

## THƯ MỜI CHÀO GIÁ

**Gói thầu in ấn Giấy khám sức khỏe; Phiếu khảo sát ý kiến người bệnh ngoại trú; Phiếu khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú phục vụ hoạt động chuyên môn tại Trung tâm Y tế thị xã Đông Triều**

Kính gửi: Các đơn vị, tổ chức, doanh nghiệp trong và ngoài thị xã Đông Triều

Trung tâm Y tế thị xã Đông Triều có nhu cầu in ấn Giấy khám sức khỏe; Phiếu khảo sát ý kiến người bệnh ngoại trú; Phiếu khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú phục vụ hoạt động chuyên môn tại Trung tâm Y tế thị xã Đông Triều (*chi tiết theo phụ lục đính kèm*).

Trung tâm Y tế thị xã Đông Triều kính mời các đơn vị, tổ chức, doanh nghiệp có đủ năng lực tham gia gửi báo giá cho Trung tâm Y tế thị xã Đông Triều.

**1. Hồ sơ báo giá gồm:** 01 bộ, gồm:

- Giấy báo giá (*theo mẫu gửi kèm*): Bản dấu đỏ. Đơn giá trong báo giá của các đơn vị, tổ chức, doanh nghiệp gửi chào đã bao gồm tiền thuế và các khoản chi phí khác.
- Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh (*bản photo*).

**2. Thời gian nhận báo giá:** từ ngày 17/4/2024 đến 16h00 ngày 22/4/2024.

**3. Hình thức báo giá:** Bằng văn bản, gửi về Hội đồng mua sắm, sửa chữa Trung tâm Y tế thị xã Đông Triều. Địa chỉ: Khu 5, phường Đức Chính, thị xã Đông Triều, tỉnh Quảng Ninh và Email: [hoidongmuasamttytdt@gmail.com](mailto:hoidongmuasamttytdt@gmail.com)

- Điện thoại: 0906.223.090 (Nguyễn Thị Hải Yến: Thư ký hội đồng); 0919.354.366 (Nguyễn Văn Vị).

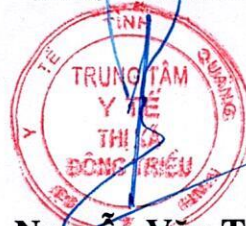
- Đối với hồ sơ nộp trực tiếp: Thực hiện trong giờ hành chính (*từ thứ Hai đến thứ Sáu*); đối với hồ sơ gửi qua đường bưu điện: được tính theo dấu của Bưu điện.

Trung tâm Y tế thị xã Đông Triều xin trân trọng thông báo./. *le*

**Nơi nhận:**

- Như kính gửi;
- Phòng KH-NV (để đăng tải);
- Lưu VT.

**KT. GIÁM ĐỐC  
PHÓ GIÁM ĐỐC**



**Nguyễn Văn Trường**





(Kèm theo thư mời số: 713/TM-TTYT ngày 17/4/2024 của Trung tâm Y tế thị xã Đông Triều)

TT	Tên hàng hóa	Thông số kỹ thuật/ Mô tả	Đơn vị tính	Số lượng	Ghi chú
1	Giấy khám sức khỏe dùng cho người dưới 18 tuổi	Khổ A3 gấp đôi, in dọc 2 mặt, định lượng giấy 70g/m <sup>2</sup> . (In theo mẫu hiện có của Trung tâm)	Tờ	100	Mẫu kèm theo
2	Giấy khám sức khỏe dùng cho người từ đủ 18 tuổi trở lên	Khổ A3 gấp đôi, in dọc 2 mặt, định lượng giấy 70g/m <sup>2</sup> . (In theo mẫu hiện có của Trung tâm)	Tờ	400	Mẫu kèm theo
3	Phiếu khảo sát ý kiến người bệnh ngoại trú	Khổ A4, in dọc 2 mặt, định lượng giấy 70g/m <sup>2</sup> . (In theo mẫu hiện có của Trung tâm).	Tờ	500	Mẫu kèm theo
4	Phiếu khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú	Khổ A4, in dọc 2 mặt, định lượng giấy 70g/m <sup>2</sup> . (In theo mẫu hiện có của Trung tâm).	Tờ	500	Mẫu kèm theo

## CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

## GIẤY BÁO GIÁ

Kính gửi: Trung tâm Y tế thị xã Đông Triều

Địa chỉ: Khu 5, phường Đức Chính, thị xã Đông Triều, tỉnh Quảng Ninh.

