa điểm

- Lầu 1 khoa Khám bệnh - Trung tâm Y tế khu vực Thuận An.
- Các điểm khám lưu động theo sự phân công của Sở Y tế, UBND các phường xã.

2. Công tác chuẩn bị

- Thành lập 02 Tổ khám sức khỏe hoạt động song song. Thành phần gồm Bác sĩ chuyên khoa Nội, Ngoại, Da liễu, Mắt, Tai Mũi Họng, Răng Hàm Mặt; chuyên khoa Nhi; Điều dưỡng; kỹ thuật viên và nhân viên hỗ trợ.

- Bố trí nhân sự tham gia gồm các nhân sự có giấy phép hành nghề phù hợp phạm vi chuyên môn, bảo đảm năng lực chuyên môn.

- Tổ chức tập huấn chuyên môn, quy trình khám, sử dụng biểu mẫu và phần mềm quản lý dữ liệu.

- Chuẩn bị cơ sở vật chất: Bố trí khu vực khám riêng biệt gồm đủ các chuyên khoa; chuẩn bị đầy đủ bàn khám, trang thiết bị gồm hệ thống xét nghiệm đạt chuẩn và X-quang tại chỗ - di động, vật tư y tế; Bảo đảm hệ thống công nghệ thông tin, đường truyền internet và thiết bị nhập liệu.

- Công tác truyền thông:
 - + Tuyên truyền trên hệ thống loa phát thanh, bảng tin, mạng xã hội và các phương tiện truyền thông địa phương;
 - + Phối hợp chính quyền địa phương vận động người dân tham gia khám sức khỏe.

3. Nội dung khám sức khỏe

3.1 Đối với trẻ e dưới 6 tuổi:

- Các dấu hiệu sinh tồn;
- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng;
- Đánh giá sự phát triển tinh thần, vận động;
- Đánh giá viêm chủng;
- Thăm khám toàn thân và các bộ phận: Da, đầu - cổ, mắt, tai mũi họng, răng miệng, hô hấp, tim mạch, bụng và cơ quan sinh dục, cơ xương khớp và thần kinh;
- Trắc nghiệm phát hiện nguy cơ tự kỷ (áp dụng cho trẻ từ 16-30 tháng tuổi).

3.2 Đối với người từ đủ 06 tuổi đến dưới 18 tuổi:

- Khám đầy đủ các nội dung chuyên khoa lâm sàng theo mẫu số 02, phụ lục số XXIV ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT
- Các xét nghiệm cận lâm sàng thực hiện khi có chỉ định của bác sỹ hoặc yêu cầu tự nguyện chi trả của người dân, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp hoặc theo tình hình thực tiễn về khả năng hỗ trợ chi trả của địa phương, đơn vị.

3.3 Đối tượng từ đủ 18 tuổi trở lên:

- Khám đầy đủ các nội dung chuyên khoa lâm sàng theo mẫu số 03, phụ lục số XXIV ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT:

- + Khám lâm sàng: Đánh giá thể lực và khám 06 chuyên khoa.
- + Các xét nghiệm cận lâm sàng theo mẫu số 01, phụ lục số XXIV ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT, bao gồm:

Xét nghiệm máu;

Công thức máu: Số lượng hồng cầu; Số lượng Bạch cầu; Số lượng tiểu cầu;

Sinh hóa máu: Đường máu; Urê, Creatinin; ASAT (GOT), ALAT (GPT);

Xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu: Đường; Protein;

Chẩn đoán hình ảnh (X.quang tìm phổi thẳng).

4. Quản lý và liên thông dữ liệu:

- Thực hiện nhập dữ liệu sức khỏe của người dân lên Nền tảng quản lý sức khỏe cộng đồng của Sở Y tế tại địa chỉ <https://quanlyskcd.medinet.org.vn>.
- Hoàn thành nhập dữ liệu khám sức khỏe trong thời hạn không quá 48 giờ kể từ khi kết thúc đợt khám.
- Phân công đầu mối kiểm tra, rà soát và hiệu chỉnh dữ liệu, bảo đảm đồng bộ dữ liệu với hồ sơ sức khỏe điện tử.
- Không sử dụng dữ liệu sai mục đích; Bảo đảm an toàn thông tin và bảo mật dữ liệu cá nhân.
- Tư vấn điều trị, tái khám hoặc chuyển tuyến phù hợp.

III. PHÂN CÔNG THỰC HIỆN

1. Phòng Kế hoạch nghiệp vụ

- Là đầu mối tham mưu Ban Giám đốc xây dựng kế hoạch tổ chức khám sức khỏe cho người dân trên địa bàn; đảm bảo nội dung phù hợp với định hướng chuyên môn và tình hình thực tế của đơn vị.

- Điều phối nhân sự tham gia khám, phân công cụ thể theo từng tổ khám, từng chuyên khoa; đảm bảo đúng cơ cấu chuyên môn và năng lực hành nghề.

- Theo dõi, giám sát toàn bộ quá trình triển khai; kịp thời xử lý các tình huống phát sinh về chuyên môn.

- Tổng hợp số liệu, đánh giá kết quả thực hiện; xây dựng báo cáo nhanh và báo cáo tổng kết trình Ban Giám đốc và cơ quan cấp trên.

- Tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho toàn bộ người lao động đang làm việc tại đơn vị theo quy định tại Điều 21, Luật An toàn, vệ sinh lao động và quy định của Thông tư số 32/2023/TT-BYT của Bộ Y tế.

- Triển khai đồng bộ các hoạt động truyền thông về mục tiêu, ý nghĩa và lợi ích của việc khám sức khỏe định kỳ, khám sàng lọc phát hiện sớm bệnh tật và quản lý sức khỏe toàn dân.

2. Phòng Tổ chức hành chính:

- In phiếu khám theo biểu mẫu.

3. Khoa Dược, phòng Vật tư- thiết bị y tế

- Lập kế hoạch cung ứng đầy đủ thuốc, hóa chất, vật tư tiêu hao phục vụ hoạt động khám và xử trí ban đầu cho người dân.

- Chuẩn bị đầy đủ trang thiết bị y tế cần thiết

- Kiểm tra, hiệu chuẩn, bảo trì toàn bộ thiết bị trước khi triển khai; đảm bảo thiết bị hoạt động ổn định, chính xác.

- Phân công nhân sự trực hỗ trợ kỹ thuật trong suốt quá trình khám, xử lý kịp thời các sự cố liên quan đến thiết bị.

- Đảm bảo cung ứng vật tư, thuốc kịp thời, không để gián đoạn hoạt động khám.

- Thực hiện quản lý, cấp phát và theo dõi sử dụng thuốc, vật tư theo đúng quy định.

4. Các khoa lâm sàng, cận lâm sàng

- Bố trí bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên tham gia các tổ khám theo phân công; đảm bảo đầy đủ nhân lực và đúng chuyên môn.

- Thực hiện khám lâm sàng, cận lâm sàng theo đúng quy trình kỹ thuật; đảm bảo chất lượng chuyên môn và an toàn người bệnh.

- Thực hiện các dịch vụ cận lâm sàng (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh...) theo chỉ định, trả kết quả kịp thời phục vụ công tác kết luận.

- Kết luận tình trạng sức khỏe, tư vấn hướng điều trị, hướng dẫn theo dõi hoặc chuyển tuyến khi cần thiết.

- Phối hợp lập danh sách các trường hợp có yếu tố nguy cơ, bệnh lý cần theo dõi lâu dài; bàn giao cho bộ phận quản lý sức khỏe cộng đồng.

- Tham gia công tác truyền thông, tư vấn giáo dục sức khỏe trực tiếp cho người dân trong quá trình khám.

- Chịu trách nhiệm dự trù thiết bị, vật tư tiêu hao, hóa chất liên quan tới chuyên khoa, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh do khoa thực hiện để đảm bảo công tác thăm khám được hoàn thành.

IV. ĐỀ NGHỊ PHỐI HỢP

1. Đề nghị Ủy ban nhân dân các Phường, xã

- Chỉ đạo các bộ phận liên quan rà soát, lập danh sách đối tượng trên địa bàn theo đề xuất chuyên môn của trạm y tế.
- Tổ chức thông báo, truyền thông rộng rãi nhằm vận động người dân tham gia khám sức khỏe định kỳ đầy đủ, đúng thời gian quy định.
- Phối hợp thanh quyết toán chi phí khám sức khỏe toàn dân.

