

PHỤ LỤC SỐ II

(Ban hành kèm Thông tư số /2017/TT-BYT ngày tháng năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN
CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA
BỆNH

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

Số: /GXN-.....

Ngày tháng năm 2017

GIẤY XÁC NHẬN Về việc khám và điều trị người bệnh

I. THÔNG TIN CHUNG:

- Họ và tên: Sinh ngày: Nam/Nữ:.....
- Số CMND, ngày cấp, nơi cấp:
- Địa chỉ:
- Nghề nghiệp:
- Mã bệnh án

II. KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ:

1. Lý do vào viện/đến viện:

2. Thời gian khám và điều trị:

Từ: giờ ngày đến giờ ngày

- Nội trú ☐

- Ngoại trú ☐

3. Lời khai của người bệnh/người nhà: Tiền sử bệnh tật, tình trạng bị bạo lực

.....

4. Chẩn đoán:

.....

5. Các biện pháp điều trị (điều trị ngoại trú/nội trú):

.....

6. Tình trạng sức khỏe lúc ra viện (các tổn thương như thế nào? đã hồi phục chưa?)

.....

III. CHUYỂN ĐẾN CÁC DỊCH VỤ CÓ LIÊN QUAN: (nếu có)

1. Chuyển viện:

.....

2. Chuyển tới các địa chỉ hỗ trợ:

.....

BÁC SỸ ĐIỀU TRỊ

(Ký, ghi rõ họ tên)

THỦ TRƯỞNG CƠ SỞ KB, CB

(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

Cơ sở KB/CB:

Xã/ phường:

Huyện/ Quận/ Thị Xã:

Tỉnh/ thành phố:

Nguồn: Thông tư 24/2017/TT-BYT