Đơn vị báo giá:.....

Địa chỉ:.....

Mã số thuế:.....

Điện thoại:.....

Căn cứ Thư mời chào giá số /TM-TTYT ngày / /2024 của Trung tâm Y tế thị xã Đông Triều về việc thực hiện gói thầu: in ấn Giấy khám sức khỏe; Phiếu khảo sát ý kiến người bệnh ngoại trú; Phiếu khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú phục vụ hoạt động chuyên môn tại Trung tâm Y tế thị xã Đông Triều. Đơn vị chúng tôi xin báo giá, cụ thể như sau:

STT	Tên hàng hóa		ĐVT	Số lượng	Đơn giá	Thành tiền
1	Giấy khám sức khỏe dùng cho người dưới 18 tuổi	Khổ A3 gấp đôi, in dọc 2 mặt, định lượng giấy 70g/m <sup>2</sup> . (In theo mẫu hiện có của Trung tâm)	Tờ	100		
2	Giấy khám sức khỏe dùng cho người từ đủ 18 tuổi trở lên	Khổ A3 gấp đôi, in dọc 2 mặt, định lượng giấy 70g/m <sup>2</sup> . (In theo mẫu hiện có của Trung tâm)	Tờ	400		
3	Phiếu khảo sát ý kiến người bệnh ngoại trú	Khổ A4, in dọc 2 mặt, định lượng giấy 70g/m <sup>2</sup> . (In theo mẫu hiện có của Trung tâm).	Tờ	500		
4	Phiếu khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú	Khổ A4, in dọc 2 mặt, định lượng giấy 70g/m <sup>2</sup> . (In theo mẫu hiện có của Trung tâm).	Tờ	500		
<b>Cộng:</b>						
<b>Thuế GTGT</b>						
<b>Tổng cộng</b>						

**Bảng chữ:**

- Giá trên đã bao gồm thuế GTGT, các khoản chi phí khác có liên quan.

....., ngày tháng năm 2024

**ĐẠI DIỆN ĐƠN VỊ**  
(Ký đóng dấu, ghi rõ họ tên)



Mã BV	Mã BV	Mã BV	Mã BV	Mã BV
-------	-------	-------	-------	-------

Mã đợt KS	Mã phiếu	Mã phiếu	Mã phiếu	Mã phiếu
-----------	----------	----------	----------	----------

**PHIẾU KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ**

Nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, hướng tới sự hài lòng người bệnh, chúng tôi tiến hành khảo sát về mức độ hài lòng của Ông/Bà. Ý kiến của Ông/Bà sẽ giúp bệnh viện từng bước cải tiến chất lượng. Các thông tin sẽ được bảo mật và không ảnh hưởng đến việc điều trị của Ông/Bà. Xin trân trọng cảm ơn!

1. Tên, mã bệnh viện: ..... 2. Ngày điền phiếu.....
3. Người phỏng vấn/điền phiếu: a. Người bệnh tự điền (hoặc người nhà)  
b. Nhân viên của bệnh viện  
c. Bộ Y tế, Sở Y tế hoặc các đoàn giám sát của cơ quan quản lý  
d. Tổ chức độc lập  
e. Đối tượng khác, ghi rõ...
4. Người trả lời là: a. Người bệnh b. Người nhà
5. Tên khoa nằm điều trị trước ra viện..... 6. Mã khoa (do BV ghi).....

**THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH**

A1. Giới tính: 1. Nam 2. Nữ 3. Khác	A2. a. Tuổi ..... b. Hoặc năm sinh.....
A3. Số di động liên hệ:	A4. Số ngày đã nằm viện.... (ghi số ngày)
A5. Ông/Bà có sử dụng thẻ BHYT cho lần điều trị này không? 1. Có 2. Không	
A6. Nơi sinh sống hiện nay: 1. Thành thị 2. Nông thôn 3. Vùng sâu, xa khó khăn	
A7. Phân loại mức sống của gia đình: 1. Nghèo 2. Cận nghèo 3. Khác	
A8. Đây là lần điều trị thứ mấy của Ông/Bà tại bệnh viện? Lần thứ..... (ghi số 1, 2...)	

**ĐÁNH GIÁ VIỆC SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ**

Ông/Bà đánh dấu gạch chéo vào một số từ 1 đến 5, tương ứng với mức độ hài lòng hoặc nhận xét từ rất kém đến rất tốt cho từng câu hỏi dưới đây. Nếu không sử dụng dịch vụ hoặc không có ý kiến thì đánh dấu gạch chéo vào số 0.