2. Đề nghị Trạm y tế Phường, xã

- Tham mưu Ủy ban nhân dân xây dựng và tổ chức triển khai kế hoạch tại địa phương.

Trên đây là về việc triển khai khám sức khỏe định kỳ cho người dân trên địa bàn năm 2026 của Trung tâm Y tế khu vực Thuận An. Đề nghị các khoa phòng nghiêm túc triển khai, phối hợp thực hiện. Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc, các đơn vị báo cáo về Phòng Kế hoạch nghiệp vụ để tổng hợp, tham mưu Ban Giám đốc xem xét giải quyết.

Trân trọng./.

Nơi nhận:

- Sở Y tế;
- Ban giám đốc;
- Các khoa phòng;
- Lưu: VT, KHN.

GIÁM ĐỐC



Phan Quang Toàn

PHỤ LỤC 1

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1284/QĐ-BYT ngày 07 tháng 5 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ DÙNG CHO TRẺ EM DƯỚI 06 TUỔI

MẪU 1- GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 0 - DƯỚI 2 THÁNG TUỔI

HÀNH CHÍNH			
1. Họ và tên (In hoa):			
2. Sinh ngày:	Sinh non: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tuần thai khi sinh: _____ tuần	
3. Giới:	<input type="checkbox"/> KB <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		
4. Dân tộc:			
5. Nơi ở:			
6. Họ tên người đi cùng trẻ:			
7. Mối quan hệ với trẻ: <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Ông/bà <input type="checkbox"/> Anh/chị <input type="checkbox"/> Họ hàng <input type="checkbox"/> Khác			
8. Tiền sử mẹ:			
- PARA:			
- Bất thường trong thai kỳ trước:			
- Bệnh lý trong thai kỳ:			
- Thuốc uống trong lúc mang thai:			
- Bệnh lý mẹ sàng lọc trước sinh			
9. Tiền sử của trẻ			
- Kiểu sinh: <input type="checkbox"/> Sinh thường <input type="checkbox"/> Sinh mổ			
- Tình trạng của trẻ sau sinh: <input type="checkbox"/> Đa kê da và nằm với mẹ đến khi ra viện <input type="checkbox"/> Điều trị tại Khoa sơ sinh			
- Bệnh lý của trẻ sau sinh (ghi rõ):			
- Sàng lọc sơ sinh <input type="checkbox"/> Máu gót chân. <input type="checkbox"/> Thính lực <input type="checkbox"/> Tim bẩm sinh			
- Dinh dưỡng: <input type="checkbox"/> Bú mẹ hoàn toàn <input type="checkbox"/> Bú mẹ + sữa công thức (SCT) <input type="checkbox"/> SCT hoàn toàn			
- Tiền sử tiếp xúc với người bệnh lao: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU SINH TỒN			
Nhiệt độ:.... độ C	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Sốt	<input type="checkbox"/> Hạ thân nhiệt
Mạch:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Nhanh	
Nhịp thở:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Thở nhanh	<input type="checkbox"/> Thở chậm
	<input type="checkbox"/> Bình thường		
ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG			
Chiều dài (cm).....Chiều dài/Tuổi:SD			
Cân nặng (kg).....Cân nặng/Tuổi:SD			
Vòng đầu (cm):cm <input type="checkbox"/> Đầu to <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Đầu nhỏ			
ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN - VẬN ĐỘNG			

Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này có/đang làm được	Kết quả	
	Có	Không
- Trẻ vận động tay, chân đồng đều cả 2 bên khi nằm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trẻ quay đầu hướng về âm thanh như tiếng chuông, tiếng nhạc, lời nói của bố mẹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bắt đầu có thể phát ra tiếng ê, a, gi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nhìn theo khuôn mặt của bố/mẹ/người chăm sóc với khoảng cách 30cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG		
Kiểm tra sổ tiêm chủng	Có	Không
- Viêm gan B mũi 1 (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lao (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tư vấn:		
KHÁM LÂM SÀNG		
<i>Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính.</i>		
1. Toàn trạng		
- Trẻ mở mắt tự nhiên	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Màu sắc da	<input type="checkbox"/> Hồng hào	<input type="checkbox"/> Nhợt <input type="checkbox"/> Tím <input type="checkbox"/> Vàng <input type="checkbox"/> Sạm da
- Sang thương da	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Bóng nước <input type="checkbox"/> Khác
Mô tả sang thương (nếu có):		
2. Đầu - cổ		
2.1. Khám đầu - cổ		
- Thóp:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Rộng <input type="checkbox"/> Hẹp <input type="checkbox"/> Thóp phồng
- Hình dạng đầu:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Vận động cổ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Giới hạn
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		
2.2. Khám mắt		
- Vị trí 2 mắt:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> 2 mắt xa nhau
- Mí mắt và kết mạc:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Sung/ đỏ <input type="checkbox"/> Cháy ghèn/mủ
- Đồng tử (kích thước, phản xạ):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Phản xạ Red reflex:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Bất thường (P) <input type="checkbox"/> Bất thường (T)
.....		
2.3. Khám tai		
- Vị trí tai:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Tai đóng thấp
- Số lượng tai:	<input type="checkbox"/> Đủ 2 bên tai	<input type="checkbox"/> Bất thường tai bên....
- Có khối sưng sau tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
.....		

2.4. Khám mũi

- Hình dạng mũi: Bình thường Mũi to, dày Bất sản xương mũi

2.5. Khám miệng

- Hình dạng: Bình thường Sứt môi, chẻ vòm
- Răng sữa sơ sinh: Không Có
- Hình dạng lưỡi: Bình thường Lưỡi to bè
- Dính thắt lưỡi: Không Có
- Nám miệng: Không Có
- Cằm nhỏ, tụt về sau: Không Có

3. Hô hấp

- Nhịp thở không đều: Không Có cơn ngưng thở trên 5 giây
- Thở rút lõm lồng ngực: Không Có
- Tiếng thở bất thường: Không Có
- Nghe phổi: Bình thường Không bình thường

4. Tim mạch

- Đo SpO₂: % Bình thường Dưới <95%
- Vị trí mỏm tim: Bình thường Không bình thường
- Ô đập bất thường: Không Có
- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn): Bất rõ Mạch nhẹ Không bắt được
- Tiếng tim: Đều, rõ, không âm thổi Không đều
 Tiếng tim bất thường Âm thổi Rung miểu

5. Bụng và cơ quan sinh dục

- Hình dáng bụng, rốn: Bình thường Không bình thường
- Gan, lách to: Không Có
- Khối bất thường: Không Có
- Lỗ hậu môn: Không Có
- Cơ quan sinh dục nam (thoát vị bẹn, tinh hoàn ẩn, lỗ tiểu đóng thấp):
 Không Có
- Cơ quan sinh dục nữ: Bình thường Không bình thường

6. Lưng và cột sống

- Hình dạng cột sống: Toàn vẹn, cân đối Hở cột sống Vẹo cột sống

7. Cơ xương và thần kinh

- Vận động không đối xứng: Không Có
- Phản xạ bú: Không Có
- Phản xạ nắm: Không Có
- Phản xạ Moro: Không Có
- Trương lực cơ: Bình thường Tăng Giảm
- Khớp háng: Bình thường Trật khớp háng

KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN

Kết luận về sức khỏe:

- Bình thường.
 Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).

