

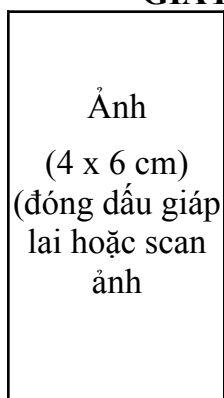
Mẫu số 01

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE TỔNG THỂ DÙNG CHO NGƯỜI TRƯỚC KHI KẾT HÔN
(TỪ ĐỦ 17 TUỔI TRỞ LÊN)

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

Số:/GKSK-.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE TỔNG THỂ 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, 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:

TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE TRƯỚC KHI KẾT HÔN

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình anh (chị) mắc một trong các bệnh: dị tật bẩm sinh, bệnh di truyền, rối loạn tâm thần (*Hội chứng Down, dị tật tim bẩm sinh, sứt môi, hở hàm ếch, dị tật ống thần kinh, bệnh tan máu bẩm sinh, thiếu men G6PD, suy giáp bẩm sinh...*) hoặc bệnh khác:

a) Không ☐ b) Có ☐; Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh

.....
.....

2. Tiền sử bản thân:

a) Anh (chị) đã/đang mắc một trong các bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không:

- Bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền, rối loạn tâm thần (*hội chứng Down, dị tật tim bẩm sinh, sứt môi, hở hàm ếch, dị tật ống thần kinh, bệnh tan máu bẩm sinh, thiếu men G6PD, suy giáp bẩm sinh...*) hoặc bệnh khác.

a) Không ☐ b) Có ☐; Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh

.....
.....

- 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....*) hoặc bệnh khác:

Không ☐ Có ☐

Nếu “có”: ghi cụ thể tên bệnh

.....
.....

b) Tiêm chủng:

Anh (chị) đã tiêm vắc xin phòng bệnh nào: Sởi, quai bị, rubella, thủy đậu, rota, viêm gan A, viêm gan B, HPV, bệnh zona, cúm và loại khác:

Không ☐ Có ☐

Nếu “có”: ghi cụ thể loại vắc xin đã tiêm và tuổi khi tiêm, thời gian tiêm

.....
.....

c) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không?

Không ☐ Có ☐

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

.....
.....

Tôi xin cam đoan những điều khai
trên đây hoàn toàn đúng với sự thật
theo sự hiểu biết của tôi.

..... ngày tháng.....năm.....

Người đề nghị khám sức khỏe
(Ký và ghi rõ họ, tên)

I. KHÁM THỂ LỰC

- Chiều cao:cm; Cân nặng: kg; Chỉ số BMI:

- Mạch:lần/phút; Huyết áp:/..... mmHg

II. KHÁM LÂM SÀNG CHUNG

Nội dung khám			Họ tên, chữ ký của Bác sĩ chuyên khoa
1	Nội khoa		
a)	<i>Tuần hoàn</i>		
	Phân loại		
b)	<i>Hô hấp</i>		
	Phân loại		
c)	<i>Tiêu hóa</i>		
	Phân loại		
d)	<i>Thận-tiết niệu-sinh dục (nam và nữ)</i>		
	Phân loại		
đ)	<i>Nội tiết</i>		
	Phân loại		
e)	<i>Cơ - xương - khớp</i>		
	Phân loại		
g)	<i>Thần kinh</i>		
	Phân loại		
h)	<i>Tâm thần</i>		
	Phân loại		
2	Ngoại khoa, Da liễu: <i>- Ngoại khoa:</i> <i>Phân loại:</i> <i>- Da liễu:</i> <i>Phân loại:</i>		
3.	Mắt:		

<i>Kết quả khám thị lực:</i> Không kính: Mắt phải Mắt trái..... Có kính: Mắt phải..... Mắt trái..... <i>Các bệnh về mắt (nếu có):</i> Phân loại:		
4.	Tai - Mũi - Họng	
<i>Kết quả khám thính lực:</i> Tai trái: Nói thường..... m; Nói thầm..... m Tai phải: Nói thường..... m; Nói thầm..... m <i>Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</i> Phân loại:		
5.	Răng - Hàm - Mặt	
<i>Kết quả khám:</i> Hàm trên..... Hàm dưới..... Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có): Phân loại		

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
1. Xét nghiệm máu: a) Công thức máu: Số lượng HC: Số lượng bạch cầu: Số lượng tiểu cầu: b) Sinh hóa máu: đường máu: Urê: Creatinin: ASAT (GOT): ALAT (GPT): GGT:	
2. Xét nghiệm nước tiểu:	

a) Đường: b) Protein: c) Tế bào:	
3. Chẩn đoán hình ảnh a) X quang tim phổi (thẳng hoặc nghiêng): b) Siêu âm ổ bụng c) Điện tâm đồ	
4. Xét nghiệm nhanh (test riêng từng loại hoặc kit test chung) a) Test nhanh HIV b) Test nhanh viêm gan B c) Test nhanh giang mai	
5. Xét nghiệm dịch đường sinh dục a) Soi tươi dịch âm đạo và dịch niệu đạo (với nữ) (áp dụng cho cơ sở y tế đủ điều kiện): b) Xét nghiệm tinh dịch đồ (áp dụng cho cơ sở y tế đủ điều kiện):	

IV. KẾT LUẬN

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

.....

2. Các bệnh, tật (nếu có):

.....

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

.....
.....

.....ngày..... tháng.....
năm.....

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