

Hung Yên, ngày 27 tháng 5 năm 2026

YÊU CẦU BÁO GIÁ

Kính gửi: Các đơn vị in các loại biểu mẫu, giấy tờ phục vụ công tác chuyên môn của Bệnh viện Đa khoa Văn Giang năm 2026 tại Việt Nam

Bệnh viện Đa khoa Văn Giang có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo, xây dựng giá gói thầu, làm cơ sở tổ chức lựa chọn đơn vị in các loại biểu mẫu, giấy tờ phục vụ công tác chuyên môn năm 2026 của Bệnh viện Đa khoa Văn Giang với nội dung cụ thể như sau:

I. Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá:

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Bệnh viện Đa khoa Văn Giang

2. Các thức tiếp nhận báo giá:

Các tiếp nhận báo giá theo một trong các cách sau:

- Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Phòng Văn thư (Tòa nhà Hành chính), Bệnh viện đa khoa Văn Giang.

Địa chỉ: xã Phụng Công, tỉnh Hưng Yên.

- Nhận qua Email: ttytvangianghy@gmail.com

3. Thời hạn tiếp nhận báo giá:

Từ 08 giờ ngày 27 tháng 5 năm 2026 đến 17 giờ ngày 07 tháng 6 năm 2026.

Các báo giá nhận được sau thời điểm nêu trên sẽ không được xem xét.

4. Hồ sơ báo giá:

- 01 bản chính báo giá bằng tiếng Việt có đầy đủ chữ ký, dấu đại diện pháp nhân và đóng dấu giáp lai trong trường hợp báo giá có nhiều trang. Bảng chào giá bao gồm đầy đủ các loại chi phí để thực hiện công việc, các loại thuế, phí theo quy định hiện hành.

- Hồ sơ năng lực, bao gồm: Giấy phép đăng ký kinh doanh; Hồ sơ năng lực chứng minh đủ điều kiện, năng lực, kinh nghiệm thực hiện cung cấp hàng hóa nêu trên và các giấy tờ khác (nếu có) (bản sao công chứng hoặc chứng thực).

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 30 ngày, kể từ ngày có thời điểm nhận báo giá.

II. Nội dung yêu cầu báo giá: Phụ lục kèm theo.

Bệnh viện đa khoa Văn Giang trân trọng thông báo! *or*

Nơi nhận:

- Như Kính gửi;
- Phó Giám đốc;
- Phòng TC-HC-TC (bộ phận CNTT đăng tải);
- Lưu: VT, KHNVDĐ.



Vũ Trường Sơn

PHỤ LỤC 1: NỘI DUNG YÊU CẦU

(Kèm theo Yêu cầu báo giá ngày 27 tháng 5 năm 2026 của Bệnh viện Đa khoa Văn Giang)



DANH MỤC

Các loại biểu mẫu, giấy tờ phục vụ công tác chuyên môn năm 2026

Của Bệnh viện đa khoa Văn Giang

STT	Tên danh mục	Đơn vị tính	Số lượng	Quy cách
1.	Túi đựng phim X-quang	Cái	24.500	Chất liệu giấy couche Kích thước thành phẩm (25 x 33 cm) (mép 3cm) Kiểu dáng: hình phong bì, bế, dán theo maket Định lượng(g/m2): 300 In màu mặt ngoài, In tên đơn vị, địa chỉ, số điện thoại, logo hình ảnh
2.	Túi đựng phim CT-Scanner	Cái	14.000	Chất liệu giấy couche, Kích thước thành phẩm (76 x 44 cm) (mép 3cm), chiều dài mỗi mặt (mặt trước, mặt sau) là 37 cm. Kiểu dáng: hình phong bì, bế, dán theo maket Định lượng(g/m2): 300 In màu mặt ngoài, in tên đơn vị, địa chỉ, số điện thoại, logo hình ảnh
3.	Phong bì gửi công văn	Cái	1.000	Chất liệu: Giấy Óp Kích thước thành phẩm (12 x 22 cm). Định lượng(g/m2): 100 In màu mặt ngoài, in tên đơn vị, địa chỉ, số điện thoại, logo hình ảnh
4.	Đơn thuốc	Tờ	30.000	Kích thước A5, in 01 mặt Giấy định lượng 70g/m2
5.	Phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế	Tờ	2.000	Khổ A4, in 02 mặt Giấy định lượng 70g/m2
6.	Giấy khám sức khỏe của người lái xe, người điều khiển xe máy chuyên dùng	Tờ	8.000	Khổ A3, in 02 mặt Giấy định lượng 70g/m2
7.	Giấy khám sức khỏe dùng	Tờ	8.000	Khổ A3, in 2 mặt