Có vấn đề về sức khỏe.
 Ghi rõ:

Tư vấn và hẹn khám lần sau:

MẪU 2- GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 2 - 3 THÁNG TUỔI

HÀNH CHÍNH		
1. Họ và tên (<i>In hoa</i>):		
2. Sinh ngày:	Sinh non: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tuần thai khi sinh: _____
_____ tuần <input type="checkbox"/> KB		
3. Giới:	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
4. Dân tộc:		
5. Nơi ở:		
6. Họ tên người đi cùng trẻ:		
7. Mối quan hệ với trẻ:	<input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Ông/bà <input type="checkbox"/> Anh/chị <input type="checkbox"/> Họ hàng <input type="checkbox"/> Khác	
8. Tiền sử:		
- Bản thân:		
- Gia đình:		
- Tiền sử tiếp xúc với người bệnh lao:	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
ĐÁNH GIÁ ĐẦU HIỆU SINH TỒN		
Nhiệt độ:.....độ C	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Mạch:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Nhịp thở:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
	<input type="checkbox"/> Bình thường	
ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG		
Chiều dài (cm).....Chiều dài/Tuổi:SD		
Cân nặng (kg).....Cân nặng/Tuổi:SD		
Chu vi vòng cánh tay (mm):		
Vòng đầu (cm):		
<input type="checkbox"/> Phù dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Dấu hiệu thiếu máu <input type="checkbox"/> Dấu hiệu còi xương <input type="checkbox"/> Suy dinh dưỡng		
<input type="checkbox"/> Thừa cân/béo phì		
ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN - VẬN ĐỘNG		
Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được	Kết quả	
	Có	Không
- Phát ra tiếng khàn khàn, gừ gừ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cười mỉm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nhấc được đầu khi nằm sấp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tim mạch

- Vị trí mỏm tim: Bình thường Không bình thường
- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn): Bình thường Không bình thường
- Nghe tim (rối loạn nhịp tim, tiếng thổi): Không Có

5. Bụng và cơ quan sinh dục

- Hình dáng bụng, rốn: Bình thường Không bình thường
- Gan, lách to: Không Có
- Khối bất thường: Không Có
- Cơ quan sinh dục nam (thoát vị bẹn, tinh hoàn ẩn):
 Không Có
- Cơ quan sinh dục nữ: Bình thường Không bình thường

6. Cơ xương và thần kinh

- Vận động không đối xứng: Không Có
- Phản xạ cơ: Bình thường Không bình thường
- Trương lực cơ bất thường: Không Có
- Khớp háng: Bình thường Không bình thường
- Dấu hiệu còi xương: Không Có

KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN

Kết luận về sức khỏe:

- Bình thường.
- Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).
- Có vấn đề về sức khỏe.

Ghi rõ:

Tư vấn và hẹn khám lần sau:

MẪU 3- GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 4 - 6 THÁNG TUỔI

HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Sinh ngày: _____ Sinh non: Có Không Tuần thai khi sinh: _____
tuần KB
3. Giới: Nam Nữ
4. Dân tộc:
5. Nơi ở:
6. Họ tên người đi cùng trẻ:
7. Mối quan hệ với trẻ: Cha Mẹ Ông/bà Anh/chị Họ hàng Khác
8. Tiền sử:
 - Bản thân:
 - Gia đình:

- Trẻ ngoan/yên khi được vỗ về, hát ru, địu, đưa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mắt nhìn theo đồ vật chuyển động	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG		
Kiểm tra sổ tiêm chủng	Có	Không
- Viêm gan B mũi 1 (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lao (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tư vấn:		
KHÁM LÂM SÀNG		
<i>Quan sát: Nét mặt/tư thế/ty lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính.</i>		
1. Da		
- Lòng bàn tay: <input type="checkbox"/> Không nhợt <input type="checkbox"/> Nhợt		
- Các lỗ rò trên da: Rò luân nhi (trước tai), rò xoang bị (vùng cụt/cột dọc theo cột sống)		
<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
- Vàng da kéo dài:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
2. Dầu - cổ		
2.1. Khám đầu - cổ		
- Thóp:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Kích thước và hình dạng đầu:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
2.2. Khám mắt		
- Mí mắt và kết mạc:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Rung giật nhãn cầu/lác/vận động mắt bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Đồng tử (kích thước, phản xạ):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
2.3. Khám tai		
- Đáp ứng với âm thanh:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Có khối sưng sau tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
2.4. Khám miệng		
<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường	
3. Hô hấp		
- Dấu hiệu suy hô hấp:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Tiếng thở bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Nghe phổi:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường

- Tiền sử tiếp xúc với người bệnh lao: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU SINH TỒN		
Nhiệt độ:.....độ C Mạch:.....lần/phút Nhịp thở:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường
ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG		
Chiều dài (cm).....Chiều dài/Tuổi:SD Cân nặng (kg).....Cân nặng/Tuổi:SD Chu vi vòng cánh tay (mm): Vòng đầu (cm): <input type="checkbox"/> Phù dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Dấu hiệu thiếu máu <input type="checkbox"/> Dấu hiệu còi xương <input type="checkbox"/> Suy dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Thừa cân/béo phì		
ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN - VẬN ĐỘNG		
Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này. thường làm được	Kết quả	
	Có	Không
- Mắt nhìn theo đồ chơi và người đang di chuyển	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biểu hiện sự thích thú với mọi người (cử động tay chân, phát ra tiếng,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cười hoặc mỉm cười thể hiện sự thích thú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Phát ra âm thanh khi vui vẻ hoặc không thoải mái	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Giữ đầu thẳng khi đỡ ngực trẻ hoặc khi đỡ trẻ ở tư thế ngồi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Quay đầu về phía âm thanh, tiếng của cha mẹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Phát ra các âm thanh khi có người nói chuyện với trẻ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nhìn đồ vật, đưa tay hoặc với tay về phía đồ vật	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cầm nắm được đồ vật trong tay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ngồi khi được giữ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết lẫy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG		
Kiểm tra sổ tiêm chủng	Có	Không
- Viêm gan B mũi 1 (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lao (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiêm vắc xin bại liệt IPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tư vấn:

KHÁM LÂM SÀNG

Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính.

1. Da Bình thường Không bình thường

Lòng bàn tay Bình thường (Không nhợt) Không bình thường (Nhợt)

2. Đầu - cổ

2.1. Khám đầu - cổ

- Thóp: Bình thường Không bình thường

- Kích thước và hình dạng đầu: Bình thường Không bình thường

- Khối bất thường: Không Có

2.2. Khám mắt

- Mí mắt và kết mạc: Bình thường Không bình thường

- Rung giật nhãn cầu/lác/vận động mắt bất thường: Không Có

- Đồng tử (kích thước, phản xạ): Bình thường Không bình thường

2.3. Khám tai

- Màng nhĩ: Bình thường Không bình thường

- Đáp ứng với âm thanh: Bình thường Không bình thường

- Có khối sưng sau tai: Không Có

- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai: Không Có

2.4. Khám miệng Bình thường Không bình thường

3. Hô hấp

- Dấu hiệu suy hô hấp: Không Có

- Tiếng thở bất thường Không Có

- Nghe phổi Bình thường Không bình thường

4. Tim mạch

- Vị trí mỏm tim: Bình thường Không bình thường

- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn): Bình thường Không bình thường

- Nghe tim (rối loạn nhịp tim, tiếng thổi): Không Có

5. Bụng và cơ quan sinh dục

- Hình dáng bụng, rốn: Bình thường Không bình thường

Chiều dài (cm).....Chiều dài/Tuổi:SD		
Cân nặng (kg).....Cân nặng/Tuổi:SD		
Chu vi vòng cánh tay (mm):		
Vòng đầu (cm):		
<input type="checkbox"/> Phù dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Dấu hiệu thiếu máu <input type="checkbox"/> Dấu hiệu còi xương <input type="checkbox"/> Suy dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Thừa cân/béo phì		
ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN - VẬN ĐỘNG		
Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được	Kết quả	
	Có	Không
- Bập bẹ chuỗi âm thanh khác nhau (b b, r, o)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Phát ra âm thanh (khóc, la hét) hoặc cử chỉ để thu hút sự chú ý và đòi giúp đỡ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Chơi các trò chơi tương tác với người chăm sóc (chạm mũi, ú òa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Quay đầu về phía tiếng gọi hoặc người nói chuyện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết nhìn theo đồ vật bị giấu đi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nhận biết được lạ - quen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ngồi được không cần hỗ trợ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dùng ngón cái đối diện các ngón còn lại để túm, lấy đồ vật	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dứng khi được xúc nách	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG		
Kiểm tra sổ tiêm chủng	Có	Không
- Viêm gan B mũi 1 (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lao (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiêm vắc xin bại liệt IPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sởi đơn (9 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tư vấn:		
KHÁM LÂM SÀNG		

Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính

1. Da Bình thường Không bình thường

Lòng bàn tay: Bình thường (Không nhợt) Không bình thường (Nhợt)

2. Đầu - cổ

2.1. Khám đầu - cổ

- Sờ thóp: Bình thường Không bình thường

- Kích thước và hình dạng đầu: Bình thường Không bình thường

- Khối bất thường: Không Có

2.2. Khám mắt

- Mí mắt và kết mạc: Bình thường Không bình thường

- Rung giật nhãn cầu/lác/vận động mắt bất thường: Không Có

- Đồng tử (kích thước, phản xạ): Bình thường Không bình thường

2.3. Khám tai

- Tai và màng nhĩ: Bình thường Không bình thường

- Có khối sưng sau tai: Không Có

- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai: Không Có

2.4. Khám mũi họng Bình thường Không bình thường

2.5. Bất thường răng miệng Không Có

3. Hô hấp

- Dấu hiệu suy hô hấp: Không Có

- Tiếng thở bất thường: Không Có

- Nghe phổi: Bình thường Không bình thường

4. Tim mạch

- Vị trí mỏm tim: Bình thường Không bình thường

- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn): Bình thường Không bình thường

- Nghe tim (rối loạn nhịp tim, tiếng thổi): Không Có

5. Bụng và cơ quan sinh dục

- Hình dáng bụng, rốn: Bình thường Không bình thường

- Gan, lách to: Không Có

- Khối bất thường: Không Có

- Cơ quan sinh dục ngoài: Bình thường Không bình thường

6. Cơ xương và thần kinh

- Vận động không đối xứng: Không Có

- Trương lực cơ: Bình thường Không bình thường

- Phản xạ cơ: Bình thường Không bình thường

- Dấu hiệu còi xương: Không Có

--	--	--	--	--

KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN

Kết luận về sức khỏe:

- Bình thường.
 Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).
 Có vấn đề về sức khỏe.

