

DANH MỤC

CÁC PHỤ LỤC

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 13/2016/TTLT-BYT-BGDĐT ngày 22 tháng 5 năm 2016 quy định công tác y tế trường học của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo)

Phụ lục 01. Mẫu sổ theo dõi sức khỏe học sinh và mẫu sổ theo dõi tổng hợp tình trạng sức khỏe học sinh

Mẫu 01. Sổ theo dõi sức khỏe học sinh

Sổ theo dõi sức khỏe học sinh được in trên khổ giấy A5 (14,8cm x 21cm), trường học căn cứ vào tuổi học sinh để lựa chọn một trong các mẫu sổ dưới đây:

- Sổ theo dõi sức khỏe học sinh dành cho trẻ từ 3 tháng tuổi đến < 6 tuổi)
- Sổ theo dõi sức khỏe học sinh dành cho học sinh từ lớp 1 đến lớp 5
- Sổ theo dõi sức khỏe học sinh dành cho học sinh từ lớp 6 đến lớp 9
- Sổ theo dõi sức khỏe học sinh dành cho học sinh từ lớp 10 đến lớp 12 Mẫu 02. Sổ theo dõi tổng hợp tình trạng sức khỏe học sinh

Phụ lục 02. Mẫu báo cáo công tác y tế trường học

Phụ lục 03. Mẫu đánh giá công tác y tế trường học áp dụng cho cơ sở giáo dục mầm non

Phụ lục 04. Mẫu đánh giá công tác y tế trường học áp dụng cho các cơ sở giáo dục phổ thông

Phụ lục 01

MẪU 01. SỔ THEO DÕI SỨC KHỎE HỌC SINH

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 13/2016/TTLT-BYT-BGDĐT ngày 12 tháng 5 năm 2016 quy định công tác y tế trường học của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo)

Bìa sổ

(Trang này sẽ được in vào mặt sau trang bìa)

PHẦN I - THÔNG TIN CHUNG

(Phần này do cha, mẹ học sinh tự điền)

1. Họ và tên học sinh (chữ in hoa) Nam Nữ

2. Ngày tháng năm sinh:..... /..... /.....

3. Họ và tên bố hoặc người giám hộ:

Nghề nghiệp Số điện thoại liên lạc

.....

Chỗ ở hiện tại:

4. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ:.....

5. Nghề nghiệp..... Số điện thoại liên lạc.....

Chỗ ở hiện tại:.....

5. Con thứ mấy:..... Tổng số con trong gia đình:.....

6. Tiền sử sức khỏe bản thân:.....

a) Sản khoa:

- Bình thường

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng Đẻ thừa tháng Đẻ có can thiệp
Đẻ ngạt

- Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh:.....

.....

b) Tiền sử bệnh/tật: Hen Động kinh Dị ứng Tim bẩm sinh

c) 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

Mũi 1

Mũi 2

- Mũi 3
 3 Bại liệt
 Mũi 1
 Mũi 2
 Mũi 3
 4 Viêm gan B
 Sơ sinh
 Mũi 1
 Mũi 2

- Mũi 3
 5 Sởi
 6 Viêm não Nhật Bản B
 Mũi 1
 Mũi 2
 Mũi 3

7

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

.....

7. Thay đổi địa chỉ chỗ ở hoặc số điện thoại (nếu có).....

.....

TRƯỜNG:.....

HỌ TÊN HỌC SINH.....

(Phần này dành cho học sinh < 24 tháng tuổi)

PHẦN 2- THEO DÕI SỨC KHỎE

(Do nhân viên y tế trường học thực hiện)

1. Theo dõi về thể lực (mỗi tháng/lần)

LỚP..... NĂM HỌC.....

