

Thanh Khê, ngày 13 tháng 03 năm 2023

## THƯ MỜI CHÀO GIÁ

Kính gửi: Quý Đơn vị, Công ty

Căn cứ vào Kế hoạch số 152/KH-TTYT ngày 02 tháng 3 năm 2023 của Trung tâm Y tế quận Thanh Khê về việc in sổ khám bệnh, giấy khám sức khỏe phục vụ công tác khám chữa bệnh trong năm 2023.

Trung tâm Y tế quận Thanh Khê đang có nhu cầu in ấn sổ khám bệnh, giấy khám sức khỏe phục vụ công tác khám chữa bệnh quý II năm 2023. Kính mời các Đơn vị, công ty quan tâm có đủ năng lực và kinh nghiệm vui lòng chào giá để Trung tâm Y tế quận Thanh Khê có cơ sở triển khai thực hiện in ấn. Danh mục cần in ấn kèm yêu cầu, đặc tính kỹ thuật cơ bản như phụ lục đính kèm.

### Thông tin chi tiết đơn vị nhận báo giá như sau:

- Nơi nhận báo giá: Phòng Tổ chức- Hành chính Trung tâm Y tế quận Thanh Khê

- Địa chỉ: Số K62/32 Hà Huy Tập, Thanh Khê Đông, Thanh Khê, Đà Nẵng.

- Thời gian nhận báo giá: **Trước 17h00 ngày 23 tháng 03 năm 2023.**

- Số điện thoại liên hệ: 0236.6.256.179 vào giờ hành chính trừ Thứ 7, Chủ nhật, ngày lễ.

### Hồ sơ chào giá gồm:

- Thư chào giá do đại diện hợp pháp ký và đóng dấu (Theo mẫu đính kèm);

- Hồ sơ chứng minh ngành nghề kinh doanh trong lĩnh vực cung cấp (Có đóng dấu của công ty);

Bảng báo giá phải ghi rõ thời gian báo giá và hiệu lực báo giá. Giá chào đã bao gồm đầy đủ các loại thuế, phí và lệ phí (nếu có), giao hàng tại Trung tâm Y tế quận Thanh Khê. Hồ sơ chào giá phải được bỏ vào phong bì, niêm phong kín.

Trung tâm Y tế quận Thanh Khê không hoàn trả đối với những hồ sơ không được lựa chọn.

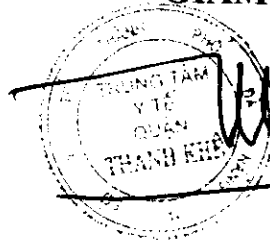
Rất mong nhận được sự hợp tác của Quý công ty. *rd*

Trân trọng!

### Nơi nhận:

- Như trên;
- Ban Giám đốc (để biết).
- Lưu: VT, TCKT.

GIÁM ĐỐC



Võ Duy Trinh

**DANH MỤC IN ÁN SỔ KHÁM BỆNH**  
**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE QUÝ II NĂM 2023**  
*(Kèm theo thư mời chào giá ngày 13 tháng 03 năm 2023 của Trung tâm Y tế quận Thanh Khê)*

STT	Tên hàng	Mô tả đặc tính	ĐVT	Số lượng dự kiến
1	Sổ khám bệnh	- Sổ: Giấy A4 gấp đôi, đóng tập - Trang bìa: Giấy bìa cứng Ford ĐL 180 màu trắng, in màu - Trang ruột: 6 tờ A4 in 1 màu 2 mặt, đóng xén thành phẩm số A5 - Loại giấy: Bãi Bằng	Quyển	8.000
2	Giấy khám sức khỏe	- Giấy A3 gấp đôi, in trắng đen - Loại giấy: Bãi Bằng	Tờ	2.000
3	Giấy khám sức khỏe lái xe	- Giấy A3 gấp đôi, in trắng đen - Loại giấy: Bãi Bằng	Tờ	1.000



Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)	Rối loạn giấc ngủ, ngưng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngày to
Tăng huyết áp	Tai biến mạch máu não hoặc liệt
Khó thở	Bệnh hoặc tổn thương cột sống
Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục
Bệnh thận, lọc máu	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện

Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh: .....

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) Hiện tại đang có thai hoặc nuôi con nhỏ dưới 12 tháng hay không? (Đối với phụ nữ): .....