Ghi rõ:

Tư vấn và hẹn khám lần sau:

MẪU 5- GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 10 - 12 THÁNG TUỔI

HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (*In hoa*):
2. Sinh ngày: _____ Sinh non: Có Không Tuần thai khi sinh: _____
 tuần KB
3. Giới: Nam Nữ
4. Dân tộc:
5. Nơi ở:
6. Họ tên người đi cùng trẻ:
7. Mối quan hệ với trẻ: Cha Mẹ Ông/bà Anh/chị Họ hàng Khác
8. Tiền sử:
 - Bản thân:
 - Gia đình:
 - Tiền sử tiếp xúc với người bệnh lao: Có Không

ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU SINH TỒN

Nhiệt độ:.....độ C	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Mạch:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Nhịp thở:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
	<input type="checkbox"/> Bình thường	

ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG

- Chiều dài (cm).....Chiều dài/Tuổi:SD
 Cân nặng (kg).....Cân nặng/Tuổi:SD
 Chu vi vòng cánh tay (mm):
 Vòng đầu (cm):
 Phù dinh dưỡng Dấu hiệu thiếu máu Dấu hiệu còi xương Suy dinh dưỡng
 Thừa cân/béo phì

ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN - VẬN ĐỘNG

Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được	Kết quả
---	---------

	Có	Không
- Đáp ứng, quay về phía người gọi tên trẻ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hiểu một số câu hỏi đơn giản, quen thuộc (<i>Quả bóng ở đâu? Bó đâu? Mẹ đâu?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bập bẹ được một số từ gồm cả nguyên âm và phụ âm (<i>ba, bà, ma, da, đi...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bắt chước được một vài động tác: vỗ tay hoan hô, vẫy tay, lắc đầu, ú ớ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nhìn được đồ vật theo hướng tay của cha mẹ chỉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lo lắng khi bị tách khỏi bố mẹ/người chăm sóc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Đứng vịn được, biết đứng lên khi được kéo tay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Có thể đi chèo hoặc lết bằng mông	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG		
Kiểm tra sổ tiêm chủng	Có	Không
- Viêm gan B mũi 1 (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lao (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiêm vắc xin bại liệt IPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sởi đơn (9 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm não Nhật Bản mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm não Nhật Bản mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Khác (ghi rõ):		
Tư vấn:		
KHÁM LÂM SÀNG		
<i>Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính</i>		
1. Da <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
Lòng bàn tay: <input type="checkbox"/> Bình thường (Không nhợt) <input type="checkbox"/> Không bình thường (Nhợt)		

2. Đầu - cổ

2.1. Khám đầu - cổ

- Sờ thóp: Bình thường Không bình thường
- Kích thước và hình dạng đầu: Bình thường Không bình thường
- Khối bất thường: Không Có

.....

2.2. Khám mắt

- Mí mắt và kết mạc: Bình thường Không bình thường
- Rung giật nhãn cầu/lác/vận động mắt bất thường: Không Có
- Đồng tử (kích thước, phản xạ): Bình thường Không bình thường

.....

2.3. Khám tai

- Tai và màng nhĩ: Bình thường Không bình thường
- Có khối sưng sau tai: Không Có
- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai: Không Có

.....

2.4. Khám mũi họng Bình thường Không bình thường

.....

2.5. Bất thường răng miệng Không Có

.....

3. Hô hấp

- Dấu hiệu suy hô hấp: Không Có
- Tiếng thở bất thường: Không Có
- Nghe phổi: Bình thường Không bình thường

.....

4. Tim mạch

- Vị trí mỏm tim: Bình thường Không bình thường
- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn): Bình thường Không bình thường
- Nghe tim (rối loạn nhịp tim, tiếng thổi): Không Có

.....

5. Bụng và cơ quan sinh dục

- Hình dáng bụng, rốn: Bình thường Không bình thường
- Gan, lách to: Không Có
- Khối bất thường: Không Có
- Cơ quan sinh dục ngoài: Bình thường Không bình thường

.....

6. Cơ xương và thần kinh

- Vận động không đối xứng: Không Có
- Trương lực cơ: Bình thường Không bình thường
- Phản xạ cơ: Bình thường Không bình thường
- Dấu hiệu còi xương: Không Có

.....

--	--	--	--

KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN

Kết luận về sức khỏe:

Bình thường.

Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).

Có vấn đề về sức khỏe.

Ghi rõ:

Tư vấn và hẹn khám lần sau:

MẪU 6- GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 13 - 18 THÁNG TUỔI

HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (*In hoa*):

2. Sinh ngày: Sinh non: Có Không Tuần thai khi sinh: ___
___ tuần KB

3. Giới: Nam Nữ

4. Dân tộc:

5. Nơi ở:

6. Họ tên người đi cùng trẻ:

7. Mối quan hệ với trẻ: Cha Mẹ Ông/bà Anh/chị Họ hàng Khác

8. Tiền sử:

- Bản thân:

- Gia đình:

- Tiền sử tiếp xúc với người bệnh lao: Có Không

ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU SINH TỒN

Nhiệt độ:.....độ C

Mạch:.....lần/phút

Nhịp thở:.....lần/phút

Bình

thường

Bình

thường

Bình

thường

Không bình thường

Không bình thường

Không bình thường

ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG

Chiều dài (cm).....Chiều dài/Tuổi:SD

Cân nặng (kg).....Cân nặng/Tuổi:SD

Chu vi vòng cánh tay (mm):

Vòng đầu (cm):

Phù dinh dưỡng Dấu hiệu thiếu máu Dấu hiệu còi xương Suy dinh dưỡng

Thừa cân/béo phì

ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TÍNH TIỀN - VẬN ĐỘNG

Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được

Kết quả

Có

Không

- Nói được từ 5-20 từ đơn có nghĩa, có chủ đích (*V/D: bố, mẹ, bà, xe, chó*). Phát âm có thể chưa rõ ràng.

- Biết dùng tay để cầm và ăn thức ăn cứng

- Sợ hãi khi tiếp xúc với người lạ hoặc đến nơi lạ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bất chước được tiếng nói và cử chỉ của người khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết tìm đến bố mẹ/người chăm sóc thân thiết khi buồn, sợ hãi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Thể hiện sự hứng thú với trẻ khác: nhìn, lại gần, cười, chơi cùng,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tự cởi mũ/dép mà không cần bố mẹ trợ giúp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết bò/đò dẫm đi lên được 3-4 bậc cầu thang, tam cấp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Làm được các yêu cầu đơn giản bằng lời nói không có chỉ dẫn (lấy được đồ vật/đồ chơi quen thuộc theo yêu cầu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dùng ngón trỏ để chỉ cho người khác biết thứ mình muốn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trả lời hoặc quay đầu về phía người gọi tên trẻ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Di được khi có người dắt, bám vào thành tủ, giường để di chuyển (trẻ <15 tháng); đi mà không cần trợ giúp (biết đi) (trẻ 18 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cố gắng ngồi xổm để nhặt đồ chơi dưới sàn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG		
Kiểm tra sổ tiêm chủng	Có	Không
- Viêm gan B mũi 1 (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lao (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiêm vắc xin bại liệt IPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sởi đơn (9 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm não Nhật Bản mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm não Nhật Bản mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 4 (18 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sởi- Rubella (MR - 18 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Khác (ghi rõ):		
Tư vấn:		