Tháng...../..... Chiều cao m;

Nhân viên y tế Cân nặng kg;
 trường học (NVYTTH) ký, ghi rõ họ tên Tháng/..... Chiều cao m;

NVYTTH ký, ghi rõ họ Cân nặng kg;

tên
Tháng/..... Chiều cao m;

NVYTTH ký, ghi rõ Cân nặng kg;
họ tên Tháng/..... Chiều cao m;

NVYTTH ký, ghi rõ họ Cân nặng kg;
tên
Tháng...../..... Chiều cao m;

NVYTTH ký, ghi rõ Cân nặng kg;
họ tên Tháng/..... Chiều cao m;

NVYTTH ký, ghi rõ họ Cân nặng kg;
tên
Tháng/..... Chiều cao m;

NVYTTH ký, ghi rõ Cân nặng kg;
họ tên Tháng/..... Chiều cao m;

NVYTTH ký, ghi rõ họ Cân nặng kg;
tên
Tháng/..... Chiều cao m;

NVYTTH ký, ghi rõ Cân nặng kg;
họ tên Tháng/..... Chiều cao m;

NVYTTH ký, ghi rõ họ Cân nặng kg;
tên
Tháng/..... Chiều cao m;

NVYTTH ký, ghi rõ Cân nặng kg;
họ tên Tháng/..... Chiều cao m;

NVYTTH ký, ghi rõ họ Cân nặng kg;
tên
Tháng/..... Chiều cao m;

NVYTTH ký, ghi rõ Cân nặng kg;
họ tên Tháng/..... Chiều cao m;

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Cân nặng kg;
Tháng/..... Chiều cao m;

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Cân nặng kg;
Tháng/..... Chiều cao m;

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Cân nặng kg;
Đánh giá tình trạng DD:

- Bình thường
- Suy DD
- Thừa cân béo phì

Đánh giá tình trạng DD:

- Bình thường
- Suy DD Đánh giá tình trạng DD:
- Bình thường
- Suy DD
- Thừa cân béo phì

Đánh giá tình trạng DD:

- Bình thường
- Suy DD

TRƯỜNG:.....

HỌ TÊN HỌC SINH.....

(Phần này dành cho học sinh ≥ 24 tháng tuổi đến <36 tháng tuổi)

PHẦN 2- THEO DÕI SỨC KHỎE

(Do nhân viên y tế trường học thực hiện)

1. Theo dõi về thể lực (Lần I - đầu năm học, Lần II - giữa năm học, Lần III - cuối năm học)

LỚP..... NĂM HỌC.....

Lần I Thẻ lục:

Nhân viên y tế trường học - Chiều cao m;
(NVYTTH) ký, ghi rõ họ tên - Cân nặng kg;

Tình trạng dinh dưỡng:

- Bình thường
- Suy DD
- Thừa cân béo phì

Lần II Thẻ lục:

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên - Chiều cao m;
- Cân nặng kg;

Tình trạng dinh dưỡng:

- Bình thường
- Suy DD
- Thừa cân béo phì

Lần III Thẻ lục:

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên - Chiều cao m;
- Cân nặng kg;

Tình trạng dinh dưỡng:

- Bình thường
- Suy DD
- Thừa cân béo phì

TRƯỜNG:.....

HỌ TÊN HỌC SINH.....

(Phần này dành cho học sinh ≥ 36 tháng tuổi đến <6 tuổi)

PHẦN 2- THEO DÕI SỨC KHỎE

(Do nhân viên y tế trường học thực hiện)

1. Theo dõi về thể lực (Lần I - đầu năm học, Lần II - giữa năm học, Lần III - cuối năm học)

LỚP..... NĂM HỌC.....

