|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SỞ Y TẾ NGHỆ AN  **TTYT HUYỆN QUỲ CHÂU** Số: ……../20…/GCT | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ----------------** | Số hồ sơ: …… Vào sổ chuyển tuyến số: ……….. |

**GIẤY CHUYỂN TUYẾN KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

Kính gửi: …………………………………………………………………….

Cơ sở KBCB: Trung tâm y tế huyện Quỳ Châu trân trọng giới thiệu:

- Họ và tên người bệnh: ……………………………………………… Nam/Nữ:……..… Tuổi: ...............

- Địa chỉ: .......................................................................................................................................................

- Dân tộc: …………………………………. Quốc tịch:...............................................................................

- Nghề nghiệp:

. Nơi làm việc

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

- Số thẻ BHYT:

- Hạn sử dụng …./…./….. đến …./…../…..

Đã được khám bệnh/điều trị:

+ Tại: Trung tâm y tế huyện Quỳ Châu (Tuyến 3) - Từ ……/……/…….. đến ……./...../…….

**TÓM TẮT BỆNH ÁN**

- Dấu hiệu lâm sàng: ..................................................................................................................................

- Kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng:...........................................................................................................

- Chẩn đoán:................................................................................................................................................

- Phương pháp, thủ thuật, kỹ thuật, thuốc đã sử dụng trong điều trị:..........................................................

- Tình trạng người bệnh lúc chuyển tuyến:.................................................................................................

- Lí do chuyển tuyến: Khoanh tròn vào lý do chuyển tuyến phù hợp sau đây:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Đủ điều kiện chuyển tuyến: | Phát hiện bệnh ngoài phạm vi chuyên môn  Tình trạng bệnh diễn biến vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở KCB |

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

- Hướng điều trị: .........................................................................................................................................

- Chuyển tuyến hồi: …….giờ ……phút, ngày …… tháng ……. năm 20..................................

- Phương tiện vận chuyển: ..........................................................................................................................

- Họ tên, chức danh, trình độ chuyên môn của người hộ tống: ...................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **Y, BÁC SĨ KHÁM, ĐIỀU TRỊ** (Ký và ghi rõ họ tên) | Ngày …. tháng ….. năm 20…  **NGƯỜI CÓ THẨM QUYỀN CHUYỂN TUYẾN** (Ký tên, đóng dấu) |