STT	Tên danh mục	Đơn vị tính	Số lượng	Quy cách
	cho người từ đủ 18 tuổi trở lên			Giấy định lượng 70g/m ²
8.	Giấy khám sức khỏe dùng cho người dưới 18 tuổi	Tờ	3.000	Khổ A3, in 2 mặt Giấy định lượng 70g/m ²
9.	Quyển Biên lai thủ thuật in 1 mặt có số nhảy	Quyển	2.500	* Bìa sổ: Giấy cứng màu xanh khổ A6, in đen trắng, 1 mặt * Ruột sổ: In đen trắng, 1 mặt 2 liên, đánh số thứ tự ở góc phải, 100 tờ Kích thước: A6 ngang. Giấy định lượng 70g/m ²
10.	Quyển sổ Phiếu đề nghị lĩnh vật tư	Quyển	20	Bìa cứng màu xanh Khổ A5, Bên trong khổ A5 in 01 mặt 2 liên, quyển 100 tờ, Giấy định lượng 70g/m ²
11.	Sổ theo dõi người bệnh chuyển đi các tuyến	Quyển	5	Bìa cứng màu xanh khổ A3 ngang gấp đôi, in đen trắng, 1 mặt Bên trong khổ A3 ngang gấp đôi, in 2 mặt, 25 tờ/quyển, Giấy định lượng 70g/m ²
12.	Giấy chứng nhận phẫu thuật	Tờ	1.200	Khổ A5 ngang, in 02 mặt bìa cứng màu xanh, Giấy định lượng 70g/m ²
13.	Gáy hồ sơ bệnh án	tờ	25.000	Giấy A4 màu trắng, cắt Kích thước chiều dài 30cm, rộng 4cm, đóng ghim lỏng 6 tờ/ 1 bản
14.	Sổ trực cấp cứu	Quyển	24	Bìa cứng màu xanh Khổ A3 ngang gấp đôi. Bên trong in đen trắng 02 mặt, quyển 25 tờ, Giấy định lượng 70g/m ²
15.	Sổ mổ	Quyển	24	Bìa cứng màu xanh Khổ A4. Bên trong in đen trắng 02 mặt, quyển 25 tờ, Giấy định lượng 70g/m ²
16.	Sổ vào viện, ra viện, chuyển viện	Quyển	12	Bìa cứng màu xanh khổ A3 ngang. Bên trong giấy trắng khổ A3 ngang, in 2 mặt, 1 quyển 50 tờ, Giấy định lượng 70g/m ²

PHỤ LỤC 2: BIỂU MẪU IN

3 cm



BỆNH VIỆN DA KHOA VĂN GIANG - TỈNH HƯNG YÊN

Chung tay nâng cao sức khỏe cộng đồng!

Địa chỉ: Xã Phụng Công - Tỉnh Hưng Yên
Điện thoại: 0965.421.515 - Fax: 03213.933.051

TÚI ĐỢNG PHIM CỘNG HƯỞNG TỬ - MRI / CT - SCANNER

Vui lòng không gấp túi

Họ và tên:.....

Tuổi:.....Nam Nữ

Địa chỉ:.....