Lần I

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lục:

- Chiều cao m;

- Cân nặng kg;

Tình trạng dinh dưỡng:

- Bình thường

- Suy DD

- Thừa cân béo phì

Huyết áp: Tâm trương/mgHg Tâm thu /mgHg

Nhịp tim lần/phút

Thị lực: Không kính: Mắt phải: .../10 Mắt trái /10

Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Lần II

NVYTTH ký, ghi rõ họ Tên

tên - Chiều cao m;

- Cân nặng kg;

Tình trạng dinh dưỡng:

- Bình thường

- Suy DD

- Thừa cân béo phì

Lần III Tên

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên - Chiều cao m;

- Cân nặng kg;

Tình trạng dinh dưỡng:

- Bình thường

- Suy DD

- Thừa cân béo phì

LỚP..... NĂM HỌC.....

Lần I Tên

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên - Chiều cao m;

- Cân nặng kg;

Tình trạng dinh dưỡng:

- Bình thường

- Suy DD

- Thừa cân béo phì

Huyết áp: Tâm trương/mgHg Tâm thu/mgHg
Nhịp tim lần/phút
Thị lực: Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Có kính: trái:/10 Mắt phải:/10 Mắt

Lần II Thẻ lực:

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên - Chiều cao m;

- Cân nặng kg;

Tình trạng dinh dưỡng:

- Bình thường

- Suy DD

- Thừa cân béo phì

Lần III Thẻ lực:

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên - Chiều cao m;

- Cân nặng kg;

Tình trạng dinh dưỡng:

- Bình thường

- Suy DD

- Thừa cân béo phì

LỚP..... NĂM HỌC.....

Lần I Thẻ lực:

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên - Chiều cao m;

- Cân nặng kg;

Tình trạng dinh dưỡng:

- Bình thường

- Suy DD

- Thừa cân béo phì

Huyết áp: Tâm trương/mgHg Tâm thu/mgHg

Nhịp tim lần/phút

Thị lực: Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Lần II

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực:

- Chiều cao m;

- Cân nặng kg;

Tình trạng dinh dưỡng:

- Bình thường

- Suy DD

- Thừa cân béo phì
Lần III

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực:

- Chiều cao m;

- Cân nặng kg;

Tình trạng dinh dưỡng:

- Bình thường

- Suy DD

- Thừa cân béo phì

2. Theo dõi diễn biến bất thường về sức khỏe

Thời gian

Chẩn đoán ban đầu Xử trí Ghi chú

Xử trí tại trường (ghi nội dung xử trí)

Chuyển đến (ghi nơi chuyển đến)

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

PHẦN 3 - KHÁM SỨC KHỎE THEO CHUYÊN KHOA

(Do y, bác sĩ ghi chép khi khám chuyên khoa)

Thời gian khám:

..../

..../... Nhi khoa

a) Tuần hoàn

....

Y,

bác sĩ b) Hô hấp:

khám

(ký và

ghi rõ

họ

tên) c) Tiêu hóa

d) Thận-Tiết niệu

đ) Thần kinh-Tâm thần

e) Khám lâm sàng khác

Thời Mắt

gian

khám: a) Kết quả khám thị lực:

..../

..../... - Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Y,

bác sĩ - Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

khám

(ký và b) Các bệnh về mắt (nếu có)

ghi rõ

họ

tên)

Thời Tai-Mũi- Họng

gian

khám: a) Kết quả khám thính lực:

.... /

.... / ... - Tai trái: Nói thường: m; Nói thầm: m

....

Y,

bác sĩ - Tai phải: Nói thường: m; Nói thầm: m

khám

(ký và ghi rõ họ tên) b) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có)

ghĩ rõ

họ

tên)

Thời Răng - Hàm - Mặt

gian

khám: a) Kết quả khám:

.... /

.... / ... - Hàm trên

....

Y,

bác sĩ

khám

(ký và ghi rõ họ tên) - Hàm dưới

ghĩ rõ họ tên) b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)

tên)

Thời Cơ xương khớp

gian

khám: a) Kết quả khám

.... /

.... / ... - Bình thường

....