① là: Rất không hài lòng hoặc: Rất kém	② là: Không hài lòng hoặc: Kém	③ là: Bình thường hoặc: Trung bình	④ là: Hài lòng hoặc: Tốt	⑤ là: Rất hài lòng hoặc: Rất tốt	⑥ là: không sử dụng
----------------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------	------------------------

<b>A. Khả năng tiếp cận</b>		
A1.	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng và thông báo giờ khám, chữa bệnh, giờ vào thăm rõ ràng, dễ hiểu.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A2.	Các tòa nhà, cầu thang bộ, thang máy, buồng bệnh được đánh số và hướng dẫn rõ ràng, dễ tìm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A3.	Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, an toàn, dễ đi.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A4.	Thời gian chờ đợi thang máy, làm thủ tục và chờ đợi trong quá trình khám, chữa bệnh chấp nhận được.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A5.	Người bệnh hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần thiết.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

<b>B. Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị</b>		
B1.	Quy trình, thủ tục hành chính (nhập, xuất viện, chuyển viện, chuyển khoa...) rõ ràng, công khai, thuận tiện.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
B2.	Giá dịch vụ y tế được niêm yết, thông báo công khai ở vị trí dễ quan sát, dễ đọc, dễ hiểu và được tư vấn, giải thích các chi phí cao nếu có.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
B3.	Quy trình, thời gian làm thủ tục thanh toán viện phí khi ra viện rõ ràng, công khai, thuận tiện.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
B4.	Được phổ biến về nội quy và những thông tin cần thiết khi nằm viện rõ ràng, đầy đủ.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
B5.	Được giải thích về tình trạng bệnh, phương pháp và thời gian dự kiến điều trị rõ ràng, đầy đủ.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
B6.	Được giải thích, tư vấn trước khi yêu cầu làm các xét nghiệm, thăm dò, kỹ thuật cao rõ ràng, đầy đủ.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
B7.	Được công khai và cập nhật thông tin về dùng thuốc và chi phí điều trị.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
<b>C. Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh</b>		
C1.	Buồng bệnh khang trang, sạch sẽ, có đầy đủ các thiết bị điều chỉnh nhiệt độ phù hợp như quạt, máy sưởi, hoặc điều hòa.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C2.	Buồng bệnh yên tĩnh, bảo đảm an toàn, an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp, yên tâm khi nằm viện.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C3.	Giường bệnh, ga, gối đầy đủ cho mỗi người một giường, chắc chắn, sử dụng tốt.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C4.	Được cung cấp quần áo đầy đủ, sạch sẽ.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C5.	Nhà vệ sinh, nhà tắm thuận tiện, sạch sẽ, sử dụng tốt.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C6.	Được cung cấp đầy đủ nước uống nóng, lạnh ngay tại khoa điều trị.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C7.	Người bệnh và người nhà người bệnh truy cập được mạng internet không dây (wifi) ngay tại buồng bệnh.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C8.	Được bảo đảm sự riêng tư khi nằm viện như thay quần áo, khám bệnh, đi vệ sinh tại giường... có rèm che, vách ngăn hoặc nằm riêng.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C9.	Căng-tin bệnh viện phục vụ ăn uống và nhu cầu sinh hoạt thiết yếu đầy đủ và chất lượng.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C10.	Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C11.	Được cung cấp phương tiện vận chuyển nội viện như xe lăn, cáng, xe điện đầy đủ, kịp thời, sử dụng tốt khi có nhu cầu.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
<b>D. Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế</b>		
D1.	Bác sỹ, điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
D2.	Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
D3.	Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
D4.	Bác sỹ, điều dưỡng hợp tác tốt và xử lý công việc thành thạo, kịp thời.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
D5.	Được bác sỹ thăm khám, động viên tại phòng điều trị.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
D6.	Được tư vấn chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng ngừa biến chứng.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
D7.	Không bị nhân viên y tế gợi ý bồi dưỡng.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