*Hiện đại - Chính xác - Nhanh chóng - Thuận lợi
Xin vui lòng mang theo phim mỗi lần đi khám*

DỊCH VỤ KỸ THUẬT THỰC HIỆN TẠI BỆNH VIỆN DA KHOA VĂN GIANG

CHỤP LỚP SỐ THỰC KỲ KHẨN CẤP

- Chụp CLVT ngoại
- Chụp CLVT nội tạng lồng ngực (chẩn đoán bệnh phổi)
- Chụp CLVT nội tạng
- Chụp CLVT phối độ (phần mềm)
- Chụp CLVT phối độ (phần cứng)
- Chụp CLVT ngoại lồng ngực (phần mềm)
- Chụp CLVT nội tạng lồng ngực (phần cứng)
- Chụp CLVT nội tạng lồng ngực (phần mềm)
- Chụp CLVT nội tạng lồng ngực (phần cứng)
- Chụp CLVT nội tạng lồng ngực (phần mềm)
- Chụp CLVT nội tạng lồng ngực (phần cứng)
- Chụp CLVT nội tạng lồng ngực (phần mềm)
- Chụp CLVT nội tạng lồng ngực (phần cứng)
- Chụp CLVT nội tạng lồng ngực (phần mềm)
- Chụp CLVT nội tạng lồng ngực (phần cứng)

NỘI NỘI THỰC HIỆN

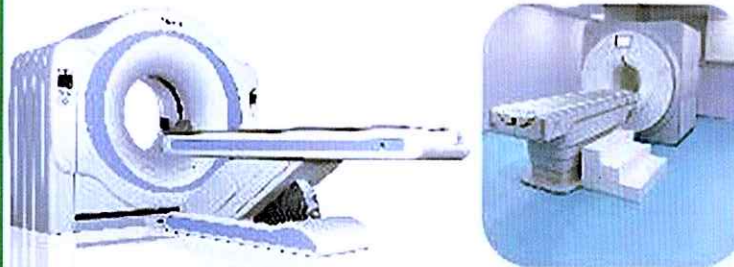
- Ngay khi cấp nhân thực hiện, cấp độ ưu tiên
- Nội nội (cấp nhân thực hiện)
- Thực hiện cấp độ ưu tiên
- Thực hiện cấp độ ưu tiên
- Thực hiện cấp độ ưu tiên
- Thực hiện cấp độ ưu tiên
- Thực hiện cấp độ ưu tiên
- Thực hiện cấp độ ưu tiên
- Thực hiện cấp độ ưu tiên
- Thực hiện cấp độ ưu tiên
- Thực hiện cấp độ ưu tiên
- Thực hiện cấp độ ưu tiên
- Thực hiện cấp độ ưu tiên
- Thực hiện cấp độ ưu tiên

PHỤ THUẬT NỘI NỘI THỰC HIỆN

- Phụ thu thuật nội nội thực hiện
- Phụ thu thuật nội nội thực hiện
- Phụ thu thuật nội nội thực hiện
- Phụ thu thuật nội nội thực hiện
- Phụ thu thuật nội nội thực hiện
- Phụ thu thuật nội nội thực hiện
- Phụ thu thuật nội nội thực hiện
- Phụ thu thuật nội nội thực hiện
- Phụ thu thuật nội nội thực hiện
- Phụ thu thuật nội nội thực hiện
- Phụ thu thuật nội nội thực hiện
- Phụ thu thuật nội nội thực hiện
- Phụ thu thuật nội nội thực hiện
- Phụ thu thuật nội nội thực hiện

CHỤP CỘNG HƯỞNG TỬ - MRI

- Sọ não
- Ổ bụng
- Cột sống
- Hầu não
- Khung chậu
- Xương khớp
- Thận/kidney
- Sân - Nịt
- Cơ - Phần mềm
- Tim mạch
- Các cơ quan khác
- Tuyến vú



44 cm

Mặt trước

37 cm

Mặt sau

37 cm

76 cm

PHONG BÌ 12 X 22 CM

BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĂN GIANG

Địa chỉ: Xã Phụng Công - Tỉnh Hưng Yên

Điện thoại : 0221.393.1106

Kính gửi:

.....

.....

Mã đơn thuốc: 33070.....