Y,

bác sĩ - Cong cột sống: Gù ưỡn

khám

(ký và ghi rõ họ tên) - Vẹo cột sống: Hình chữ S Hình chữ C

ghĩ rõ họ tên) b) Các bệnh cơ xương khớp khác (nếu có)

tên)

Phụ lục 01

MẪU 01. SỔ THEO DÕI SỨC KHỎE HỌC SINH

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 13/2016/TTLT-BYT-BGDĐT ngày 12 tháng 5 năm 2016 quy định công tác y tế trường học của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo)

Bìa số

(Trang này sẽ được in vào mặt sau trang bìa)

PHẦN I - THÔNG TIN CHUNG

(Phần này do cha, mẹ học sinh tự điền)

1. Họ và tên học sinh (chữ in hoa) Nam Nữ

2. Ngày tháng năm sinh: /..... /.....

3. Họ và tên bố hoặc người giám hộ:.....

Nghề nghiệp..... Số điện thoại liên lạc.....

Chỗ ở hiện tại:.....

4. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ:

Nghề nghiệp..... Số điện thoại liên lạc.....

Chỗ ở hiện tại:.....

5. Con thứ mấy:..... Tổng số con trong gia đình:

6. Tiền sử sức khỏe bản thân:

a) Sản khoa:

- Bình thường

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng Đẻ thừa tháng Đẻ có can thiệp Đẻ ngạt

- Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh:

.....

.....

b) Tiền sử bệnh/tật: Hen Động kinh dị ứng Tim bẩm sinh

c) 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

Mũi 1

Mũi 2

Mũi 3

3 Bại liệt

Mũi 1

Mũi 2

Mũi 3

4 Viêm gan B

Sơ sinh

Mũi 1

Mũi 2

Mũi 3

5 Sởi

6 Viêm não Nhật Bản B

Mũi 1

Mũi 2

Mũi 3

7

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

7. Thay đổi địa chỉ chỗ ở hoặc số điện thoại (nếu có).....

.....

TRƯỜNG:.....

HỌ TÊN HỌC SINH.....

PHẦN 2- THEO DÕI SỨC KHỎE

(Do nhân viên y tế trường học thực hiện)

1. Theo dõi về thể lực, huyết áp, nhịp tim, thị lực (Lần 1 - đầu năm học, Lần 2 - đầu học kỳ II)

LỚP 1..... NĂM HỌC.....

Lần I

Nhân viên y tế trường học

(NVYTTH) ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

Huyết áp: Tâm trương/mgHg Tâm thu /mgHg

Nhịp tim lần/phút

Thị lực: Không kính: Mắt phải:/10 Mắt

trái /10

Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Lần II

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

LỚP 2..... NĂM HỌC

Lần I

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

Huyết áp: Tâm trương/mgHg Tâm thu /mgHg

Nhịp tim lần/phút

Thị lực: Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Lần II

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

LỚP 3..... NĂM HỌC

Lần I

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

Huyết áp: Tâm trương/mgHg Tâm thu /mgHg

Nhịp tim lần/phút

Thị lực: Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Lần II

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

LỚP 4..... NĂM HỌC

Lần I

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

Huyết áp: Tâm trương/mgHg Tâm thu /mgHg

Nhịp tim lần/phút

Thị lực: Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Lần II

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

LỚP 5..... NĂM HỌC

Lần I

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

Huyết áp: Tâm trương/mgHg Tâm thu /mgHg

Nhịp tim lần/phút

Thị lực: Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10
Lần II

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

2. Theo dõi diễn biến bất thường về sức khỏe

Thời gian

Chẩn đoán ban đầu Xử trí Ghi chú
Xử trí tại trường (ghi nội dung xử
trí)

Chuyển đến (ghi nơi chuyển đến)

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

PHẦN 3 - KHÁM SỨC KHỎE THEO CHUYÊN KHOA

(Do y, bác sĩ ghi chép khi khám chuyên khoa)

Thời Nhi khoa

gian

khám: a) Tuần hoàn

..../

..../...

....