KHÁM LÂM SÀNG

Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính

1. Da Bình thường Không bình thường

Lòng bàn tay: Bình thường (không nhợt) Không bình thường (nhợt)

2. 2. Đầu - cổ

2.1. Khám đầu-cổ

- Thóp: Bình thường Không bình thường

- Kích thước và hình dạng đầu: Bình thường Không bình thường

- Khối bất thường: Có Không

2.2. Khám mắt

- Mí mắt và kết mạc: Bình thường Không bình thường

- Rung giật nhãn cầu/lác/vận động mắt bất thường: Không Có

- Đồng tử (kích thước, phản xạ): Bình thường Không bình thường

2.3. Khám tai

- Tai và màng nhĩ: Bình thường Không bình thường

- Có khối sưng sau tai: Không Có

- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai: Không Có

2.4. Khám mũi họng Bình thường Không bình thường

2.5. Bất thường răng miệng Không Có

3. Hô hấp

- Dấu hiệu suy hô hấp: Không Có

- Tiếng thở bất thường: Không Có

- Nghe phổi: Bình thường Không bình thường

4. Tim mạch

- Vị trí mỏm tim: Bình thường Không bình thường

- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn): Bình thường Không bình thường

- Nghe tim (rối loạn nhịp tim, tiếng thổi): Không Có

5. Bụng và cơ quan sinh dục

- Hình dáng bụng, rốn: Bình thường Không bình thường

- Gan, lách to: Không Có

- Khối bất thường: Không Có

- Cơ quan sinh dục ngoài: Bình thường Không bình thường

6. Cơ xương và thần kinh

- Vận động không đối xứng: Không Có

Phù dinh dưỡng Dấu hiệu thiếu máu Dấu hiệu còi xương Suy dinh dưỡng
 Thừa cân/béo phì

ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN - VẬN ĐỘNG

Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được	Kết quả	
	Có	Không
- Chỉ được một vài bộ phận trên cơ thể	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ăn bằng thìa mà ít rơi vãi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết hợp tác với bố mẹ trong các hoạt động hàng ngày	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trẻ bắt đầu tập chạy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nói được một vài từ ghép (2 từ) có ý nghĩa, có chủ đích (uống nước, ăn cơm, đi chơi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Làm được yêu cầu 1 hoặc 2 hành động liên tiếp theo yêu cầu của người khác (VD: bỏ cái bút vào cốc rồi đưa cho cô; hoặc lấy ô tô rồi đưa cho mẹ, vứt rác vào thùng rác)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Đi lùi 2 bước mà không cần trợ giúp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết cho đồ vật vào hộp hoặc lọ có miệng nhỏ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG

Kiểm tra sổ tiêm chủng	Có	Không
- Viêm gan B mũi 1 (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lao (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uống vắc xin bại liệt lần 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiêm vắc xin bại liệt IPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sởi đơn (9 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm não Nhật Bản mũi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm não Nhật Bản mũi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván - Viêm gan B - Hib (vắc xin 5 trong 1) mũi 4 (18 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sởi- Rubella (MR - 18 tháng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Khác (ghi rõ):		
Tư vấn:		

- Trương lực cơ: Bình thường Không bình thường
 - Phản xạ cơ: Bình thường Không bình thường
 - Kiểm tra lưng: Bình thường Không bình thường
 - Khám tứ chi và khớp: Bình thường Không bình thường
 - Quan sát dáng đi: Bình thường Không bình thường

KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN

Kết luận về sức khỏe:

- Bình thường.
 Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).
 Có vấn đề về sức khỏe.

Ghi rõ:

Tư vấn và hẹn khám lần sau:

MẪU 7- GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 19 - DƯỚI 24 THÁNG TUỔI

HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (*In hoa*):
 2. Sinh ngày: _____ Sinh non: Có Không Tuần thai khi sinh: _____
 _____ tuần KB
 3. Giới: Nam Nữ
 4. Dân tộc:
 5. Nơi ở:
 6. Họ tên người đi cùng trẻ:
 7. Mối quan hệ với trẻ: Cha Mẹ Ông/bà Anh/chị Họ hàng Khác
 8. Tiền sử:
 - Bản thân:
 - Gia đình:
 - Tiền sử tiếp xúc với người bệnh lao: Có Không

ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU SINH TỒN

Nhiệt độ:.....độ C	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Mạch:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Nhịp thở:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
	<input type="checkbox"/> Bình thường	

ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG

Chiều dài (cm).....Chiều dài/Tuổi:SD
 Cân nặng (kg).....Cân nặng/Tuổi:SD
 Chu vi vòng cánh tay (mm):
 Vòng đầu (cm):

KHÁM LÂM SÀNG

Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính

1. Da Bình thường Không bình thường

Lòng bàn tay: Bình thường (không nhợt) Không bình thường (nhợt)

2. Đầu - cổ

2.1. Khám đầu - cổ

- Thóp: Bình thường Không bình thường

- Kích thước và hình dạng đầu: Bình thường Không bình thường

- Khối bất thường: Không Có

2.2. Khám mắt

- Mí mắt và kết mạc: Bình thường Không bình thường

- Rung giạt nhãn cầu/lác/vận động mắt bất thường: Không Có

- Đồng tử (kích thước, phản xạ): Bình thường Không bình thường

2.3. Khám tai

- Tai và màng nhĩ: Bình thường Không bình thường

- Có khối sưng sau tai: Không Có

- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai Không Có

2.4. Khám mũi họng Bình thường Không bình thường

2.5. Bất thường răng miệng Không Có

3. Hô hấp

- Dấu hiệu suy hô hấp: Không Có

- Tiếng thở bất thường: Không Có

- Nghe phổi: Bình thường Không bình thường

4. Tim mạch

- Vị trí mỏm tim: Bình thường Không bình thường

- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn): Bình thường Không bình thường

- Nghe tim (rối loạn nhịp tim, tiếng thổi): Không Có

5. Bụng và cơ quan sinh dục

- Hình dáng bụng, rốn: Bình thường Không bình thường

- Gan, lách to: Không Có

- Khối bất thường: Không Có

- Cơ quan sinh dục ngoài: Bình thường Không bình thường

6. Cơ xương và thần kinh

- Vận động không đối xứng: Không Có

- Trạng lực cơ: Bình thường Không bình thường
 - Phản xạ cơ: Bình thường Không bình thường
 - Kiểm tra lưng: Bình thường Không bình thường
 - Khám tứ chi và khớp: Bình thường Không bình thường
 - Quan sát đáng đi: Bình thường Không bình thường
-

KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN

Kết luận về sức khỏe:

Bình thường.

Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).

Có vấn đề về sức khỏe.

Ghi rõ:

Tư vấn và hẹn khám lần sau:

.....

MẪU 8- GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO TRẺ 2 - DƯỚI 6 TUỔI

HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa): Mã định danh (CCCD):

2. Sinh ngày: Sinh non: Có Không Tuần thai khi sinh: _____
 _____ tuần KB*

3. Giới: Nam Nữ

4. Dân tộc:

5. Nơi ở: Trường lớp (nếu có):

6. Họ tên người đi cùng trẻ: Số điện thoại:

7. Mối quan hệ với trẻ: Cha Mẹ Ông/bà Anh/chị Họ hàng Khác

8. Tiền sử:

- Bản thân:

- Gia đình:

- Tiền sử tiếp xúc với người bệnh lao: Có Không

ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU SINH TỒN

Nhiệt độ:.....độ C	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Mạch:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
Nhịp thở:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
	<input type="checkbox"/> Bình thường	

ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG

Chiều dài (cm)..... Chiều dài/Tuổi:SD

Cân nặng (kg).....Cân nặng/Tuổi:SD
 Phù dinh dưỡng Suy dinh dưỡng Thừa cân/béo phì

ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN -VẬN ĐỘNG 2 - <3 TUỔI

Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được	Kết quả	
	Có	Không
- Thực hiện được 2-3 yêu cầu liên tiếp (VD: lấy dép và đội mũ/cởi mũ, cởi giày và cất dép lên kệ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nhận biết các hình, đồ vật, bộ phận cơ thể theo yêu cầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nói được câu khoảng 4-5 từ; Biết nói tên, tuổi của trẻ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Chơi các trò chơi bắt chước (chơi nấu ăn, cho búp bê ăn,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vịn cầu thang để bước lên các bậc, nhảy bật lên phía trước bằng cả 2 chân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Đứng một chân khoảng 1 giây mà không cần vịn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cầm được bút vẽ đường thẳng, hình tròn; tô màu; cầm kéo cắt giấy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mở được nắp chai nước, vặn nắm cửa. Lật, mở từng trang sách	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trẻ có thể dùng muỗng, thìa để tự ăn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tập trung nghe nhạc hoặc nghe đọc truyện trong thời gian từ 5-10 phút	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN -VẬN ĐỘNG 3 - <4 TUỔI

Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được	Kết quả	
	Có	Không
- Thực hiện được yêu cầu làm 3 hoạt động không liên quan (VD: cất đồ chơi vào thùng; đội mũ; đưa đồ vật cho bố mẹ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nói được câu dài, bắt đầu thích kể chuyện (VD: Con đi chơi công viên; Con muốn ôm mẹ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hỏi và trả lời được nhiều câu hỏi (VD: Tại sao? Con muốn đi đâu? Con muốn ăn gì?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết so sánh và đưa ra sự khác biệt (to hơn- nhỏ hơn; đẹp hơn- xấu hơn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Đứng yên bằng 1 chân khoảng 5 giây; tự tin lên xuống cầu thang bằng 2 chân, nhảy lò cò	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Có thể cài hoặc mở khuy áo, kéo khoá kéo, rửa tay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Có thể cầm kéo, nặn, tô màu theo hình	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trẻ tự ăn uống bằng thìa/ muỗng; có thể tự lấy thức ăn không làm rơi vãi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tự mặc và cởi quần áo không cần hỗ trợ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Nói đúng được các thông tin của bản thân: tên, tuổi, tên bố mẹ; số điện thoại	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Thể hiện cảm xúc rõ ràng và biết an ủi người khác khi họ buồn, lo lắng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN - VẬN ĐỘNG 4 - <5 TUỔI		
Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được	Kết quả	
	Có	Không
- Có thể đếm to hoặc đếm bằng ngón tay khi được hỏi (VD: có bao nhiêu quả táo trên bàn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nói những câu hoàn chỉnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết ném và bắt bóng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Có thể nhảy lò cò bằng 1 chân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tự mặc và cởi quần áo không cần hỗ trợ nhiều	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hầu như luôn vâng lời người lớn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Có thể tách rời bố mẹ hoặc người chăm sóc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kể lại được câu chuyện khi được nghe nhiều lần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN - VẬN ĐỘNG 5 - <6 TUỔI		
Hành vi và năng lực trẻ độ tuổi này thường làm được	Kết quả	
	Có	Không
- Biết họ tên đầy đủ, tuổi, giới tính, địa chỉ nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nói rõ ràng, sử dụng câu dài và kể lại sự việc chi tiết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hiểu và làm theo nhiều hướng dẫn liên tiếp (4-5 bước)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nhận biết chữ cái, con số; có thể viết tên mình	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Đếm được đến 20 trở lên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vẽ người với nhiều chi tiết (tay, chân, quần áo, tóc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết tự chăm sóc bản thân: mặc quần áo, đánh răng, buộc dây giày	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vận động: chạy nhanh, nhảy xa, ném - bắt bóng tốt, đi thăng bằng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biết chơi trò chơi tập thể, tuân thủ luật lệ, chờ đến lượt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG		
Kiểm tra sổ tiêm chủng	Có	Không
- Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván- Bại liệt (nhắc lại)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sởi - Quai bị- Rubella (nhắc lại)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm gan B (nhắc lại)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Viêm não Nhật Bản B (nhắc lại)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Thủy đậu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Cúm mùa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Khác (ghi rõ):		
Tư vấn:		
KHÁM LÂM SÀNG		
<i>Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính</i>		
1. Da <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
Lòng bàn tay: <input type="checkbox"/> Bình thường (không nhợt) <input type="checkbox"/> Không bình thường (nhợt)		
Bất thường về da: <input type="checkbox"/> Chàm <input type="checkbox"/> Ghẻ <input type="checkbox"/> Nấm <input type="checkbox"/> Bướu máu <input type="checkbox"/> Dấu xuất huyết		
.....		
2. 2. Đầu - cổ		
2.1. Khám đầu - cổ		
- Tóc: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Rụng tóc		
- Kích thước và hình dạng đầu: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
- Khối bất thường: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
.....		
...		
2.2. Khám mắt		
- Mí mắt và kết mạc: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
- Lác mắt: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
- Không nhìn theo đồ vật: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
- Đồng tử (kích thước, phản xạ): <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
.....		
2.3. Khám tai		
- Tai và màng nhĩ: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
- Đáp ứng với âm thanh: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
- Có khối sưng sau tai: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
.....		
2.4. Khám mũi họng		
- Chảy nước mũi: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
- Nghẹt mũi: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
- Họng: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		
.....		
...		
2.5. Bất thường răng miệng		
- Nấm miệng: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
- Vết sâu, mảng bám, lỗ trên răng: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
- Vết loét ở niêm mạc miệng: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
.....		
3. Hô hấp		
- Dấu hiệu suy hô hấp: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
- Tiếng thở bất thường: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		
- Nghe phổi: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường		

.....

4. Tim mạch

- Vị trí mỏm tim: Bình thường Không bình thường
- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn): Bình thường Không bình thường
- Nghe tim (rối loạn nhịp tim, tiếng thổi): Không Có

.....

5. Bụng và cơ quan sinh dục

- Hình dáng bụng, rốn:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Gan, lách to:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Táo bón:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Tiêu chảy kéo dài:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Cơ quan sinh dục ngoài:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường

.....

6. Cơ xương và thần kinh

- Vận động không đối xứng: Không Có
- Trương lực cơ: Bình thường Không bình thường
- Phản xạ cơ: Bình thường Không bình thường
- Kiểm tra lưng: Bình thường Không bình thường
- Khám tứ chi và khớp: Bình thường Không bình thường
- Quan sát dáng đi: Bình thường Không bình thường

.....

KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN

Kết luận về sức khỏe:

- Bình thường.
- Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).
- Có vấn đề về sức khỏe.

Ghi rõ:

Tư vấn và hẹn khám lần sau:

MẪU 9- MẪU TRẮC NGHIỆM NGUY CƠ TỤ KÝ (M-CHAT-R)
(Áp dụng cho trẻ từ 16 - 30 tháng tuổi)

Họ tên trẻ:..... Nam/Nữ.
 Ngày sinh:..... Tuổi:.....
 Địa chỉ:.....
 Ngày đánh giá:.....
 Người đánh giá: Bố Mẹ Người chăm sóc khác:.....
 Anh/chị hãy trả lời các câu hỏi dưới đây về những hành vi có thể gặp ở con mình.
 Nếu hành vi nào xảy ra rất ít khi (chỉ thấy 1-2 lần) thì coi như không có.

Nội dung	Có	Không
1. Nếu bạn chỉ vào một điểm trong phòng, con bạn có nhìn theo không? (Ví dụ: nếu bạn chỉ vào đồ chơi hay con vật, con bạn có nhìn vào đồ chơi đó hay con vật đó không?)		
2. Bạn có bao giờ tự hỏi liệu con bạn có bị điếc không?		
3. Con bạn có chơi trò tưởng tượng hoặc giả vờ không? (Ví dụ: giả vờ uống nước từ một cái cốc rỗng, giả vờ nói chuyện điện thoại hay giả vờ cho búp bê, thú bông ăn)		
4. Con bạn có thích leo trèo lên đồ vật không? (Ví dụ: trèo lên đồ đạc trong nhà, đồ chơi ngoài trời hoặc leo cầu thang)		
5. Con bạn có làm các cử động ngón tay một cách bất thường gần mắt của trẻ không? (Ví dụ: con bạn có vẫy/đưa qua đưa lại ngón tay gần mắt của trẻ)		
6. Con bạn có dùng ngón tay trỏ để yêu cầu việc gì đó, hoặc để muốn được giúp đỡ không? (Ví dụ: chỉ vào bim bim hoặc đồ chơi ngoài tầm với)		
7. Con bạn có dùng một ngón tay để chỉ cho bạn thứ gì đó thú vị mà trẻ thích thú không? (Ví dụ: chỉ vào máy bay trên bầu trời hoặc một cái xe tải lớn trên đường)		
8. Con bạn có thích chơi với những đứa trẻ khác không? (Ví dụ: con bạn có quan sát những đứa trẻ khác, cười với những trẻ này hoặc tới chơi với chúng không?)		
9. Con bạn có khoe với bạn những đồ vật bằng cách cầm hoặc mang chúng đến cho bạn xem, không phải để được bạn giúp đỡ mà chỉ để chia sẻ với bạn không? (Ví dụ: khoe với bạn một bông hoa, thú bông hoặc một cái xe tải đồ chơi)		
10. Con bạn có đáp lại khi được gọi tên không? (Ví dụ: con bạn có ngược lên tìm người gọi, đáp chuyện hay bập bẹ, hoặc ngừng việc đang làm khi bạn gọi tên của trẻ?)		
11. Khi bạn cười với con bạn, con bạn có cười lại với bạn không?		
12. Con bạn có cảm thấy khó chịu bởi những tiếng ồn xung quanh? (Ví dụ: con bạn có hét lên hay la khóc khi nghe tiếng ồn của máy hút bụi hoặc tiếng nhạc to?)		
13. Con bạn có biết đi không?		
14. Con bạn có nhìn vào mắt bạn khi bạn đang nói chuyện với trẻ, chơi cùng trẻ hoặc mặc quần áo cho trẻ không?		
15. Con bạn có bắt chước những điều bạn làm không? (Ví dụ: vẫy tay bye bye, vỗ tay hoặc bắt chước tạo ra những âm thanh vui vẻ)		

