

CƠ QUAN CHỦ QUẢN  
(BYT/SYT.)  
**TÊN CƠ SỞ KHÁM  
BỆNH, CHỮA BỆNH**

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

Số Hồ sơ: .....  
Vào sổ chuyển  
tuyển số: .....

Số: ...../20.../GCT

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

Kính gửi: .....

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: ..... 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:

--	--	--	--

Hạn sử dụng: .....

Đã được khám bệnh/điều trị:

+ Tại: .....(Tuyển .....) Từ ngày ...../...../..... đến ngày ...../...../.....

+ Tại: .....(Tuyển .....) Từ ngày ...../...../..... đến ngày ...../...../.....

**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.

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)