Y,

bác sĩ b) Hô hấp:

khám

(ký và

ghi rõ

họ c) Tiêu hóa

tên)

d) Thận-Tiết niệu

.....

đ) Thần kinh-Tâm thần

.....

e) Khám lâm sàng khác

.....

Thời Mắt

gian

khám: a) Kết quả khám thị lực:

..../

..../... - Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

....

Y,

bác sĩ - Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

khám

(ký và b) Các bệnh về mắt (nếu có)

ghi rõ

họ

tên)

.....

Thời Tai-Mũi-Họng

gian

khám: a) Kết quả khám thính lực:

..../

..../... - Tai trái: Nói thường: m; Nói thầm:m

....

Y,

bác sĩ - Tai phải: Nói thường: m; Nói thầm:m

khám

(ký và b) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có)

.....

ghi rõ họ

tên)

Thời Răng - Hàm - Mặt

gian

khám: a) Kết quả khám:

.../

.../... - Hàm trên

....

Y,

bác sĩ

khám

(ký và - Hàm dưới

ghi rõ họ

tên) b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)

.....

.....

Thời Cơ xương khớp

gian

khám: a) Kết quả khám

.../

.../... - Bình thường

....

Y,

bác sĩ - Cong cột sống: Gù uốn

khám

(ký và - Vẹo cột sống: Hình chữ S Hình chữ C

ghi rõ họ b) Các bệnh cơ xương khớp khác (nếu có)

tên)

.....

Phụ lục 01

MẪU 01. SỔ THEO DÕI SỨC KHỎE HỌC SINH

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 13/2016/TTLT-BYT-BGDĐT ngày 12 tháng 5 năm 2016 quy định công tác y tế trường học của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo)

Bìa sổ

(Trang này sẽ được in vào mặt sau trang bìa)

PHẦN I - THÔNG TIN CHUNG

(Phần này do cha, mẹ học sinh tự điền)

1. Họ và tên học sinh (chữ in hoa).....Nam Nữ

2. Ngày tháng năm sinh:..... /..... /.....

3. Họ và tên bố hoặc người giám hộ:.....

Nghề nghiệp..... Số điện thoại liên lạc

Chỗ ở hiện tại:.....

4. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ:.....

Nghề nghiệp..... Số điện thoại liên lạc

Chỗ ở hiện tại:.....

5. Con thứ mấy:.....Tổng số con trong gia đình:

6. Tiền sử sức khỏe bản thân:.....

a) Sản khoa:

- Bình thường

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng Đẻ thừa tháng Đẻ có can thiệp
Đẻ ngạt

- Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh):.....

.....

b) Tiền sử bệnh/tật: Hen Động kinh dị ứng Tim bẩm sinh

c) 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

Mũi 1

Mũi 2

Mũi 3

3 Bại liệt

Mũi 1

Mũi 2

Mũi 3

4 Viêm gan B

Sơ sinh

Mũi 1

Mũi 2

Mũi 3

5 Sởi

6 Viêm não Nhật Bản B

Mũi 1

Mũi 2

Mũi 3

7

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

.....

....

7. Thay đổi địa chỉ chỗ ở hoặc số điện thoại (nếu có).....

TRƯỜNG:

HỌ TÊN HỌC SINH

PHẦN 2 - THEO DÕI SỨC KHỎE

(Do nhân viên y tế trường học thực hiện)

1. Theo dõi về thể lực, huyết áp, nhịp tim, thị lực (Lần 1 - đầu năm học, Lần 2 - đầu học kỳ II)

LỚP 6..... NĂM HỌC.....

