

**ỦY BAN NHÂN DÂN
XÃ VẠN PHÚ**

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

Số: /UBND-VHXH
V/v triển khai chương trình
phẫu thuật dị tật vùng hàm mặt
tháng 8 năm 2026 tại Bệnh viện E

Vạn Phú, ngày tháng 8 năm 2026

Kính gửi: - Các cơ sở giáo dục trên địa bàn xã;
- Trung tâm Dịch vụ tổng hợp xã;
- Trưởng các xóm trên địa bàn xã.

Thực hiện Công văn số 6233/SYT-DSBTXHTE ngày 31/7/2026 của Sở Y tế tỉnh Thái Nguyên về việc triển khai chương trình phẫu thuật dị tật vùng hàm mặt tháng 8 năm 2026, Ủy ban nhân dân xã Vạn Phú thông báo và đề nghị các cơ quan, đơn vị, Trưởng các xóm triển khai một số nội dung sau:

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.*

2. Thời gian, địa điểm khám sàng lọc và phẫu thuật

2.1. Thời gian:

- Ngày khám sàng lọc: Thứ Hai, ngày 17/8/2026.

- Ngày phẫu thuật: Từ thứ Ba đến thứ Sáu (Ngày 18 - 21/8/2026).

2.2. Địa điểm: Bệnh viện E (Số 89 Trần Cung, phường Nghĩa Đô, TP. Hà Nội).

3. Thành phần đoàn bác sỹ khám, phẫu thuật: Các bác sỹ, chuyên gia y tế của Bệnh viện E.

4. Kinh phí hỗ trợ

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

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

Ngoài ra, tổ chức OSV hỗ trợ thêm tiền đi lại 100.000đ/bệnh nhân nếu khoảng cách từ nhà bệnh nhân đến Trung tâm hành chính tỉnh dưới 80km; hỗ trợ thêm 200.000đ nếu khoảng cách từ nhà bệnh nhân đến Trung tâm hành chính tỉnh từ 80km trở lên.

** 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 của Sở Y tế gửi về.*

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.

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).

7. Tổ chức thực hiện

Đề nghị các cơ sở giáo dục, Trung tâm Dịch vụ tổng hợp xã và Trưởng các xóm tăng cường tuyên truyền, thông tin rộng rãi về Chương trình; đồng thời rà soát, thông báo đến các gia đình có trẻ em, bệnh nhân thuộc đối tượng để đăng ký tham gia khám sàng lọc, phẫu thuật miễn phí.

Các đơn vị và Trưởng các xóm tổng hợp danh sách đăng ký theo mẫu gửi kèm và gửi về UBND xã Vạn Phú (qua Phòng Văn hóa - Xã hội) trước **ngày 05/8/2026** để tổng hợp báo cáo Sở Y tế theo quy định.

Trong quá trình thực hiện nếu có khó khăn, vướng mắc, đề nghị liên hệ Phòng Văn hóa - Xã hội xã (Đ/c: *Nguyễn Thị Mai*, SĐT 0359.006.522) để được hướng dẫn.

UBND xã Vạn Phú đề nghị các cơ quan, đơn vị và Trưởng các xóm nghiêm túc triển khai thực hiện./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Chủ tịch, các PCT UBND xã;
- Lưu: VT, VHXH.

**KT. CHỦ TỊCH
PHÓ CHỦ TỊCH**

Lê Đình Tịnh

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-VHXXH ngày tháng 8 năm 2026 của UBND xã Vạn Phú)

Stt	Họ và tên trẻ em/ bệnh nhân	Ngày, tháng, năm sinh		Họ tên cha/mẹ/ người nuôi dưỡng trẻ	Địa chỉ/nơi nuôi dưỡng	Số ĐT liên hệ	Loại bệnh	Hoàn cảnh gia đình <i>(còn đi học/bỏ học/học lực...)</i>	Khoảng cách từ nhà đến thủ đô Hà Nội <i>(Số 89 Trần Cung, phường Nghĩa Đô, thành phố Hà Nội)</i>
		Nam	Nữ						
1.									km
2.									...km
3.									...km
....									
Tổng cộng									

....., ngày..... tháng..... năm 2026

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

TM. ỦY BAN NHÂN DÂN
(Ký và đóng dấu)