

Số: 5038 /SYT-VP

Đồng Nai, ngày 08 tháng 11 năm 2018

V/v khẩn trương nhập số liệu Hệ
thống lập và quản lý hồ sơ sức
khỏe cá nhân

Kính gửi: Trung tâm Y tế các huyện, thị xã Long Khánh và
thành phố Biên Hòa.

Thực hiện chỉ đạo của Giám đốc Sở Y tế, tháng 09 năm 2018 Sở Y tế đã
phối hợp với Viettel Đồng Nai triển khai Hệ thống lập và quản lý hồ sơ sức khỏe
cá nhân cho 171 Trạm Y tế xã, phường, thị trấn.

Đến nay, đã và đang thực hiện việc kết nối liên thông số liệu hồ sơ sức
khỏe cá nhân từ các phần mềm khác như: Bảo hiểm Y tế, quản lý tiêm chủng,
quản lý khám chữa bệnh... Tuy nhiên, các thông tin theo yêu cầu của hệ thống
vẫn chưa đầy đủ.

Để kịp thời cập nhật thêm số liệu vào hệ thống, Sở Y tế đề nghị các đơn vị
khẩn trương chỉ đạo các Trạm Y tế trên địa bàn quản lý phối hợp với cộng tác
viên, nhân viên y tế thôn, ấp thực hiện việc thu thập thông tin sức khỏe của từng
hộ gia đình qua Mẫu phiếu điền thông tin (*Mẫu kèm văn bản*). Trên cơ sở đó,
thực hiện nhập số liệu thu thập được vào Hệ thống lập và quản lý hồ sơ sức khỏe
cá nhân đã được hướng dẫn, tập huấn sử dụng cho các cán bộ tại Trạm Y tế.

Mẫu phiếu điền thông tin hồ sơ sức khỏe cá nhân gửi đính kèm công văn
này, được trích lọc từ Mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân được quy định tại
Quyết định số 831/QĐ-BYT ngày 11/03/2017 của Bộ Y tế về việc ban hành
Mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Việc cập nhật dữ liệu sức khỏe người dân lên Hệ thống lập và quản lý hồ sơ
sức khỏe cá nhân phải được thực hiện liên tục và dần hoàn toàn thiện trong năm
2018. Mục tiêu đến hết ngày 30/11/2018, trên 85% dân số trong địa bàn mỗi
huyện, mỗi người dân sẽ có 01 mã ID Y tế riêng và được cập nhật thông tin sức
khỏe của mình trên hệ thống Lập và quản lý Hồ sơ sức khỏe cá nhân phục vụ
chăm sóc sức khỏe ban đầu. Do đó đề nghị các đơn vị thực hiện đúng nội dung
chỉ đạo trên./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Ban Giám đốc Sở Y tế;
- Phòng Nghiệp vụ Y Sở Y tế;
- Viettel Đồng Nai;
- Lưu: VT, VP.

GIÁM ĐỐC



Phan Huy Anh Vũ

**PHIẾU ĐIỀN THÔNG TIN
HỒ SƠ SỨC KHỎE CÁ NHÂN**

A. PHẦN THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

Tên chủ hộ GD:.....

Họ và tên: Quan hệ với chủ hộ.....

Giới tính: Nam Nữ Nhóm máu: Hệ ABO: Hệ Rh:.....

Ngày sinh: Tỉnh/TP đăng ký khai sinh:.....

Dân tộc: Quốc tịch: Tôn giáo: Nghề nghiệp:.....

Số CMND/CCCD: Ngày cấp: Nơi cấp:

Mã định danh BHYT/ Số thẻ BHYT:.....

Nơi đăng ký HKTT: (Thôn/xóm; số nhà, đường phố):

Xã/Phường: Quận/Huyện: Tỉnh/TP.....

Nơi ở hiện tại: Thôn/xóm; số nhà, đường phố:.....

Xã/Phường: Quận/Huyện: Tỉnh/TP.....

Điện thoại: Cố định Di động: Email:.....

Họ tên mẹ: Họ tên bố:.....

Họ tên người chăm sóc chính (NCSC):.....Mối quan hệ:.....