<b>E. Kết quả cung cấp dịch vụ</b>		
E1.	Thời gian chờ đợi khi khám, chữa bệnh tại bệnh viện.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
E2.	Được cấp phát cho dùng thuốc đúng giờ, hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ và các tác dụng phụ nếu có.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
E3.	Được nhắc lịch tái khám và hướng dẫn thực hành ăn uống, luyện tập, chăm sóc tại nhà trước khi ra viện.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
E4.	Trang thiết bị, vật tư y tế đầy đủ, hiện đại, đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
E5.	Kết quả điều trị đáp ứng được nguyện vọng.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
E6.	Ông/Bà đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
E7.	Ông/Bà cho nhận xét về số tiền chi trả có tương xứng với chất lượng dịch vụ y tế không?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rất đắt so với chất lượng</li> <li>2. Đắt hơn so với chất lượng</li> <li>3. Tương xứng so với chất lượng</li> <li>4. Rẻ hơn so với chất lượng</li> <li>5. Không tự chi trả nên không biết (do BHYT hoặc người khác thanh toán)</li> <li>6. Ý kiến khác, ghi rõ.....</li> </ol>
<b>G</b>	<b>Thông tin bổ sung</b>	
G1	Đánh giá chung, bệnh viện đã <b>đáp ứng được bao nhiêu % so với mong đợi</b> của Ông/Bà trước khi nằm viện? <i>(điền số từ 0% đến 100% hoặc có thể điền trên 100% nếu bệnh viện điều trị tốt, vượt quá mong đợi của Ông/Bà)</i>	.....%
G2	Nếu có nhu cầu khám, chữa bệnh, Ông/Bà có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chắc chắn không bao giờ quay lại</li> <li>2. Không muốn quay lại nhưng có ít lựa chọn khác</li> <li>3. Muốn chuyển sang bệnh viện khác</li> <li>4. Có thể sẽ quay lại</li> <li>5. Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác</li> <li>6. Khác (ghi rõ).....</li> </ol>
G3	Đối với các câu hỏi có ý kiến chưa hài lòng, đề nghị Ông/Bà ghi rõ thêm lý do tại sao không hài lòng?	
G4	Ông/Bà có ý kiến hoặc nhận xét gì khác giúp bệnh viện và hệ thống khám, chữa bệnh phục vụ người bệnh được tốt hơn, xin ghi rõ?	

Xin trân trọng cảm ơn ông/bà!

**BỘ Y TẾ**  
**MẪU SỐ 2**

Mã BV	Mã BV	Mã BV	Mã BV	Mã BV
-------	-------	-------	-------	-------

Mã đợt KS	Mã phiếu	Mã phiếu	Mã phiếu	Mã phiếu
-----------	----------	----------	----------	----------

**PHIẾU KHẢO SÁT Ý KIẾN NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ**

Nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, hướng tới sự hài lòng người bệnh, chúng tôi tiến hành khảo sát về mức độ hài lòng của Ông/Bà. Ý kiến của Ông/Bà sẽ giúp bệnh viện từng bước cải tiến chất lượng. Các thông tin sẽ được bảo mật và không ảnh hưởng đến việc điều trị của Ông/Bà. Xin trân trọng cảm ơn!

1. Tên, mã bệnh viện: ..... 2. Ngày điền phiếu.....
3. Người phỏng vấn/điền phiếu: a. Người bệnh tự điền (hoặc người nhà)  
b. Nhân viên của bệnh viện  
c. Bộ Y tế, Sở Y tế hoặc các đoàn giám sát của cơ quan quản lý  
d. Tổ chức độc lập  
e. Đối tượng khác, ghi rõ...
4. Người trả lời là: a. Người bệnh b. Người nhà

**THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH**

A1. Giới tính: 1. Nam 2. Nữ 3. Khác	A2. a. Tuổi ..... b. Hoặc năm sinh.....
A3. Số di động liên hệ:	A4. Ước tính khoảng cách từ nơi sinh sống đến bệnh viện: .....km
A5. Ông/Bà có sử dụng thẻ BHYT cho lần khám này không? 1. Có 2. Không	
A6. Nơi sinh sống hiện nay: 1. Thành thị 2. Nông thôn 3. Vùng sâu, xa khó khăn	
A7. Phân loại mức sống của gia đình: 1. Nghèo 2. Cận nghèo 3. Khác	
A8. Đây là lần khám thứ mấy của Ông/Bà tại bệnh viện? Lần thứ..... (ghi số 1, 2...)	

**ĐÁNH GIÁ VIỆC SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ**

Ông/Bà đánh dấu gạch chéo vào một số từ 1 đến 5, tương ứng với mức độ hài lòng hoặc nhận xét từ rất kém đến rất tốt cho từng câu hỏi dưới đây. Nếu không sử dụng dịch vụ hoặc không có ý kiến thì đánh dấu gạch chéo vào số 0.

