

PHỤ LỤC 5

QUY TRÌNH KIỂM TRA SỨC KHỎE CHO NGƯỜI ĐĂNG KÝ HIẾN MÔ, BỘ PHẬN CƠ THỂ Ở NGƯỜI SỐNG VÀ HIẾN MÔ, BỘ PHẬN CƠ THỂ Ở NGƯỜI SAU KHI CHẾT

(Ban hành kèm theo Quyết định số 13/2008/QĐ-BYT ngày 12 tháng 03 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

BỘ Y TẾ/SỞ Y TẾ **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT**
BỆNH VIỆN/VIỆN **NAM**
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

GIẤY KIỂM TRA SỨC KHỎE

Người đăng ký hiến mô, bộ phận cơ thể ở người sống và hiến mô, bộ phận cơ thể ở người sau khi chết

I. THÔNG TIN CHUNG

1. Họ tên người đăng ký hiến (chữ in hoa):

.....

- Ngày, tháng, năm sinh:/...../..... Giới tính: 1. Nam c 2. Nữ c

- Số CMTND/hộ chiếu: TMTMTMTMTMTMTMTMTMTM

Cấp ngày/tháng/năm/...../..... tại

.....

- Nghề nghiệp:

- Dân tộc: Tôn giáo: 1. không c 2. có c

- Địa chỉ liên hệ:

- Điện thoại liên lạc: nhà riêng: di động:

.....

- Họ tên người liên hệ khi cần thiết:

.....

- Địa chỉ liên hệ: Điện thoại:

.....

- Loại hình đăng ký hiến: hiến khi còn sống hiến sau khi chết

- Tên mô, bộ phận cơ thể đăng ký hiến:

.....

-

- Có yêu cầu ghép mô, bộ phận cơ thể này cho đích danh người nào không?

1. Không c 2. Có c

Nếu có, ghi rõ họ tên người được ghép:

.....

Mối quan hệ giữa người đăng ký hiến và người được ghép:

.....

II. TIỀN SỬ BỆNH TẬT

1. Gia đình:

.....

2. Bản thân: - Bệnh tật:

.....

- Yếu tố liên quan (nghiện rượu, ma túy, thuốc lá ..):

.....

.....

III. KHÁM LÂM SÀNG

1. Toàn thân: Chiều cao: cm Cân nặng: kg BMI:

.....

Mạch: ... ck/phút Nhiệt độ:⁰C Huyết áp động mạch: / mmHg Nhịp thở:
lần/phút

Họ tên người khám ký tên

.....

2. Nội tổng hợp:

.....

.....

.....

Họ tên người khám Ký tên

.....

1. Tâm thần:

.....
.....
Họ tên người khám ký tên
.....

2. Bộ phận khác (liên quan đến mô/bộ phận cơ thể đăng ký hiến):

3.1.
.....
.....

Họ tên người khám ký tên
.....

3.2.
.....
.....

Họ tên người khám ký tên
.....

3.3.
.....
.....

Họ tên người khám ký tên
.....

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG (Tùy theo loại hình đăng ký hiến: hiến khi còn sống hay hiến sau khi chết; tùy theo mô, bộ phận cơ thể sẽ hiến, căn cứ vào các quy định ghép mô, bộ phận cơ thể đã được Bộ Y tế quy định, thủ trưởng cơ sở y tế thực hiện các cận lâm sàng cho phù hợp).

1. Nhóm máu ABO: Rh:
.....

2. Virus viêm gan:

- HBsAg: HBsAb:
.....

- HBeAg: HBeAb:
.....

- HCV: AntiHCV: HCV-RNA:
.....

3. HIV: AntiHIV

.....

4. Chẩn đoán hình ảnh

a) X-quang tim phổi:

.....

.....

b) Siêu âm (siêu âm bộ phận liên quan, nếu cần thiết):

.....

.....

.....

5. Cận lâm sàng khác (nếu cần thiết):

.....

.....

IV. KẾT LUẬN: Đủ/không đủ tiêu chuẩn sức khỏe để đăng ký hiến mô, bộ phận cơ thể ở người sống/hiến mô, bộ phận cơ thể ở người sau khi chết (ghi cụ thể):

.....

.....

.....

Ngày tháng ... năm

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Chức danh, ký tên, đóng dấu và ghi rõ
họ tên)