Điện thoại (bố/ mẹ/ người NCSC): Cố định..... Di động:

B. NHÓM THÔNG TIN TIỀN SỬ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN SỨC KHỎE

1. Tình trạng lúc sinh

Đẻ thường Đẻ mổ Đẻ thiếu tháng Bị ngạt lúc đẻ

Cân nặng lúc đẻ.....gr Chiều dài lúc đẻ:.....cm

Dị tật bẩm sinh (ghi rõ nếu có):.....

Vấn đề khác (ghi rõ nếu có):.....

2. Yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe cá nhân

Hút thuốc lá, Lào	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Hút thuốc xuyên	Đã bỏ	<input type="checkbox"/>
Uống rượu bia thường xuyên	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Số ly cốc uống/ngày.....	Đã bỏ	<input type="checkbox"/>
Sử dụng ma túy	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Sử dụng thuốc xuyên	Đã bỏ	<input type="checkbox"/>
Hoạt động thể lực	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Thường xuyên (tập thể dục, thể thao...)		<input type="checkbox"/>

Yếu tố tiếp xúc nghề nghiệp/ Môi trường sống (Hóa chất, bụi, ồn, virus,..) ghi rõ yếu tố tiếp xúc:

Thời gian tiếp xúc

Loại hồ xí của gia đình (xả nước/ hai ngăn/hồ xí thùng/ không có hồ xí):

Nguy cơ khác (ghi rõ):

3. Tiền sử bệnh tật, dị ứng

Dị ứng:

Loại	Mô tả rõ
Thuốc	
Hóa chất/mỹ phẩm	
Thực phẩm	
Khác	

Bệnh tật:

Bệnh tim mạch	<input type="checkbox"/>	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	Đái tháo đường	<input type="checkbox"/>	Bệnh dạ dày	<input type="checkbox"/>
Bệnh phổi mạn tính	<input type="checkbox"/>	Hen suyễn	<input type="checkbox"/>	Bệnh bướu cổ	<input type="checkbox"/>	Viêm gan	<input type="checkbox"/>
Tim bẩm sinh	<input type="checkbox"/>	Tâm thần	<input type="checkbox"/>	Tự kỷ	<input type="checkbox"/>	Động kinh	<input type="checkbox"/>
Ung thư (ghi rõ loại ung thư):							
Lao (ghi rõ loại lao):							
Khác (nêu rõ):							

4. Khuyết tật

Bộ phận/ cơ quan	Mô tả
Thính lực	
Thị lực	
Tay	
Chân	
Cong vẹo cột sống	
Khe hở môi, vòm miệng	
Khác	

5. Tiền sử phẫu thuật (ghi rõ bộ phận cơ thể đã phẫu thuật và năm phẫu thuật)

.....

.....

.....

6. Tiền sử gia đình

Dị ứng:

Loại	Mô tả rõ	Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị, em...)
Thuốc		
Hóa chất/ mỹ phẩm		
Thực phẩm		
Khác		

Bệnh tật:

Tên bệnh	Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...)	Tên bệnh	Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...)
Bệnh tim mạch	<input type="checkbox"/>	Hen suyễn	<input type="checkbox"/>
Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	Đái tháo đường	<input type="checkbox"/>
Tâm thần	<input type="checkbox"/>	Động kinh	<input type="checkbox"/>
Ung thư (ghi rõ loại ung thư, người mắc, quan hệ)		
Lao (ghi rõ loại lao, người mắc, quan hệ)		
Khác (ghi rõ, người mắc, quan hệ)		

7. Sức khỏe sinh sản và kế hoạch hóa gia đình

Biện pháp tránh thai đang dùng:.....

Kỳ có thai cuối cùng:.....

Số lần có thai:Số lần sảy thai:..... Số lần phá thai:.....

Số lần sinh đẻ: Đẻ thường: Đẻ mổ Đẻ khó:.....

Số lần đẻ đủ tháng:..... Số lần đẻ non:..... Số con hiện sống:.....

Bệnh phụ khoa:.....

8. Vấn đề khác (ghi rõ nếu có):

.....

.....

.....

.....