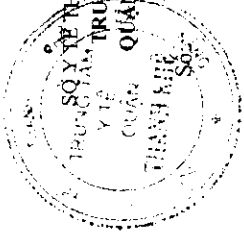
Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật. Nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

Đà Nẵng, .....ngày .....tháng .....năm .....  
 Người đề nghị khám sức khỏe  
 (Ký và ghi rõ họ, tên)

**II. KHÁM LÂM SÀNG**

Nội dung khám		Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Tâm thần: .....		
Kết luận: .....		
2. Thận kính: .....		
Kết luận: .....		
3. Mắt: .....		
- Thị lực nhìn xa từng mắt: .....		
+ Không kính: Mắt phải: ..... Mắt trái: .....		
+ Có kính: Mắt phải: ..... Mắt trái: .....		
- Thị lực nhìn xa hai mắt: Không kính: ..... Có kính: .....		
- Thị trường: .....		

Nội dung khám				Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)	Hạn chế	Thị trường đứng (chiều trên-dưới)	Hạn chế	
Bình thường	Hạn chế	Bình thường	Hạn chế	
Sắc giác + Bình thường <input type="checkbox"/>				
+ Mù màu toàn bộ: <input type="checkbox"/>	Màu màu: - Đỏ <input type="checkbox"/>	- Xanh lá cây <input type="checkbox"/>	- Vàng <input type="checkbox"/>	
Các bệnh về mắt (nếu có): .....				
Kết luận: .....				
4. Tai-Mũi-Họng				
- Kết quả khám thính lực (có thể sử dụng máy trợ thính)				
+ Tai trái: Nói thường: .....m;	Nói thầm: .....m			
+ Tai phải: Nói thường: .....m;	Nói thầm: .....m			
- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có): .....				
Kết luận: .....				
5. Tim mạch:				
+ Mạch: .....	lần/phút;			
+ Huyết áp: .....	mmHg			
Kết luận: .....				
6. Hô hấp:				
Kết luận: .....				
7. Cơ Xương Khớp:				
Kết luận: .....				
8. Nội tiết:				
Kết luận: .....				
9. Thai sản:				
Kết luận: .....				

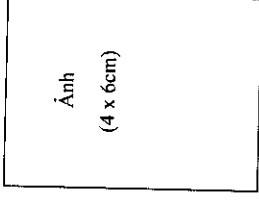


SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG  
TRUNG TÂM Y TẾ  
QUẬN THANH KHÊ  
/GKSK-TTYT

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

## GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Họ và tên (chữ in hoa):	.....	Tuổi:	.....
Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>	.....	Số CMND hoặc Hộ chiếu	..... 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: Bệnh truyền nhiễm, bệnh 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: .....

#### 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)



**HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH LÀM CẬN LÂM SÀNG  
TẠI TRUNG TÂM Y TẾ QUẬN THANH KHÊ**

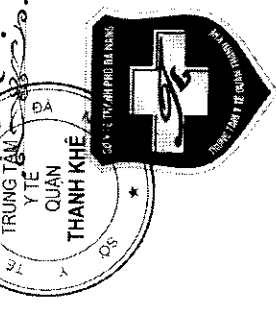
Sau khi được Bác sỹ cho chỉ định một hay nhiều loại cận lâm sàng, bệnh nhân đi theo trình tự sau:

- 1) Xác nhận tại phòng số 10
- 2) Xét nghiệm máu và nước tiểu, ... tại phòng số 11
- 3) Chụp XQ (không chụp XQ đối với phụ nữ đang mang thai hoặc nghi ngờ có thai)
- 4) Đo điện tâm đồ
- 5) Siêu âm

**NHỮNG ĐIỀU NGƯỜI BỆNH CẦN LƯU Ý  
KHI LÀM CẬN LÂM SÀNG**

- 1) **Xét nghiệm máu:** Nhìn ăn, không uống nước ngọt, sữa, nước hoa quả, rượu, chè, cà phê trong vòng 12 giờ trước khi làm xét nghiệm máu. Vì vậy, thời điểm lấy máu làm xét nghiệm tốt nhất là vào buổi sáng.
- 2) **Xét nghiệm nước tiểu:** Cần vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài thật sạch sẽ với nước máy, bỏ đi một chút nước tiểu, sau đó mới lấy phân nước tiểu giữa dòng vào ống (lọ) đựng và gửi đi làm xét nghiệm.
- 3) **Chụp X-Quang:** Phải chủ động thông báo cho thầy thuốc khi đang có thai hoặc nghi ngờ có thai.
- 4) **Đo điện tâm đồ:** Người bệnh cần thư giãn, thoải mái, không hồi hộp, lo âu và nằm yên khi đo. Cần tháo bỏ tất cả các vật gây nhiễu như: đồng hồ, chìa khóa, mắt kính, đồng xu, điện thoại, ... Trước khi đo hãy thông báo cho bác sỹ biết đang sử dụng những loại thuốc gì, vì một số thuốc có ảnh hưởng đến kết quả đo điện tim.
- 5) **Siêu âm:** Siêu âm phân phụ (ở nữ giới) hoặc tiền liệt tuyến (ở nam giới) cần uống nhiều nước để có bàng quang đầy (có cảm giác buồn tiểu tiện) khi làm siêu âm.

**SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG  
TRUNG TÂM Y TẾ QUẬN THANH KHÊ**



**SỔ KHÁM BỆNH**

Họ tên: .....  
Năm sinh: ..... Nghề nghiệp: .....  
Địa chỉ: .....  
Số thẻ BHYT: .....  
Mã người bệnh: .....  
Chỗ ở hiện nay: .....

*(Đi khám bệnh nhớ mang theo thẻ BHYT, giấy tờ tùy thân có ảnh và sổ khám bệnh)*

Năm: 20.....





NGÀY KHÁM: ...../...../.....

**Phần I: Tiếp đón**

- 1) Chỉ số sinh hiệu: ..... Lần/phút  
 + Mạch: ..... lần/phút+ Nhịp thờ: ..... Lần/ phút  
 + Nhiệt độ: .....°C+ Cân nặng: ..... kg  
 + Huyết áp: .....mmHg

- 2) Giới thiệu đến phòng khám: .....

**Phần II. Chỉ định Cận lâm sàng**

Chỉ định CLS	Giá trị bình thường	Kết quả
<input type="checkbox"/> Glucose	3,9 – 6,4 mmol/L	
<input type="checkbox"/> Cholesterol	3,9 -5,2 mmol/L	
<input type="checkbox"/> Tryglycerid	0,46 – 1,88 mmol/L	
<input type="checkbox"/> HDL – cho	≥ 0,9 mmol/L	
<input type="checkbox"/> LDL – cho	≤ 3,4 mmol/L	
<input type="checkbox"/> AST (GOT)	≤ 37 U/L – 37°C	
<input type="checkbox"/> ALT (GPT)	≤ 40 U/L – 37°C	
<input type="checkbox"/> Định lượng Canxi**	1,17 – 1,29 mmol/L	
<input type="checkbox"/> Ure	2,5 – 7,5 mmol/L	
<input type="checkbox"/> Creatinin	Nam: 62-120 μmol/L Nữ: 53-100 μmol/L	
<input type="checkbox"/> Acid Uric	Nam: 180-420 μmol/L Nữ: 150-360 μmol/L	
<input type="checkbox"/> CTM		
<input type="checkbox"/> Thời gian Prothrombin (PT, TQ) bằng máy tự động	Thời gian Quick 11-15 giây Tỷ Prothrombin 70-100%	
<input type="checkbox"/> Thời gian Thrompoplastin hoạt hóa từng phần (APTT)	INR ≤ 1,2 30 – 40 giây	
<input type="checkbox"/> Định lượng Fibrinogen bằng phương pháp trực tiếp	2 – 4 g/l	
<input type="checkbox"/> Nước tiểu 10 thông số máy		
<input type="checkbox"/> Siêu âm	<input type="checkbox"/> X-Quang	<input type="checkbox"/> ECG

Xét nghiệm khác: .....

Bác sỹ chỉ định: .....

Trung tâm Y tế quận Thanh Khê

Kết quả khám bệnh:

\* Chẩn đoán và kê toa:

Bệnh chính: .....

Bệnh kèm: .....

Biến chứng: .....

1) ..... viên/gói, chia ..... lần

Ngày uống: ..... viên/gói, chia ..... lần

2) ..... viên/gói, chia ..... lần

Ngày uống: ..... viên/gói, chia ..... lần

3) ..... viên/gói, chia ..... lần

Ngày uống: ..... viên/gói, chia ..... lần

4) ..... viên/gói, chia ..... lần

Ngày uống: ..... viên/gói, chia ..... lần

5) ..... viên/gói, chia ..... lần

Ngày uống: ..... viên/gói, chia ..... lần

6) ..... viên/gói, chia ..... lần

Ngày uống: ..... viên/gói, chia ..... lần

Lời dặn: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ngày ..... tháng ..... năm 20....

Bác sỹ khám bệnh

(ký, ghi rõ họ tên)

Trung tâm Y tế quận Thanh Khê