Tên đơn vị: BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĂN GIANG

Địa chỉ: xã Phụng Công, tỉnh Hưng Yên

Điện thoại: 02213.931.106

ĐƠN THUỐC

Họ tên:

Số định danh cá nhân/số căn cước công dân/số căn cước/số hộ chiếu của người bệnh
(nếu có):

Ngày sinh:/...../..... Cân nặng: Giới tính: Nam Nữ

Mã số bảo hiểm y tế (nếu có):

Nơi thường trú/nơi tạm trú/nơi ở hiện tại:

.....

Chẩn đoán:

Thuốc điều trị:

.....

.....

.....

.....

.....

Lời dặn:

Ngày tháng năm 20.....

Bác sỹ/Y sỹ khám bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

- Khám bệnh lại xin mang theo đơn này.

- Số điện thoại liên hệ:

- Họ và tên người đưa trẻ đến khám bệnh, chữa bệnh:

Số:/20..../PCCSKBCB

PHIẾU CHUYỂN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Kính gửi:

Bệnh viện Đa khoa Văn Giang trân trọng giới thiệu:

- Họ và tên người bệnh:
- Nam/Nữ: Năm sinh:
- Địa chỉ:
- Dân tộc: Quốc tịch:
- Nghề nghiệp: Nơi làm việc
- Số thẻ bảo hiểm y tế:
- Thời hạn sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế đến ngày tháng năm
- Hết thời hạn: Không xác định được thời hạn:

- Đã được khám bệnh, điều trị:

+ Tại: (Cấp.....) từ ngày tháng năm đến ngày tháng năm

+ Tại: (Cấp.....) từ ngày tháng năm đến ngày tháng năm

TÓM TẮT BỆNH ÁN

- Tóm tắt dấu hiệu lâm sàng:

- Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng chính có giá trị chẩn đoán, theo dõi điều trị

- Chẩn đoán: (bệnh chính).....

- Phương pháp, thủ thuật đã thực hiện (nếu có)

Thời gian bắt đầu thực hiện: giờ..... phút ngàytháng năm

Thời gian kết thúc thực hiện: giờ..... phút..... ngàytháng năm

- Kỹ thuật, thuốc điều trị chính đã sử dụng:

- Tình trạng người bệnh lúc chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

- Lí do chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: Khoanh tròn vào mục 1 hoặc 2 lý do chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp chọn mục 1, đánh dấu (X) vào ô tương ứng.

(1) Đủ điều kiện chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Phù hợp với quy định chuyển cấp chuyên môn kỹ thuật:

b) Không phù hợp với khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

(2) Theo yêu cầu của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh.

- Hướng điều trị:

.....

- Chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hồi: giờ ... phút, ngày tháng năm 20....

- Trường hợp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giá trị trong 01 năm: (có/không)

- Phương tiện vận chuyển:

- Họ tên, chức danh, trình độ chuyên môn của người hộ tống (nếu có):

.....

.....

Ngày tháng năm 20....

ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KCB/BS ĐIỀU TRỊ

(Ký tên, đóng dấu)

Số:/GKSKLX/33070/.....

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE, NGƯỜI ĐIỀU KHIỂN XE
MÁY CHUYÊN DÙNG**

Ảnh
(4x6 cm) đóng dấu giáp
lai hoặc Scan ảnh
(ảnh được chụp trên nền
trắng trong thời gian
không quá 06 (sáu)
tháng tính đến ngày nộp
hồ sơ khám sức khỏe)

- Họ và tên (viết chữ in hoa):
- Giới tính: Nam Nữ
- Ngày tháng năm sinh: (Tuổi:)
- Số CCCD/CC/Hộ chiếu/Định danh công dân:
- Cấp ngày .../.../..... Tại
- Chỗ ở hiện tại:
- Đề nghị khám sức khỏe để lái xe hạng:

* **Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD/CC gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư không cần ghi mục 2, mục 5, mục 6

I. TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không ; b) Có ;

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

2. Tiền sử, bệnh sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không (Bác sỹ hỏi bệnh và đánh dấu X vào ô tương ứng)

	Có/Không		Có/Không
Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>

Có/Không			Có/Không		
Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu			Bệnh tâm thần		
Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)			Mất ý thức, rối loạn ý thức		
Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng			Ngất, chóng mặt, mệt mỏi, buồn ngủ hoặc ngất xỉu		
Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác			Bệnh tiêu hóa		
Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)			Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to		
Tăng huyết áp			Tai biến mạch máu não hoặc liệt		
Khó thở			Bệnh hoặc tổn thương cột sống		
Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính			Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục		
Bệnh thận, lọc máu			Sử dụng ma túy và chất gây nghiện		

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

.....

