

Kính gửi : Các cơ sở khám chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Bảo hiểm xã hội Tp. Hồ Chí Minh thông báo đến cơ sở y tế một số nội dung trong việc tiếp nhận thẻ BHYT như sau:

1. Đối với trẻ em dưới 3 tháng tuổi khi đi KCB bằng giấy khai sinh, chứng sinh:

- Cơ sở khám chữa bệnh phải ghi rõ ngày, tháng, năm sinh vào cột (C hoặc-D) biểu mẫu mẫu 79a, 80a (bảng thống kê chi phí ngoại trú, nội trú hằng tháng).

- Thống kê đầy đủ địa chỉ: số nhà (nếu có); đường (ấp); phường/ xã; quận/ huyện; tỉnh/ thành phố theo địa chỉ trên hộ khẩu của người mẹ.

- Trường hợp trẻ thiếu các thông tin trên sẽ không được quỹ KCB BHYT thanh toán.

2. Về các thông tin ghi trên thẻ BHYT do Bảo hiểm xã hội Tp. Hồ Chí Minh phát hành (mã tỉnh: 79):

2.1 Đối với thông tin ngày, tháng, năm sinh:

a. Trường hợp thẻ BHYT có ghi ngày tháng năm sinh nhưng trên giấy tờ tùy thân chỉ có năm sinh (cùng năm sinh) *thì vẫn giải quyết bình thường.*

Ví dụ: + Thẻ BHYT ghi ngày, tháng năm sinh là: 01/01/1965 hoặc 1965

+ Giấy tờ tùy thân chỉ ghi năm sinh 1965.


b. Trường hợp thẻ BHYT chỉ ghi năm sinh, ghi ngày 01/01/năm sinh hoặc 01/7/năm sinh nhưng trên giấy tờ tùy thân ghi đầy đủ ngày, tháng, năm sinh thì cơ sở KCB *vẫn tiếp nhận giải quyết một lần và hướng dẫn người có thể về cơ quan Bảo hiểm xã hội (nơi phát hành thẻ) để được cấp đổi thẻ.* Riêng các đối tượng hưu trí, học sinh sinh viên vẫn được giải quyết không yêu cầu đi đổi thẻ.

Ví dụ: + Thẻ BHYT ghi ngày, tháng, năm sinh: 1965 hoặc 01/01/1965


+ Giấy tờ tùy ghi: 25/5/1965.

2.2 Đối với thông tin địa chỉ ghi trên thẻ: Địa chỉ ghi trên thẻ có thể theo nơi cư trú (thường trú, tạm trú) hoặc tên đơn vị công tác.


3. Về thông tin 5 năm tham gia BHYT liên tục: Hiện nay việc in tiêu chí này trên thẻ chưa đầy đủ, vì vậy đề nghị cơ sở KCB chỉ giải quyết 100% khi người bệnh *có giấy xác nhận tham gia liên tục đủ 5 năm và đã đóng chi trả trong năm lớn hơn 6 tháng tối thiểu của ngành Bảo hiểm xã hội.*

Trân trọng./ 

Nơi nhận :

- Như trên;
- Ban Giám đốc;
- Các Phòng chức năng;
- BHXH quận, huyện;
- Sở Y tế Tp.HCM (để p/h);
- Lưu VT, NVGD1 

**KT.GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



Lưu Thị Thanh Huyền

XÉT DUYỆT ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN SIÊU VI C BHYT

Họ và tên bệnh nhân: Năm sinh: Nam Nữ
 Địa chỉ: Số nhà đường Phường xã
 Quận Huyện: Tỉnh TP:
 Số hồ sơ: SỐ BHYT: Ngày xét duyệt: 201