① là: Rất không hài lòng hoặc: Rất kém	② là: Không hài lòng hoặc: Kém	③ là: Bình thường hoặc: Trung bình	④ là: Hài lòng hoặc: Tốt	⑤ là: Rất hài lòng hoặc: Rất tốt	⑥ là: không sử dụng
----------------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------	------------------------

A. Khả năng tiếp cận		
A1.	Các biển báo, chỉ dẫn đường đến bệnh viện rõ ràng, dễ nhìn, dễ tìm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A2.	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A3.	Các khối nhà, cầu thang được đánh số rõ ràng, dễ tìm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A4.	Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A5.	Có thể tìm hiểu các thông tin và đăng ký khám qua điện thoại, trang tin điện tử của bệnh viện (website) thuận tiện.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

<b>B. Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị</b>		
B1.	Quy trình khám bệnh được niêm yết rõ ràng, công khai, dễ hiểu.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
B2.	Các quy trình, thủ tục khám bệnh đơn giản, thuận tiện.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
B3.	Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng, công khai.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
B4.	Nhân viên y tế tiếp đón, hướng dẫn người bệnh làm các thủ tục niêm nở, tận tình.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
B5.	Được xếp hàng theo thứ tự trước sau khi làm các thủ tục đăng ký, nộp tiền, khám bệnh, xét nghiệm, chiếu chụp.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
B6.	Đánh giá thời gian chờ đợi làm thủ tục đăng ký khám.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
B7.	Đánh giá thời gian chờ tới lượt bác sỹ khám.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
B8.	Đánh giá thời gian được bác sỹ khám và tư vấn.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
B9.	Đánh giá thời gian chờ làm xét nghiệm, chiếu chụp.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
B10.	Đánh giá thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm, chiếu chụp.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
<b>C. Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh</b>		
C1.	Có phòng/sảnh chờ khám sạch sẽ, thoáng mát vào mùa hè; kín gió và ấm áp vào mùa đông.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C2.	Phòng chờ có đủ ghế ngồi cho người bệnh và sử dụng tốt.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C3.	Phòng chờ có quạt (điều hòa) đầy đủ, hoạt động thường xuyên.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C4.	Phòng chờ có các phương tiện giúp người bệnh có tâm lý thoải mái như ti-vi, tranh ảnh, tờ rơi, nước uống...	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C5.	Được bảo đảm sự riêng tư khi khám bệnh, chiếu chụp, làm thủ thuật.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C6.	Nhà vệ sinh thuận tiện, sử dụng tốt, sạch sẽ.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C7.	Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
C8.	Khu khám bệnh bảo đảm an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp cho người dân.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
<b>D. Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế</b>		
D1.	Nhân viên y tế (bác sỹ, điều dưỡng) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
D2.	Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
D3.	Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
D4.	Năng lực chuyên môn của bác sỹ, điều dưỡng đáp ứng mong đợi.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
<b>E. Kết quả cung cấp dịch vụ</b>		
E1.	Kết quả khám bệnh đã đáp ứng được nguyện vọng của Ông/Bà.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
E2.	Các hóa đơn, phiếu thu, đơn thuốc và kết quả khám bệnh được cung cấp đầy đủ, rõ ràng, minh bạch và được giải thích nếu có thắc mắc.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
E3.	Đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
E4.	Đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

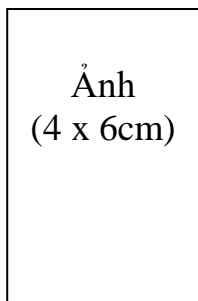


E5.	Ông/Bà cho nhận xét về số tiền chi trả có tương xứng với chất lượng dịch vụ y tế không?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rất đắt so với chất lượng</li> <li>2. Đắt hơn so với chất lượng</li> <li>3. Tương xứng so với chất lượng</li> <li>4. Rẻ hơn so với chất lượng</li> <li>5. Không tự chi trả nên không biết (do BHYT hoặc người khác thanh toán)</li> <li>6. Ý kiến khác, ghi rõ.....</li> </ol>
<b>G</b>	<b>Thông tin bổ sung</b>	
G1	Đánh giá chung, bệnh viện đã <b>đáp ứng được bao nhiêu % so với mong đợi</b> của Ông/Bà trước khi đi khám bệnh? <i>(điền số từ 0% đến 100% hoặc có thể điền trên 100% nếu vượt quá mong đợi của Ông/Bà)</i>	.....%
G2	Nếu có nhu cầu khám, chữa bệnh, Ông/Bà có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chắc chắn không bao giờ quay lại</li> <li>2. Không muốn quay lại nhưng có ít lựa chọn khác</li> <li>3. Muốn chuyển sang bệnh viện khác</li> <li>4. Có thể sẽ quay lại</li> <li>5. Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác</li> <li>6. Khác (ghi rõ).....</li> </ol>
G3	Đối với các câu hỏi có ý kiến chưa hài lòng, đề nghị Ông/Bà ghi rõ thêm lý do tại sao không hài lòng?	
G4	Ông/Bà có ý kiến hoặc nhận xét gì khác giúp bệnh viện và hệ thống khám, chữa bệnh phục vụ người bệnh được tốt hơn, xin ghi rõ?	

