

Mẫu số 03

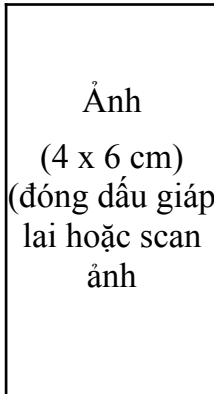
MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHUYÊN KHOA DI TRUYỀN TRƯỚC KHI KẾT HÔN

.....
.....

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

Số:/GKSK-.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHUYÊN KHOA DI TRUYỀN TRƯỚC KHI KẾT HÔN



1. Họ và tên (*viết chữ in hoa*):

.....

2. Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐

3. Sinh Ngày tháng năm (Tuổi:)

4. Số CCCD/Hộ chiếu/định danh CD:

5. Cấp ngày...../.... /..... Tại.....

6. Chỗ ở hiện tại.....

*** Lưu ý:** Trường hợp đối tượng khám sức khỏe 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, phân hành chính nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân.

7. Lý do khám sức khỏe:

I. TIỀN SỬ BỆNH TẬT DI TRUYỀN

1. Tiền sử gia đình

a) Có ai trong gia đình anh (chị) mắc các dị tật bẩm sinh không:

Không ☐ Có ☐

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh, dị tật:

.....

.....

b) Có ai trong gia đình anh (chị) mắc các bệnh lý về sức khỏe tâm thần như: chậm phát triển tâm thần, tự kỷ, trầm cảm...:

Không ☐ Có ☐

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

.....

.....

.....

c) Có ai trong gia đình anh (chị) chết chu sinh, tử vong sớm, đột tử chưa rõ nguyên nhân

Không ☐ Có ☐

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

.....
.....
d) Có ai trong gia đình anh (chị) mắc các bệnh di truyền khác như hội chứng Down, hội chứng Edwards, hội chứng Patau, bệnh tan máu bẩm sinh (Thalassemia), thiếu men G6PD, suy giáp trạng bẩm sinh, teo cơ tủy, loạn dưỡng cơ Duchenne/Becker, bệnh rối loạn chuyển hóa,...:

Không ☐ Có ☐

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

.....
.....

2. Tiền sử bản thân

a) Anh (chị) có tiếp xúc hoặc sống trong môi trường có những yếu tố (như tia phóng xạ, hóa chất độc hại,...) ảnh hưởng tới sức khỏe và dễ gây bất thường bẩm sinh không?

Không ☐ Có ☐

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể yếu tố đó:

.....

b) Anh (chị) đã/đang mắc hoặc đã điều trị một trong các bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: khuyết tật bẩm sinh, các bệnh tâm thần, bệnh tan máu bẩm sinh (Thalassemia), bệnh rối loạn chuyển hóa, rối loạn yếu tố đông máu, bệnh teo cơ tủy, loạn dưỡng cơ Duchenne, bệnh di truyền khác:

Không ☐ Có ☐

Nếu “có”: ghi cụ thể tên bệnh

.....

.....

c) Hiện tại có đang điều trị bệnh lý mạn tính, bệnh lý nhiễm trùng gì không?

Không ☐ Có ☐

Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

.....

.....

Với nữ giới

a) Chị đã thấy biểu bất thường nào liên quan: kinh nguyệt sớm, ít kinh, không có kinh, rong kinh, bất thường bộ phận sinh dục ngoài, bất thường khác:

Không ☐ Có ☐

Nếu “có”: ghi cụ thể bất thường

.....

.....

b) Chị có tiền sử liên quan tới: sảy thai, thai chết lưu, hoặc mang thai bất thường, hoặc đình chỉ thai nghén do bất thường:

Không ☐ Có ☐

Nếu “có” ghi cụ thể số lần và cụ thể bất thường

.....

.....

Với nam giới

Anh có biểu bất thường nào liên quan: xuất tinh bất thường, lỗ tiểu lệch thấp, bất thường bộ phận sinh dục, tinh hoàn ẩn, vấn đề bất thường khác:

Không ☐ Có ☐

Nếu “có”: ghi cụ thể bất thường

.....

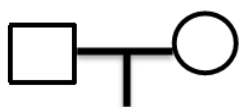
.....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây ngày tháng.....năm.....
hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu
biết của tôi. **Người đề nghị khám sức khỏe**
(Ký và ghi rõ họ, tên)

II. KHÁM LÂM SÀNG

T T	Nội dung khám	Kết quả	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
I	Khám lâm sàng di truyền chung		
1	Khám phát hiện một số đặc điểm hình thể đặc biệt như: khuôn mặt, ngoại hình, dáng đi...		
2	Khám nếp vân da		
3	Khám hệ cơ quan: khám các hệ cơ quan có liên quan tới tiền sử bệnh tật di truyền trong gia đình		
II	Với nữ giới		
1	Khám vùng bụng dưới và vùng bẹn		
2	Khám bộ phận sinh dục ngoài		
3	Siêu âm tử cung		
4	Siêu âm phần phụ		
5	Siêu âm vú		
III	Với nam giới		
1	Khám vùng bụng dưới và vùng bẹn		
2	Khám bộ phận sinh dục ngoài		

III. PHẢ HỆ GIA ĐÌNH



IV. XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
1. Xét nghiệm chung a, Xét nghiệm máu: Công thức máu: Huyết sắc tố: - Sinh hóa máu: Sắt huyết thanh: Ferritine: - Nhóm máu: (ABO/Rh): b, Xét nghiệm nhiễm sắc thể (áp dụng cho cơ sở y tế đủ điều kiện): Kết quả Karyotype: c, Xét nghiệm sàng lọc các bệnh di truyền gen lặn (áp dụng cho cơ sở y tế đủ điều kiện):	
2. Xét nghiệm cho nữ giới: a) Xét nghiệm đánh giá khả năng dự trữ buồng trứng AMH: Định lượng: b) Xét nghiệm Hormone: Định lượng: c) Xét nghiệm gen gây suy buồng trứng sớm (nếu có biểu hiện suy buồng trứng sớm) (áp dụng cho cơ sở y tế đủ điều kiện):	
3. Xét nghiệm cho nam giới: a) Xét nghiệm tinh dịch đồ b) Xét nghiệm đứt gãy DNA tinh trùng (áp dụng cho cơ sở cơ sở y tế đủ điều kiện): c) Xét nghiệm mất đoạn AZF trên nhiễm sắc thể Y, bất sản ống dẫn tinh (CFTR) (Khi xét nghiệm tinh dịch đồ có kết quả thiếu tinh năng hoặc vô tinh) (áp dụng cho cơ sở y tế đủ điều kiện):	
4. Xét nghiệm gen liên quan đến các bệnh di truyền nếu trong tiền sử bản thân, gia đình có các câu trả lời “có” (áp dụng cho cơ	

sở y tế đủ điều kiện):	
--	--

V. KẾT LUẬN

1. Kết luận tình trạng sức khỏe di truyền trước khi kết hôn:

.....

2. Các bệnh, tật (nếu có):

.....

3. Hướng dẫn/chỉ dẫn khám chuyên khoa khác (nếu cần thiết):

.....

.....

..... ngày..... tháng.....
năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)