

PHỤ LỤC XVI: PHIẾU HẸN ĐIỀU TRỊ LAO TIỀM ẨN

(Ban hành theo quyết định số...../QĐ-BYT ngày tháng năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

**PHIẾU HẸN
ĐIỀU TRỊ LAO TIỀM ẨN**

Mã

NTG:.....

....

Họ tên

.....

Ngày

sinh.....

Tên NB định hướng:

.....

Yêu cầu: Ồ Khám, điều trị lao tiềm ẩn

Thời gian đến:

.....

Địa điểm:

.....

Chú ý: - Vui lòng mang thư mời đến nơi hẹn

Nếu có câu hỏi vui lòng liên hệ.....