

Số:1931 /UBND -VHXH
V/v triển khai chương trình
phẫu thuật dị tật vùng hàm mặt
tháng 10 năm 2026

Nghiên Loan, ngày 28 tháng 9 năm 2026

Kính gửi:

- Phòng Văn hoá -Xã hội;
- Trạm Y tế;
- Trung tâm dịch vụ tổng hợp;
- Các thôn trên địa bàn.

Thực hiện công văn số 8180/SYT-DSBTXHTE ngày 26/9/2026 của Sở Y tế về việc triển khai chương trình phẫu thuật dị tật vùng hàm mặt tháng 10 năm 2026. Ủy ban nhân dân xã yêu cầu các cơ quan, đơn vị triển khai thực hiện các nội dung sau:

1. Các cơ quan, đơn vị và các thôn: Triển khai, thông tin đến người dân trên địa bàn về chương trình cụ thể như sau:

1.1.Đối tượng khám sàng lọc, phẫu thuật

- Bệnh nhân bị dị tật bẩm sinh khe hở môi - hàm ếch chưa được phẫu thuật thuộc các độ tuổi.

Trong đó, trẻ em bị khe hở môi phải được ít nhất 6 tháng tuổi và nặng từ 6kg trở lên; Trẻ em bị khe hở hàm ếch phải được ít nhất 12 tháng tuổi và nặng từ 8kg trở lên.

- Bệnh nhân bị di chứng dị tật khe hở môi, hàm ếch các độ tuổi (Sẹo môi, lỗ thông vòm miệng, dị tật mũi, khe hở cung răng);

- Bệnh nhân bị dị tật vùng hàm mặt khác (u máu, u sắc tố).

- Bệnh nhân bị dị tật sụp mí bẩm sinh (không phải bệnh lý nhãn khoa);

- Bệnh nhân bị thừa sụn ở tai.

** Lưu ý:*

+ Bệnh nhân khi đi khám sàng lọc không có các bệnh bẩm sinh như bệnh tim mạch, động kinh, hen suyễn và không bị ốm, sốt hoặc viêm nhiễm trong thời điểm đi khám.

+ Những bệnh nhân đã khám sàng lọc các đợt trước mà không có chỉ định phẫu thuật thì không khám đợt này.

1.2. Thời gian, địa điểm khám, phẫu thuật

1.2.1. Thời gian

- Khám sàng lọc: Ngày 12/10/2026 (Thứ Hai).

- Phẫu thuật: Từ ngày 13/10 - 16/10/2026 (Từ thứ Ba đến Thứ Sáu).

1.2.2. Địa điểm: Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba (Số 27, Hai Bà Trưng phường Cửa Nam, thành phố Hà Nội).

1.3. Thành phần đoàn bác sỹ phẫu thuật: Các bác sỹ, chuyên gia y tế của Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba.

1.4. Kinh phí hỗ trợ

1.4.1. Kinh phí phẫu thuật: Tổ chức OSV hỗ trợ miễn phí và chuyển trực tiếp cho bệnh viện.

1.4.2. Kinh phí hỗ trợ tiền ăn, tiền đi lại: Tổ chức OSV hỗ trợ trực tiếp cho bệnh nhân như sau:

- Tiền ăn: Định mức 350.000đ/bệnh nhân (hỗ trợ các bệnh nhân phải lưu lại bệnh viện để phẫu thuật).

- Tiền đi lại: Hỗ trợ trực tiếp cho tất cả các bệnh nhân đến khám, cụ thể:

+ Mức 350.000đ/bệnh nhân (đối với các bệnh nhân của tỉnh Thái Nguyên cũ).

+ Mức 450.000đ/bệnh nhân (đối với các bệnh nhân của tỉnh Bắc Kạn cũ).

** Sau khi khám sàng lọc, nếu bệnh nhân có chỉ định phải phẫu thuật sẽ ở lại bệnh viện để làm các thủ tục phẫu thuật theo hướng dẫn; các bệnh nhân không có chỉ định phẫu thuật trở về địa phương. Chương trình có thể từ chối khám sàng lọc, phẫu thuật và hỗ trợ kinh phí những bệnh nhân không có tên trong danh sách.*

1.5. Phương tiện đi lại

Các gia đình bệnh nhân chủ động đưa bệnh nhân đi khám theo thời gian và địa điểm nêu trên.

1.6. Giấy tờ cần mang theo khi đi khám: Căn cước công dân của cha/mẹ/người giám hộ đi cùng trẻ em và trẻ em (nếu trẻ có CCCD).

2. Trạm Y tế, Các thôn

Triển khai chương trình đến người dân trên địa bàn, Trạm y tế chỉ đạo nhân viên y tế thôn bản phối hợp trưởng thôn rà soát, thu thập thông tin lập danh sách gửi về UBND xã (Qua Phòng Văn hoá -Xã hội) trước ngày 02/10/2026.

3. Trung tâm dịch vụ tổng hợp: Thông tin, tuyên truyền nội dung chương trình trên các phương tiện thông tin đại chúng.

4. Phòng Văn hoá -Xã hội: Giao cán bộ phụ trách công tác trẻ em xã theo dõi, đơn đốc tổng hợp danh sách gửi về Sở Y tế **trước ngày 04/10/2026** .

Với nội dung trên, Ủy ban nhân dân xã yêu cầu các cơ quan, đơn vị, các thôn quan tâm, triển khai thực hiện.

Nơi nhận:

Gửi bản điện tử

- Như trên;

- Lãnh đạo UBND xã (để b/c);

Gửi bản giấy:

-Các thôn trên địa bàn

- Lưu: VT.



**KT. CHỦ TỊCH
PHÓ CHỦ TỊCH**

Hoàng Văn Ngôn

MẪU DANH SÁCH TRẺ EM, BỆNH NHÂN
Đăng ký khám sàng lọc, phẫu thuật di tật vùng hàm mặt năm 2026
(Kèm theo Công văn số /UBND -VHXX ngày tháng 9 năm 2026 của UBND xã Nghiên Loan)

Stt	Họ và tên trẻ em/ bệnh nhân	Ngày, tháng, năm sinh		Họ tên cha/mẹ/ người nuôi dưỡng trẻ	Địa chỉ	Số ĐT liên hệ	Loại bệnh	Hoàn cảnh gia đình <i>(ghi rõ hoàn cảnh, trẻ còn đi học/bỏ học)</i>	Khoảng cách từ nhà đến Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba <i>(Số 27, Hai Bà Trung phường Cửa Nam, thành phố Hà Nội)</i>
		Nam	Nữ						
1.									km
2.									...km
3.									...km
4.									
....									
Tổng cộng									

Người lập danh sách
(Ký và ghi rõ họ tên)

....., ngày..... tháng..... năm 2026
TM. UBND XÃ/PHƯỜNG...
(Ký và đóng dấu)