3. Câu hỏi khác (nếu có):

Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

.....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật. Nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

....., ngày tháng năm 20....

Người đề nghị khám sức khỏe

(Ký và ghi rõ họ, tên)

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên, chữ ký của Bác sỹ			
1. Tâm thần: Kết luận					
2. Thần kinh: Kết luận					
3. Mắt: - Thị lực nhìn xa từng mắt: + Không kính: Mắt phải: Mắt trái: + Có kính: Mắt phải: Mắt trái: - Thị lực nhìn xa hai mắt: Không kính Có kính - Thị trường:					
Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)				Thị trường đứng (chiều trên-dưới)	
Bình thường	Hạn chế			Bình thường	Hạn chế
- Sắc giác + Bình thường <input type="checkbox"/> + Mùi màu toàn bộ <input type="checkbox"/> Mùi màu: - Đỏ <input type="checkbox"/> - Xanh lá cây <input type="checkbox"/> - Vàng <input type="checkbox"/> Các bệnh về mắt (nếu có): Kết luận					
4. Tai-Mũi-Họng Kết quả khám thính lực (có thể sử dụng máy trợ thính) + Tai trái: Nói thường: .....m; Nói thầm: .....m + Tai phải: Nói thường: .....m; Nói thầm: .....m - Các bệnh về tai mũi họng (nếu có): Kết luận					
5. Tim mạch: + Mạch: lần/phút; + Huyết áp:/..... mmHg Kết luận					

6. Hô hấp	
.....	
Kết luận .....	.....
7. Cơ Xương Khớp:	
.....	
Kết luận .....	.....
8. Nội tiết:	
.....	
Kết luận .....	.....

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ/Trưởng bộ phận
1. Xét nghiệm ma túy (Xét nghiệm sàng lọc và định tính các loại ma túy theo quy định của Bộ Y tế: Amphetamin, Marijuana, Morphin, Codein, Heroin) Kết quả:	
2. Các xét nghiệm chỉ thực hiện khi có chỉ định của bác sỹ khám sức khỏe: Xét nghiệm nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở/huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác (điện não đồ, điện tim ...) a) Kết quả:	
b) Kết luận:	

IV. KẾT LUẬN

.....

.....

.....

(Giấy khám sức khỏe này có giá trị sử dụng trong vòng 12 tháng kể từ ngày ký kết luận)

....., ngày tháng năm 20...

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

PHỤ LỤC SỐ XXIV

(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Mẫu số 1.

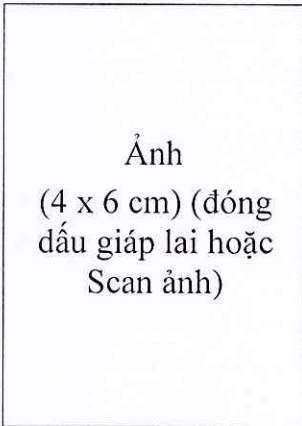
SỞ Y TẾ TỈNH HƯNG YÊN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĂN GIANG

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

Số:/GKSK-YT

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

(dùng cho người từ đủ 18 tuổi trở lên)



- Họ và tên (viết chữ in hoa):
- Giới tính: Nam Nữ
- Sinh Ngày tháng năm: (Tuổi:)
- Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD:
- Cấp ngày/...../..... Tại
- Chỗ ở hiện tại:

* **Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK 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

- Lý do khám sức khỏe:

TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

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

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không:

STT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
	mạch, máy tạo nhịp, đặt slent mạch, ghép tim)				ngày, ngày to		
7	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Nghiện rượu, bia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi rõ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):

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

Phân loại thể lực:

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám			Họ tên và chữ ký của Bác sĩ chuyên khoa
1.	Nội khoa		
	<i>Tuần hoàn</i>	.....
a)	Phân loại	.....
b)	<i>Hô hấp</i>	.....
	Phân loại	.....