**Xin trân trọng cảm ơn!**

Số: /GKSK-TTYTĐT

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**  
(Dùng cho người dưới 18 tuổi)



- 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 .....
- Họ và tên bố, mẹ hoặc người giám hộ: .....
- Chỗ ở hiện tại: .....
- 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 mãn 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.....

**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, chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
<b>1. Nhi khoa</b>	
a) Tuần hoàn: .....	.....
b) Hô hấp: .....	.....
c) Tiêu hóa: .....	.....
d) Thận-Tiết niệu: .....	.....
<i>đ) Thần kinh- Tâm thần:</i> .....	.....
e) Khám lâm sàng khác: .....	.....
<b>2. Mắt:</b>	
Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải: ..... Mắt trái: ..... Có kính: Mắt phải: ..... Mắt trái: .....	.....
Các bệnh về mắt (nếu có):	.....
<b>3. Tai - Mũi - Họng:</b>	
Kết quả khám thị lực: Tai trái: Nói thường: ..... m; Nói thầm: ..... m Tai phải: Nói thường: ..... m; Nói thầm: ..... m	.....
b) Các bệnh về Tai - Mũi - Họng (nếu có):	.....
<b>4. Răng - Hàm - Mặt:</b>	
Kết quả khám: Hàm trên: ..... Hàm dưới: .....	.....
b) Các bệnh về Răng - Hàm - Mặt (nếu có):	.....

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

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

### IV. KẾT LUẬN

Sức khỏe bình thường:

.....

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý: .....

.....

.....ngày..... tháng..... năm.....

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

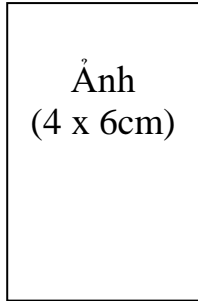
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)





Số: /GKSK-TTYTĐT

**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: .....
- 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:

TT	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 thủng màng	<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 mạch, máy tạo nhịp, đặt slent mạch, ghép tim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 sỹ chuyên khoa
<b>1</b>	<b>Nội khoa</b>	
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</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	
	<b>Ngoại khoa, Da liễu:</b> - <i>Ngoại khoa:</i> <b>2</b> <i>Phân loại:</i> .- <i>Da liễu:</i> Phân loại:	
<b>3</b>	<b>Sản phụ khoa:</b> ..... Phân loại: .....	
<b>4</b>	<b>Mắt:</b> <i>Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải ..... Mắt trái .....</i> <i>Có kính: Mắt phải ..... Mắt trái .....</i> <i>Các bệnh về mắt (nếu có):</i> Phân loại:	
<b>5</b>	<b>Tai - Mũi - Họng</b> <i>Kết quả khám thính lực:</i> Tai trái: Nói thường .....m; Nói thầm .....m	



Tai phải: Nói thường .....m; Nói thầm .....m	
Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):	
Phân loại:	
<b>6</b>	<b>Răng - Hàm - Mặt</b>
Kết quả khám: 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 sỹ
<b>1. Xét nghiệm máu:</b> a) Công thức máu: Số lượng HC: ..... T/L Số lượng Bạch cầu: ..... G/L Số lượng tiểu cầu: ..... G/L b) Sinh hóa máu: Đường máu: ..... mmol/L Urê: ..... mmol/L      Creatinin: ..... mmol/L ASAT(GOT): ..... U/L      ALAT (GPT): ..... U/L	
<b>2. Xét nghiệm nước tiểu:</b> a) Đường: ..... b) Protein: ..... c) Khác (nếu có): .....	
<b>3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):</b> ..... .....	

### 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)

<sup>4</sup>Phân loại sức khỏe theo loại I hoặc II hoặc III hoặc IV hoặc V theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT-QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành.

<sup>5</sup> Ghi rõ các bệnh tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh.