<input type="checkbox"/> Bệnh tâm thần <input type="checkbox"/> Bệnh tiêu hóa <input type="checkbox"/> Bệnh hoặc tổn thương cột sống <input type="checkbox"/> Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc) <input type="checkbox"/> Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng <input type="checkbox"/> Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác <input type="checkbox"/> Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim) <input type="checkbox"/> Bệnh khác (ghi rõ): 	
---	--

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

.....

b) Tiền sử sản phụ khoa (Đối với nữ độ tuổi sinh đẻ 18-49 tuổi):

- Bắt đầu thấy kinh nguyệt năm bao nhiêu tuổi:

- Tính chất kinh nguyệt: Đều Không đều

Chu kỳ kinh:

Lượng kinh: Ngày

Đau bụng kinh: Có Không

- Đã lập gia đình: Có Chưa

- PARA:

- Số lần mổ sản, phụ khoa: Chưa Có, Ghi rõ:

- Có đang áp dụng BPTT không? Chưa Có, Ghi rõ:

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

..... ngày tháng năm

Người đề nghị khám sức khỏe
(Ký và ghi rõ họ, tên)

**KHÁM SỨC KHỎE
 I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT**

Bác sĩ khám sức khỏe hỏi và ghi chép các tiền sử bệnh tật, bệnh nghề nghiệp theo mã ICD

.....

II. KIỂM THỂ LỰC

Chiều cao:cm; Cân nặng:..... Kg; Chỉ số BMI:

Mạch:..... lần/phút; Huyết áp:.....
/.....mmHg

- Phân loại thể lực:

Loại I Loại II Loại III Loại IV Loại V

III. KIỂM LÂM SÀNG

Nội dung khám: BS phải khám đầy đủ các nội dung theo chuyên khoa để khẳng định có/hay không có bệnh, tật theo quy định tại Quyết định của Bộ Y tế

Họ tên,
chữ ký
của BS

1. Nội khoa	
<i>Tuần hoàn</i>	
<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.	
a) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD.....	
<input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD.....	
Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
<i>Hô hấp</i>	
<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.	
b) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD.....	
<input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD.....	
Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
<i>Tiêu hóa</i>	
<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.	
c) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD.....	
<input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD.....	
Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	

16. Nếu bạn quay đầu để nhìn gì đó, con bạn có nhìn xung quanh để xem bạn đang nhìn cái gì không?		
17. Con bạn có gây sự chú ý để bạn phải nhìn vào trẻ không? (Ví dụ: con bạn cố nhìn bạn để được bạn khen ngợi hoặc trẻ nói “nhìn” hay “nhìn con”)		
18. Con bạn có hiểu bạn nói gì khi bạn yêu cầu con làm không? (Ví dụ: Nếu bạn không chỉ tay, con bạn có hiểu “đề sách lên ghế”, “đưa mẹ/bố cái chăn” không?)		
19. Nếu có điều gì mới lạ, con bạn có nhìn bạn để xem bạn cảm thấy thế nào về việc xảy ra không? (Ví dụ: nếu trẻ nghe thấy một âm thanh lạ hoặc thú vị, hay nhìn thấy một đồ chơi mới, con bạn có nhìn bạn không?)		
20. Con bạn có thích những hoạt động mang tính chất chuyển động không? (Ví dụ: được lắc lư hoặc nhún nhảy trên đầu gối của bạn)		
Tổng dấu hiệu nguy cơ		

Chú ý: Câu 2, 5, 12: câu trả lời “Có” là có ý nghĩa nguy cơ.

Cách chấm điểm:

- Các câu 2, 5, 12 nếu trả lời “Có” thì chấm 1 điểm, trả lời “Không” thì chấm 0 điểm.
- Các câu còn lại nếu trả lời “Có” thì chấm 0 điểm, trả lời “Không” thì chấm 1 điểm.

Tổng điểm/phiên giải nguy cơ:

- + 1-2 điểm: Trẻ có yếu tố nguy cơ thấp, quan sát thêm và đến 24 tháng tuổi đi kiểm tra lại.
- + Từ 3 điểm trở lên: Trẻ nên đi khám chuyên khoa.

PHỤ LỤC 2

(Theo Công văn số 4663/SYT-NVY ngày 10/4/2026 của Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh)

Mẫu 01

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE ĐỪNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN

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

Số:/GSKS-

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Ảnh
(4 x 6 cm)
(dóng dấu
giáp lại hoặc
Scan ảnh)

- Họ và tên (viết chữ in hoa):
- Giới tính: Nam Nữ
- Ngày tháng năm sinh:
- Số CCCD:
- Chỗ ở hiện tại:
- Số điện thoại liên hệ:

* Lưu ý: Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có sổ định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân

7. Lý do khám sức khỏe:

TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

Không

Có, ghi cụ thể tên bệnh:

2. Tiền sử bệnh, tật của bản thân:

Tên bệnh, tật	Có triệu chứng
<input type="checkbox"/> Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/> Khó thở
<input type="checkbox"/> Bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/> Nghiện rượu, bia
<input type="checkbox"/> Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/> Mất ý thức, rối loạn ý thức
<input type="checkbox"/> Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/> Ngất, chóng mặt
<input type="checkbox"/> Đái tháo đường	<input type="checkbox"/> Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngày to
<input type="checkbox"/> Bệnh hô hấp (hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính)	<input type="checkbox"/> Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục
<input type="checkbox"/> Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/> Sử dụng ma túy và chất gây nghiện

<p><i>Thận-Tiết niệu</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <p>d) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD</p> <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD <p>Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V</p>	
<p><i>Nội tiết</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <p>d) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD</p> <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD <p>Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V</p>	
<p><i>Cơ - xương - khớp</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <p>e) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD</p> <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD <p>Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V</p>	
<p><i>Thần kinh</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <p>g) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD</p> <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD <p>Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V</p>	
<p><i>Tâm thần</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <p>h) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD</p> <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD <p>Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V</p>	
<p>2. Ngoại khoa, Da liễu</p>	
<p><i>Ngoại khoa</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD <p>Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V</p>	
<p><i>Da liễu</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD <p>Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V</p>	
<p>3. Sản phụ khoa</p>	
<p><i>Sản khoa</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	

Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V																																																																																																																																								
Phụ khoa <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD																																																																																																																																								
Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V																																																																																																																																								
4. Mắt	<table border="1"> <tr> <td>Khám thị lực</td> <td>Khám khúc xạ (nếu có)</td> </tr> <tr> <td>Không kính: MP MT</td> <td>MP: độ cầu - độ trụ - trục</td> </tr> <tr> <td>Kính lỗ: MP MT</td> <td>MT: độ cầu - độ trụ - trục</td> </tr> <tr> <td>Có kính: MP MT</td> <td></td> </tr> </table>	Khám thị lực	Khám khúc xạ (nếu có)	Không kính: MP MT	MP: độ cầu - độ trụ - trục	Kính lỗ: MP MT	MT: độ cầu - độ trụ - trục	Có kính: MP MT																																																																																																																																
Khám thị lực	Khám khúc xạ (nếu có)																																																																																																																																							
Không kính: MP MT	MP: độ cầu - độ trụ - trục																																																																																																																																							
Kính lỗ: MP MT	MT: độ cầu - độ trụ - trục																																																																																																																																							
Có kính: MP MT																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD																																																																																																																																								
Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V																																																																																																																																								
5. Tai - Mũi - Họng	Kết quả khám thính lực: Tai trái: Nói thường..... m; Nói thầm..... m Tai phải: Nói thường..... m; Nói thầm..... m <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD																																																																																																																																							
Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V																																																																																																																																								
6. Răng - Hàm - Mặt	<table border="1"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td> </tr> <tr> <td>28</td><td colspan="14"></td> </tr> <tr> <td>Hàm trên</td><td colspan="14"></td> </tr> <tr> <td>Hàm dưới</td><td colspan="14"></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td> </tr> <tr> <td>38</td><td colspan="14"></td> </tr> <tr> <td colspan="15">Tình trạng răng</td> </tr> <tr> <td colspan="3">0: Bình thường</td> <td colspan="3">2: Trám sâu lại</td> <td colspan="3">4: Mất do sâu</td> <td colspan="3">6: Bít hố rãnh</td> <td colspan="3">8: Chưa mọc</td> </tr> <tr> <td colspan="3">1: Sâu</td> <td colspan="3">3: Trám tốt</td> <td colspan="3">5: Mất lý do khác</td> <td colspan="3">7: Trụ, cầu, implant</td> <td colspan="3">9: Loại trừ</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28															Hàm trên															Hàm dưới															48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38															Tình trạng răng															0: Bình thường			2: Trám sâu lại			4: Mất do sâu			6: Bít hố rãnh			8: Chưa mọc			1: Sâu			3: Trám tốt			5: Mất lý do khác			7: Trụ, cầu, implant			9: Loại trừ		
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27																																																																																																																										
28																																																																																																																																								
Hàm trên																																																																																																																																								
Hàm dưới																																																																																																																																								
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37																																																																																																																										
38																																																																																																																																								
Tình trạng răng																																																																																																																																								
0: Bình thường			2: Trám sâu lại			4: Mất do sâu			6: Bít hố rãnh			8: Chưa mọc																																																																																																																												
1: Sâu			3: Trám tốt			5: Mất lý do khác			7: Trụ, cầu, implant			9: Loại trừ																																																																																																																												
Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V																																																																																																																																								

IV. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

* Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sĩ:

a) Kết quả xét nghiệm:

.....

b) Kết quả chẩn đoán hình ảnh:

.....

V. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:¹

2. Các bệnh, tật (nếu có)², ghi rõ theo mã ICD:

3. Đề nghị³:

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng
dấu)

1 Phân loại sức khỏe theo quy định của Bộ Y tế

2 Ghi rõ các bệnh, tật đang mắc phải hoặc nghi ngờ

3 Ghi rõ phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh (nếu có)

Mẫu 02

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI DƯỚI 18 TUỔI
CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:/GSKK-.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Ảnh (4 x 6 cm) (đóng dấu rập lai hoặc Scan ảnh	1. Họ và tên (viết chữ in hoa
	2. Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
	3. Ngày sinh:/...../.....
	4. Số CCCD / mã định danh: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	5. Chỗ ở hiện tại:
* Lưu ý: Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân.	
6. Lý do khám sức khỏe:	

TIỀN SỬ BỆNH TẬT

1. Tiền sử gia đình (bao gồm bố mẹ, anh chị em ruột)

Có ai trong gia đình mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh truyền nhiễm không:

Ung thư nguyên bào vồng mạc

Tim bẩm sinh

Hen

dị ứng, ghi

rở:.....

Động kinh

Rối loạn giảm chú ý - tăng động

Khác, ghi rõ:

2. Tiền sử bản thân:

a) Quá trình sinh trưởng:

- Con thứ mấy: Tổng số con trong gia đình:

- Tuổi thai lúc sinh: tuần

- Cân nặng lúc sinh: gram

- Cách sinh:

Sinh thường

Sinh mổ

Sinh mổ chủ động

Sinh chỉ huy

Giác hút

Forceps

- Dị tật bẩm sinh (nếu có):

b) Tiêm chủng:

Phòng bệnh	Lịch khuyến cáo	Tên vắc xin	Mũi tiêm/ uống	Ngày tiêm/uống g	Tình trạng tiêm/uống vắc xin* (Đánh dấu "X" vào các ô tương ứng)	Ghi chú
------------	-----------------	-------------	----------------	------------------	--	---------

					Đã tiêm	Chưa tiêm	Không nhớ rõ
Lao	Sơ sinh		Mũi 1	.../.../...	"	"	"
Viêm gan siêu vi B	Trong vòng 24 giờ sau sinh		Mũi 1	.../.../...	"	"	"
	02 tháng		Mũi 2	.../.../...	"	"	"
	03 tháng		Mũi 3	.../.../...	"	"	"
	04 tháng		Mũi 4	.../.../...	"	"	"
Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	02 tháng		Mũi 1	.../.../...	"	"	"
	03 tháng		Mũi 2	.../.../...	"	"	"
	04 tháng		Mũi 3	.../.../...	"	"	"
	18 tháng		Mũi 4	.../.../...	"	"	"
Bại liệt	02 tháng (uống)		Liều 1	.../.../...	"	"	"
	03 tháng (uống)		Liều 2	.../.../...	"	"	"
	04 tháng (uống)		Liều 3	.../.../...	"	"	"
	05 tháng (tiêm)		Mũi 1	.../.../...	"	"	"
	09 tháng (tiêm)		Mũi 2	.../.../...	"	"	"
Viêm phổi, viêm màng não do Hib/ <i>Hemophilus</i> <i>influenzae</i> type B (Hib)	02 tháng		Mũi 1	.../.../...	"	"	"
	03 tháng		Mũi 2	.../.../...	"	"	"
	04 tháng		Mũi 3	.../.../...	"	"	"
Sởi	09 tháng		Mũi 1	.../.../...	"	"	"
	18 tháng		Mũi 2	.../.../...	"	"	"
Sởi - Rubella	18 tháng		Mũi 1	.../.../...	"	"	"
	12 tháng		Mũi 1	.../.../...	"	"	"

Viêm não Nhật Bản	Cách 1-2 tuần sau mũi 1		Mũi 2	.../.../...	
	24 tháng		Mũi 3	.../.../...	

c) Tiền sử bệnh/tật: (Các bệnh bẩm sinh và mãn tính)

Không

Có:

Hen phế quản

Tim bẩm sinh

Động kinh

Rối loạn giảm chú ý - tăng động

Dị ứng (ghi rõ):

Khác (ghi rõ):

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng:

.....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

..... ngày..... tháng..... năm

Người đề nghị khám sức khỏe
 (Hoặc cha/mẹ hoặc người giám hộ)
 (Ký và ghi rõ họ, tên)

I. KHÁM THỂ LỰC

- Chiều cao: Mạch: lần/phút;
cm;
- Cân nặng: kg;
Huyết áp: mmHg (trẻ >3
tuổi);
Nhịp thở:
lần/phút;

Phân loại thể lực: Phân loại Loại I Loại II Loại III Loại IV
Loại V

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên, chữ ký BS
	Nhi khoa	
	<i>Tuần hoàn</i>	
1.		
a)	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	
	<i>Hô hấp</i>	
b)	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	
	<i>Tiêu hóa</i>	
c)	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	
	<i>Thận-Tiết niệu</i>	
d)	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	
	<i>Thần kinh</i>	
d)	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	
	<i>Tâm thần</i>	
e)	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	
	<i>Khám lâm sàng khác</i>	
g)	

2.	Mắt: Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải..... Mắt trái..... Có kính: Mắt phải..... Mắt trái Các bệnh về mắt: <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD
3.	Tai - Mũi - Họng Kết quả 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: <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD
4.	Răng - Hàm - Mặt 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 Hàm trên Hàm dưới 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 Tình trạng răng 0/A: Bình thường 2/C: Trám sâu lại 4/E: Mất do sâu 6/F: Bít hố rãnh 8: Chưa mọc 1/B: Sâu 3/D: Trám tốt 5: Mất lý do khác 7/G: Trụ, cầu 9: Loại trừ <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: a) Kết quả xét nghiệm: b) Kết quả chẩn đoán hình ảnh:	

IV. KẾT LUẬN CHUNG:

Tình trạng sức khỏe:

.....

Bệnh, tật cần lưu ý, theo dõi (ghi rõ theo mã ICD):

.....

Đề nghị:

.....

..... ngày..... tháng.... năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