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sĩ chuyên khoa
c)	<i>Tiêu hóa</i>	.....
	Phân loại	.....
d)	<i>Thận-Tiết niệu</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	.....
Ngoại khoa, Da liễu: - Ngoại khoa: 2. Phân loại: - Da liễu: Phân loại:		
3. Sản phụ khoa: Phân loại:		
4. 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:		

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sĩ chuyên khoa
5. 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:		
6. Răng - Hàm - Mặt		
<i>Kết quả khám:</i>		
Hàm trên:		
Hàm dưới:		
<i>Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):</i>		
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):	
2. Xét nghiệm nước tiểu: a) Đường: b) Protein: c) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):	

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:

2. Các bệnh, tật (nếu có):

.....

..... ngày tháng năm

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

PHỤ LỤC SỐ XXIV

(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Mẫu số 2.

**SỞ Y TẾ TỈNH HƯNG YÊN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĂN GIANG**

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

Số: /GKSK-.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

(dùng cho người dưới 18 tuổi)

Ảnh
(4 x 6cm) (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 CMND/CCCD/Hộ chiếu/Định danh CD:
- 5. Cấp ngày...../...../..... tại
- 6. Chỗ ở hiện tại:.....
.....
- 7. Lý do khám sức khỏe:

TIỀN SỬ BỆNH TẬT

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh truyền nhiễm không:

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

2. Tiền sử bản thân:

a) Sản khoa:

- Bình thường.

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng; Đẻ thừa cân; Đẻ có can thiệp; Đẻ ngạt, Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh:

b) Tiêm chủng:

STT	Loại vắc xin	Tình trạng tiêm/uống vắc xin		
		Có	Không	Không nhớ rõ
1	BCG			
2	Bạch hầu, ho gà, uốn ván			
3	Sởi			
4	Bại liệt			
5	Viêm não Nhật Bản B			

6	Viêm gan B			
7	Các loại khác			

c) Tiền sử bệnh/tật: (các bệnh bẩm sinh và mạn tính)

- Không

- Có

Nếu “có”, ghi cụ thể tên bệnh

.....

.....

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng:

.....

.....

.....

.....

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

..... ngày tháng năm 20...

Người đề nghị khám sức khỏe
(hoặc Cha/mẹ hoặc người giám hộ)
(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

Phân loại thể lực:.....

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
Nhi khoa		
1. a)	Tuần hoàn	.....
	
b)	Hô hấp	.....
	
c)	Tiêu hóa	.....
	
d)	Thận-Tiết niệu	.....
	
đ)	Thần kinh	.....
	Phân loại	.....
e)	Tâm thần	.....
	Phân loại	.....
g)	Khám lâm sàng	.....
	khác	.....
	Phân loại	.....
2. Mắt:		
Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải Mắt trái:		
Có kính: Mắt phải Mắt trái:		
Các bệnh về mắt (nếu có):		
.....		

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
3. 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>		
.....		
4. Răng - Hàm - Mặt		
<i>Kết quả khám:</i>		
Hàm trên:		
Hàm dưới:		
<i>Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):</i>		
.....		

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/Xquang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ:
Kết quả:
.....
.....

IV. KẾT LUẬN CHUNG

Sức khỏe bình thường:

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý:

.....

.....

..... ngày tháng năm

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

BỆNH VIỆN ĐA KHOA VẠN GIANG

SỔ BIÊN LẠI THỦ THUẬT

(trang bìa in màu xanh)

**BIÊN LAI THỦ THUẬT
BVĐK VĂN GIANG**

Số: 00001

Họ và tên bệnh nhân:
Địa chỉ:
Khoa:
Số tiền:
Bằng chữ:

Ngày tháng năm 20....
Người viết phiếu

**BIÊN LAI THỦ THUẬT
BVĐK VĂN GIANG**

Số: 00001

Họ và tên bệnh nhân:
Địa chỉ:
Khoa:
Số tiền:
Bằng chữ:

Ngày tháng năm 20....
Người viết phiếu

BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĂN GIANG

Khoa, phòng:

Số:

PHIẾU ĐỀ NGHỊ LĨNH VẬT TƯ

(Trang bìa in màu xanh)

BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĂN GIANG

Khoa, phòng:

Số:

PHIẾU ĐỀ NGHỊ LĨNH VẬT TƯ

Xuất cho ông (bà):

Phòng:

STT	Tên vật tư	ĐV tính	Số lượng đề nghị	Ghi chú

Cộng: khoản

Người đề nghị

Ngày tháng năm

Trưởng khoa (phòng)

SỞ Y TẾ TỈNH HƯNG YÊN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĂN GIANG

SỔ THEO DÕI

NGƯỜI BỆNH CHUYỂN ĐI CÁC TUYẾN

Khoa:

Từ ngày...../...../..... đến ngày/...../.....
(Trang bìa in màu xanh)

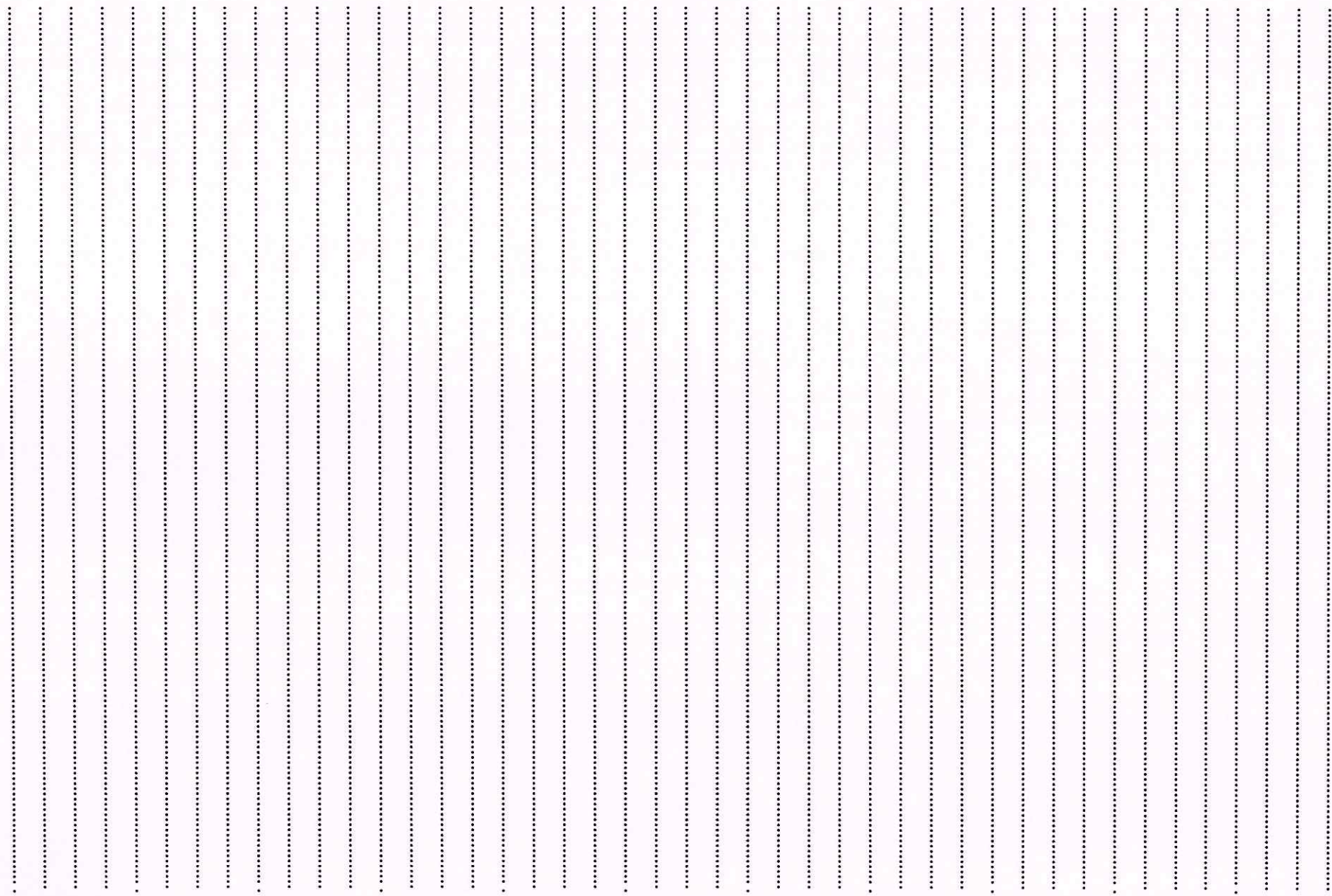
SỞ Y TẾ TỈNH HƯNG YÊN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĂN GIANG