Lần I

Nhân viên y tế trường học

(NVYTTH) ký, ghi rõ họ tên Thể lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

Huyết áp: Tâm trương/mgHg Tâm thu /mgHg

Nhịp tim lần/phút

Thị lực: Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10
Lần II

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

LỚP 7..... NĂM HỌC

Lần I

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

Huyết áp: Tâm trương/mgHg Tâm thu /mgHg

Nhịp tim lần/phút

Thị lực: Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10
Lần II

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

LỚP 8..... NĂM HỌC

Lần I

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

Huyết áp: Tâm trương/mgHg Tâm thu /mgHg

Nhịp tim lần/phút

Thị lực: Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10
Lần II

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thể lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

LỚP 9..... NĂM HỌC.....

Lần I

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thể lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

Huyết áp: Tâm trương/mgHg Tâm thu /mgHg

Nhịp tim lần/phút

Thị lực: Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10
Lần II

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thể lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

2. Theo dõi diễn biến bất thường về sức khỏe

Thời gian	Chẩn đoán ban đầu	Xử trí	Ghi chú
-----------	-------------------	--------	---------

trường (ghi nội dung xử trí) (ghi nơi chuyển đến)

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

PHẦN 3 - KHÁM SỨC KHỎE THEO CHUYÊN KHOA

(Do y, bác sĩ ghi chép khi khám chuyên khoa)

Thời Nhi khoa
gian

khám: a) Tuần hoàn
...../
...../.....

Y,

bác sĩ b) Hô hấp:
khám
(ký và
ghi rõ
họ c) Tiêu hóa
tên)

d) Thận-Tiết niệu
.....
đ) Thần kinh-Tâm thần
.....
e) Khám lâm sàng khác
.....

Thời Mắt
gian

khám: a) Kết quả khám thị lực:
...../

...../... - Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Y,

bác sĩ - Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

khám

(ký và ghi rõ họ tên) b) Các bệnh về mắt (nếu có)

.....

.....

.....

Thời gian Tai-Mũi-Họng

.....

khám: a) Kết quả khám thính lực:

...../

...../... - Tai trái: Nói thường: m; Nói thầm:m

.....

Y,

bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên) - Tai phải: Nói thường: m; Nói thầm:m

b) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có)

.....

Thời gian Răng - Hàm - Mặt

.....

khám: a) Kết quả khám:

...../

...../... - Hàm trên

.....

Y,

bác sĩ

khám

(ký và ghi rõ họ tên) - Hàm dưới

.....

b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)

.....

Thời gian Cơ xương khớp

.....

khám: a) Kết quả khám

...../

...../... - Bình thường

.....

Y,

bác sĩ - Cong cột sống: Gù ưỡn

khám

(ký và ghi rõ họ tên) - Vẹo cột sống: Hình chữ S Hình chữ C

b) Các bệnh cơ xương khớp khác (nếu có)

.....

.....

Phụ lục 01

MẪU 01. SỔ THEO DÕI SỨC KHỎE HỌC SINH

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 13/2016/TTLT-BYT-BGDĐT ngày 12 tháng 5 năm 2016 quy định công tác y tế trường học của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo)

Bìa sổ

(Trang này sẽ được in vào mặt sau trang bìa)

PHẦN I - THÔNG TIN CHUNG

(Phần này do cha, mẹ học sinh tự điền)

1. Họ và tên học sinh (chữ in hoa)

2. Ngày tháng năm sinh:/...../.....

3. Họ và tên bố hoặc người giám hộ:.....

Nghề nghiệp Số điện thoại liên lạc.....

Chỗ ở hiện tại:.....

4. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ:.....

Nghề nghiệp Số điện thoại liên lạc.....

Chỗ ở hiện tại:.....

5. Con thứ mấy:..... Tổng số con trong gia đình:.....

6. Tiền sử sức khỏe bản thân:

a) Sản khoa:

- Bình thường

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng Đẻ thừa tháng Đẻ có can thiệp Đẻ ngạt

- Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh:

.....

.....

b) Tiền sử bệnh/tật: Hen Động kinh Dị ứng Tim bẩm sinh

c) 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

Mũi 1

Mũi 2

Mũi 3

3 Bại liệt

Mũi 1

Mũi 2

Mũi 3

4 Viêm gan B

Sơ sinh

Mũi 1

Mũi 2

Mũi 3

5 Sởi

6 Viêm não Nhật Bản B

Mũi 1

Mũi 2

Mũi 3

7

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

.....

