

Mẫu số 02

**MẪU GIẤY KHÁM CHUYÊN KHOA SỨC KHỎE SINH SẢN CHO NGƯỜI TRƯỚC
KHI KẾT HÔN**

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

Số:/GKSK-.....

GIẤY KHÁM CHUYÊN KHOA SỨC KHỎE SINH SẢN TRƯỚC KHI KẾT HÔN

Ảnh (4 x 6 cm) (đóng dấu giáp lai hoặc scan ảnh	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, phần 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 SẢN PHỤ KHOA VÀ NAM KHOA

1. Với nữ giới

a) Chị đã thấy biểu bất thường hoặc đã điều trị về các bệnh lý liên quan: kinh nguyệt, khối u hoặc chảy dịch bất thường ở vú, bất thường ở âm hộ, âm đạo, viêm nhiễm phụ khoa, bệnh lây truyền qua đường tình dục (sùi mào gà - nhiễm HPV), bệnh lậu, giang mai, nhiễm khuẩn do Chlamydia, mụn rộp sinh dục - Herpes sinh dục), HIV/AIDS....), thai nghén/nạo phá thai, chấn thương ở bộ phận sinh dục, vấn đề bất thường khác:

Không ☐ Có ☐

Nếu “có”: ghi cụ thể bất thường

.....
.....

b) Chị đã/đang sử dụng biện pháp tránh thai nào:

Không ☐ Có ☐

Nếu “có”: ghi cụ thể phương pháp đã sử dụng và thời gian sử dụng

.....
.....

2. Với nam giới

a) Anh đã thấy biểu bất thường hoặc đã điều trị về các bệnh lý liên quan:

- Rối loạn chức năng tình dục và các bệnh lý về dương vật (rối loạn cương dương, xuất tinh, giãn tĩnh mạch thừng tinh, hẹp bao quy đầu, cong vẹo bất thường dương vật, viêm niệu đạo, viêm mào tinh và tinh hoàn, viêm bao quy đầu, lệch lỗ niệu đạo, ...), bệnh lây truyền qua đường tình dục (sùi mào gà (nhiễm HPV), bệnh lậu (Gonorrhea), giang mai (Syphilis), nhiễm khuẩn do Chlamydia, mụn rộp sinh dục (Herpes sinh dục), HIV/AIDS....), chấn thương ở bộ phận sinh dục, vấn đề bất thường khác:

Không ☐ Có ☐

Nếu “có”: ghi cụ thể bất thường

.....
.....

b) Anh đã/đang sử dụng biện pháp tránh thai nào:

Không ☐ Có ☐

Nếu “có”: ghi cụ thể phương pháp đã sử dụng và thời gian sử dụng

.....
.....

II. KHÁM CHUYÊN KHOA

T T	Nội dung khám	Kết quả	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
I	Khám phụ khoa		
1	Khám vùng bụng dưới và vùng bẹn		
2	Khám bộ phận sinh dục ngoài		
3	Khám âm đạo bằng mỏ vịt kết hợp quan sát cổ tử cung bằng mắt thường (<i>chỉ thực hiện với khách hàng đã quan hệ tình dục và khách hàng đồng ý sau khi được nhân viên y tế tư vấn</i>)		
4	Khám âm đạo phối hợp nắn bụng (khám bằng hai tay)		

5	Khám trực tràng phối hợp nắn bụng (khám bằng hai tay) (<i>chỉ thực hiện nếu không tiếp cận được bằng đường âm đạo hoặc cần đánh giá thêm bằng khám trực tràng; chỉ thực hiện nếu khách hàng đồng ý sau khi được nhân viên y tế tư vấn</i>)		
6	Siêu âm tử cung		
7	Siêu âm phần phụ		
8	Siêu âm vú		
II	Khám nam khoa		
1	Khám vùng bụng dưới và vùng bẹn		
2	Khám bộ phận sinh dục ngoài		
3	Khám trực tràng		
4	Siêu âm tinh hoàn		

III. XÉT NGHIỆM

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
1. Đối với nữ giới: a) Xét nghiệm Chlamidia: Thành phần (IgM, IgG):..... Định lượng: b) Xét nghiệm Rubella: Thành phần (IgM, IgG): Định lượng: c) Xét nghiệm khác (liên quan đến khai thác tiền sử nếu cần)	
2. Đối với nam giới: a) Xét nghiệm tinh dịch đồ: b) Xét nghiệm hormone nội tiết nam: c) Xét nghiệm khác (liên quan đến khai thác tiền sử nếu cần)	

IV. KẾT LUẬN

1. Kết luận tình trạng sức khỏe sinh sản trước khi kết hôn:

.....

2. Các bệnh, tật (nếu có):

.....

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

.....

.....

.....ngày..... tháng.....

năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)