SỔ TRỰC CẤP CỨU

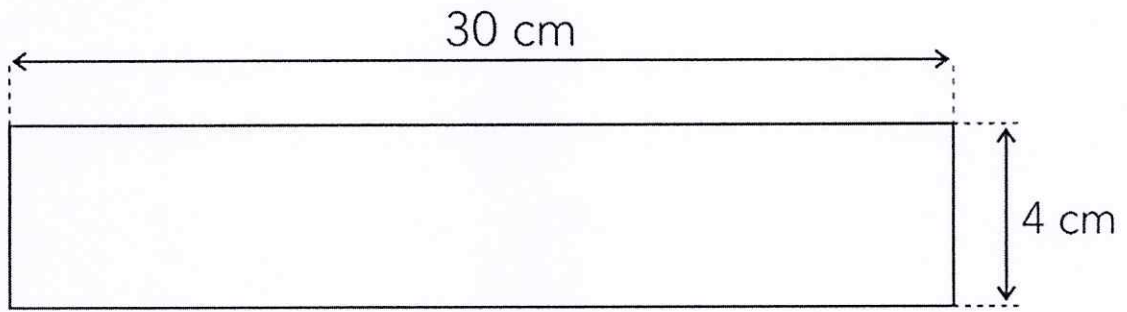
(In màu xanh)

NĂM:

KHOA:



GÁY HỒ SƠ BỆNH ÁN



SỞ Y TẾ TỈNH HƯNG YÊN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĂN GIANG

SỔ MỔ

NĂM:

KHOA:

BẮT ĐẦU SỬ DỤNG NGÀY/...../.....
HẾT SỐ, NỘP LƯU TRỮ NGÀY/...../.....

Trang bìa

Họ và tên: Tuổi: Phòng:
Địa chỉ:
Ngày vào:
Ngày mổ: Từ giờ Đến giờ
Người mổ:
Phụ mổ:
Gây tê, mê bằng thuốc: Liều lượng:
Phương pháp:
Tài liệu:
Người gây tê, mê:
Ước lượng số máu chảy:
Thuốc đã dùng trong khi mổ:

**Định bệnh
trước khi mổ**

**Định bệnh
Sau khi mổ**

Họ và tên: Tuổi: Phòng:
Địa chỉ:
Ngày vào:
Ngày mổ: Từ giờ Đến giờ
Người mổ:
Phụ mổ:
Gây tê, mê bằng thuốc: Liều lượng:
Phương pháp:
Tài liệu:
Người gây tê, mê:
Ước lượng số máu chảy:
Thuốc đã dùng trong khi mổ:

**Định bệnh
trước khi mổ**

**Định bệnh
Sau khi mổ**

.....
.....
.....
.....
.....

THUỐC DÙNG TRONG KHI MỘ

.....
.....
.....
.....
.....
.....

CÁCH THỨC MỘ

.....
.....
.....
.....
.....

THUỐC DÙNG TRONG KHI MỘ

.....
.....
.....
.....
.....
.....

CÁCH THỨC MỘ

BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĂN GIANG

SỔ VÀO VIỆN- RA VIỆN-CHUYỂN VIỆN

Khoa:

-Bắt đầu sử dụng ngày:/...../.....

- Hết sổ, nộp lưu trữ ngày:/...../.....

Trang bìa