I Bệnh sử - tiền sử:	
Bệnh sử:	
Tiền sử: <input type="checkbox"/> uống rượu; <input type="checkbox"/> tiểu đường; <input type="checkbox"/> tim mạch; <input type="checkbox"/> khác:	
Điều trị kháng virus: Kết quả:	
II Lâm sàng:	
.....	
III Xét nghiệm:	
Hct: ^{g/l} Hb: ^{g/l} Bạch cầu: Tiểu cầu: AST ALT GGT: IU/L HBsAg: Anti HCV: HCV RNA: IU/ml; Genotype: Glucose máu:; Creatinin máu: Protein máu: ^{g/l} ; Tỷ lệ A/G: Prothrombin time: ^g ; AFP: ^{ng/ml} ; Ferritin: TSH FT3 FT4: ANA: ECG:	Hình ảnh học: Siêu âm: Độ đàn hồi gan: CT scan: Xét nghiệm khác:
III Tình trạng thai nghén	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
IV Chống chỉ định dùng thuốc	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ghi rõ:
V Tràn thủ điều trị:	
1 Khám dùng ben theo y lệnh	<input type="checkbox"/> Có; <input type="checkbox"/> Chưa có
2 Kết quả tư vấn trước điều trị	<input type="checkbox"/> Đạt; <input type="checkbox"/> Chưa đạt
VI Ký giấy cam kết điều trị	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
VII Phác đồ dự kiến điều trị:	Tên thuốc cụ thể: Thời gian điều trị: tuần
<input type="checkbox"/> Interferon - RBV	
<input type="checkbox"/> Peg-Interferon - RBV	
<input type="checkbox"/> Khác:	

Giám đốc

Trưởng khoa

Bác sĩ điều trị

218

CAM KẾT ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN SIÊU VI C

Tôi tên: Năm sinh:
Là bệnh nhân của khoa Bệnh viện
Số hồ sơ: SỐ BHYT

Sau khi được bác sĩ điều trị khám bệnh và tư vấn về:

- Giá thành điều trị
- Hiệu quả điều trị
- Tác dụng phụ của thuốc
- Lợi ích điều trị
- Tuân thủ điều trị
- Các thủ tục cần thiết khi điều trị

Tôi tự nguyện cam kết:

- Dùng thuốc theo chỉ dẫn.
- Đến tái khám đúng hẹn.
- Thực hiện xét nghiệm khi cần để theo dõi.
- Tôi hiểu rằng thuốc được sử dụng trong thời gian dài và trong quá trình điều trị tôi có thể bị các tác dụng phụ của thuốc khiến tôi phải ngừng điều trị vì lý do an toàn.
- Trường hợp tôi không tuân thủ tốt chế độ điều trị (tự ngưng thuốc, dùng thuốc không đầy đủ, chế độ sinh hoạt không phù hợp) bệnh viên có thể xem xét ngưng điều trị cho tôi do không đảm bảo hiệu quả điều trị cũng như tránh kháng thuốc.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 201...
(Ký và ghi rõ họ tên)

Số Y tế:

Bệnh viện:

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ

KHOA:

Số ngoại trú:

Số lưu trú:

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (tr. hoa):
2. Sinh ngày: Tuổi
3. Giới: 1. Nam 2. Nữ
4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc:
6. Ngoại kiều:
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường
Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố
8. Nơi làm việc: 9. Đối tượng: 1 BHYT 2. Thu phí 3. Miễn 4. Khác
10. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Số thẻ BHYT
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:
- Điện thoại số:
12. Đến khám bệnh lúc giờ phút ngày tháng năm
13. Chẩn đoán của nơi giới thiệu: 1. Y tế 2. Tự đến

II. LÝ DO VÀO VIỆN:

III. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý:
2. Tiền sử bệnh:
- + Bản thân
 - + Gia đình

IV. KHÁM BỆNH:

1. Toàn thân:
2. Các bộ phận:

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ	°C
Huyết áp	/ mmHg
Nhịp thở	lần/ph
Cân nặng	kg

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:
4. Chẩn đoán ban đầu:
5. Đã xử lý (thuốc, chăm sóc):
6. Chẩn đoán khi ra viện: Mã
7. Điều trị ngoại trú từ ngày/...../..... đến ngày/...../.....

Giám đốc bệnh viện

Ngày tháng năm
Bác sỹ khám bệnh

Họ và tên:

Họ và tên:

TỔNG KẾT BỆNH ÁN:

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

3. Chẩn đoán ra viện:

- Bệnh chính

- Bệnh kèm theo (nếu có)

4. Phương pháp điều trị:

5. Tình trạng người bệnh ra viện:

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ:	Ngày. tháng. năm Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang		Họ tên.....	
- CT Scanner			
- Siêu âm		Người nhận hồ sơ:	
- Xét nghiệm			
- Khác.....		Họ tên.....	Họ tên.....
- Toàn bộ hồ sơ			

090.45699