....

7. Thay đổi địa chỉ chỗ ở hoặc số điện thoại (nếu có).....

.....

....

TRƯỜNG:

HỌ TÊN HỌC SINH

PHẦN 2 - THEO DÕI SỨC KHỎE

(Do nhân viên y tế trường học thực hiện)

1. Theo dõi về thể lực, huyết áp, nhịp tim, thị lực (Lần 1 - đầu năm học, Lần 2 - đầu học kỳ II)

LỚP 10..... NĂM HỌC

Lần I

Nhân viên y tế trường học

(NVYTTH) ký, ghi rõ họ tên Thể lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

Huyết áp: Tâm trương/mgHg Tâm thu /mgHg

Nhịp tim lần/phút

Thị lực: Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Lần II

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thể lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

LỚP 11..... NĂM HỌC

Lần I

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thể lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

Huyết áp: Tâm trương/mgHg Tâm thu /mgHg

Nhịp tim lần/phút

Thị lực: Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Lần II

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

LỚP 12..... NĂM HỌC

Lần I

NVYTTH ký, ghi rõ Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

họ tên Chỉ số BMI (kg/m²)

Huyết áp: Tâm trương/mgHg Tâm thu /mgHg

Nhịp tim lần/phút

Thị lực: Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Lần II

NVYTTH ký, ghi rõ họ tên Thẻ lực: Chiều cao: m; Cân nặng kg;

Chỉ số BMI (kg/m²)

2. Theo dõi diễn biến bất thường về sức khỏe

Thời gian

Chẩn đoán ban đầu Xử trí Ghi chú

Xử trí tại trường (ghi nội dung xử

trí)

Chuyển đến (ghi nơi chuyển đến)

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....
...../...../.....

...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

PHẦN 3 - KHÁM SỨC KHỎE THEO CHUYÊN KHOA

(Do y, bác sĩ ghi chép khi khám chuyên khoa)

Thời Nhi khoa
gian

khám: a) Tuần hoàn
...../
...../.....

Y,

bác sĩ b) Hô hấp:
khám
(ký và
ghi rõ
họ c) Tiêu hóa
tên)

d) Thận-Tiết niệu
.....
đ) Thần kinh-Tâm thần
.....
e) Khám lâm sàng khác

Thời Mắt
gian

khám: a) Kết quả khám thị lực:
...../

...../..... - Không kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

Y,

bác sĩ - Có kính: Mắt phải:/10 Mắt trái /10

khám
(ký và ghi rõ họ tên) b) Các bệnh về mắt (nếu có)
họ
tên)
Thời gian Tai-Mũi-Họng
khám: a) Kết quả khám thính lực:
.../...
.../... - Tai trái: Nói thường: m; Nói thầm:m
....

Y,
bác sĩ - Tai phải: Nói thường: m; Nói thầm:m

khám
(ký và ghi rõ họ tên) b) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có)
họ
tên)
Thời gian Răng - Hàm - Mặt
gian
khám: a) Kết quả khám:
.../...
.../... - Hàm trên

....
Y,
bác sĩ

khám
(ký và ghi rõ họ tên) - Hàm dưới
họ
tên) b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)
.....
.....

Thời gian Cơ xương khớp

khám: a) Kết quả khám
.../...
.../... - Bình thường

....
Y, - Cong cột sống: Gù ưỡn

bác sĩ
khám
(ký và ghi rõ họ tên) - Vẹo cột sống: Hình chữ S Hình chữ C
b) Các bệnh cơ xương khớp khác (nếu có)
.....
.....

Mời bạn đọc cùng tham khảo thêm tại mục giáo dục đào tạo trong mục biểu mẫu nhé.

