SỞ Y TẾ AN GIANG **TRUNG TÂM Y TẾ GIANG THÀNH**	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**
Số: 172/TTYT-KHNV Về việc góp ý dự thảo các Quy trình chuyên môn	*Giang Thành, ngày 06 tháng 8 năm 2025*

Kính gửi: Lãnh đạo các Khoa, Phòng thuộc Trung tâm Y tế.

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023;

Căn cứ Quy chế bệnh viện, ban hành kèm theo Quyết định số 1895/1977/QĐ-BYT ngày 19/09/1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế;

Căn cứ Quyết định số 1996/QĐ-BYT ngày 18/6/2025 của Bộ Y tế về việc Ban hành Hướng dẫn ghi phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31/12//2023 của Bộ Y tế về Quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 24/2020/TT-BYT ngày 28/12/2020 của Bộ Y tế Quy định về Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong, cấp Giấy báo tử và thống kê tử vong tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 25/2025/TT-BYT ngày 30/06/2025 của Bộ Y tế về việc Quy định chi tiết thi hành Luật Bảo hiểm xã hội, Luật An toàn, vệ sinh lao động về lĩnh vực y tế và một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh,

Để đảm bảo thực hiện tốt các nội dung quy trình chuyên môn theo quy định, đồng thời đảm bảo tính thực tiễn phù hợp với mô hình bệnh tật tại đơn vị. Trung tâm Y tế Giang Thành yêu cầu Lãnh đạo các Khoa, phòng triển khai và thực hiện một số nội dung sau:

1. Tổ chức triển khai đến viên chức, người lao động đóng góp ý kiến đối với các nội dung quy trình dự thảo, như sau:

- *Quy trình Kiểm thảo tử vong.*

- *Quy trình Triển khai phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong và phiếu thông tin người bệnh nặng xin về.*

2. Văn bản góp ý của các Khoa, phòng gửi về Trung tâm Y tế (qua Phòng Kế hoạch-Nghiệp vụ, Đ/c Trương Thanh Trung)[1] trước **ngày 18/08/2025.**

Trung tâm Y tế đề nghị các đơn vị phối hợp thực hiện./.

Nơi nhận: - Như trên; - Website TTYT; - Lưu: VT, KHNV.	**KT. GIÁM ĐỐC** **PHÓ GIÁM ĐỐC** TRUNG TÂM Y TẾ GIANG THÀNH Trần Thị Thu Liệt

[1] Văn bản và file word gửi qua Zalo, số điện thoại 0358972756

SỞ Y TẾ AN GIANG
TRUNG TÂM Y TẾ GIANG THÀNH

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

QUY TRÌNH
Kiểm thảo tử vong tại Trung tâm Y tế Giang Thành

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023;

Căn cứ Quy chế bệnh viện, ban hành kèm theo Quyết định số 1895/1977/QĐ-BYT ngày 19/09/1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế;

Căn cứ Quyết định số 1996/QĐ-BYT ngày 18/6/2025 của Bộ Y tế về việc Ban hành Hướng dẫn ghi phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 24/2020/TT-BYT ngày 28/12/2020 của Bộ Y tế Quy định về Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong, cấp Giấy báo tử và thống kê tử vong tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31/12//2023 của Bộ Y tế về Quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Trung tâm Y tế Giang Thành ban hành quy trình Kiểm thảo tử vong, như sau:

I. THUẬT NGỮ

- Tử vong: Người bệnh tử vong được xác định bằng chết sinh học: ngừng thở, ngừng tim, kết quả điện tim, điện não thể hiện bằng một đường thẳng đẳng điện được ít nhất hai bác sỹ khám và kết luận.

- Kiểm thảo tử vong: là hình thức họp kiểm điểm, rút kinh nghiệm về quá trình tiếp đón, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc đối với trường hợp bệnh nhân tử vong.

II. NỘI DUNG KIỂM THẢO NGƯỜI BỆNH TỬ VONG

*** Bước 1: Người bệnh tử vong**

- Bác sĩ điều trị

+ Hoàn tất đầy đủ các thông tin cần thiết trong công tác lập HSBA.

+ Thực hiện các nội dung liên quan được quy định tại các biểu mẫu hành chính:

(1) Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong.

(2) Giấy Báo tử - liên 01 giao cho người thân thích của BN tử vong. Liên 02 lưu tại Phòng Kế hoạch-Nghiệp vụ.

*** Bước 2: Kiểm thảo tử vong cấp khoa**

- Khoa điều trị

+ Tổng kết HSBA, hoàn tất về mọi thủ tục hành chính.

+ Chủ trì KTTV: Trưởng khoa (hoặc Phó Khoa hoặc Phụ trách quản lý khoa).

Tiến hành tổ chức kiểm thảo tử vong các khâu: tiếp đón, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc đối với mọi trường hợp người bệnh tử vong. Chậm nhất không để quá 15 ngày sau khi người bệnh tử vong.

+ Thư ký: Trưởng khoa (hoặc Phó Khoa hoặc Phụ trách quản lý khoa) chỉ định một bác sỹ điều trị.

+ Thành phần: Toàn khoa tham dự. Nếu người bệnh tử vong trong kíp trực thì mời toàn bộ phiên trực tham dự. Bác sỹ điều trị có nhiệm vụ viết và báo cáo kiểm thảo tử vong theo quy định.

- Thư ký có nhiệm vụ:

+ Ghi chép đầy đủ và rõ ràng các mục trong sổ "Biên bản kiểm thảo tử vong".

+ Lấy đầy đủ chữ ký và ghi rõ họ tên của tất cả các thành viên tham dự.

+ Lập tờ "Trích biên bản kiểm thảo tử vong" trích từ sổ "Biên bản kiểm thảo tử vong" theo mẫu quy định và đính vào hồ sơ tử vong, có chữ ký của người chủ trì và thư ký, ghi rõ họ tên và chức danh.

*** Bước 3: Kiểm thảo tử vong cấp liên khoa, toàn bệnh viện và liên viện**

- Tổng kết HSBA, hoàn tất về mọi thủ tục hành chính.

- KTTV liên khoa: Khoa điều trị đề xuất với Phòng KHNV kiểm thảo tử vong liên khoa. Phòng KHNV tham mưu BGĐ thời gian và thành phần tham dự.

- KTTV toàn đơn vị hoặc liên viện: Phòng KHNV tham mưu BGĐ thời gian và thành phần tham dự.

- Chủ trì KTTV: Giám đốc (hoặc Phó Giám đốc khi được Giám đốc uỷ quyền).

Tiến hành tổ chức kiểm thảo tử vong các khâu: tiếp đón, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc đối với mọi trường hợp người bệnh tử vong. Chậm nhất không để quá 15 ngày sau khi người bệnh tử vong.

- Thư ký: Trưởng phòng KHNV.

- Thành phần: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc được phân công phụ trách, Trưởng Phòng KHNV, Trưởng Khoa, Phụ trách quản lý khoa, Bs điều trị, Điều dưỡng/Hộ sinh trưởng và các đơn vị có liên quan. Trưởng khoa có người bệnh tử vong trình bài báo cáo kiểm thảo tử vong theo quy định.

- Thư ký có nhiệm vụ:

+ Ghi chép đầy đủ và rõ ràng các mục trong sổ "Biên bản kiểm thảo tử vong".

+ Lấy đầy đủ chữ ký và ghi rõ họ tên của tất cả các thành viên tham dự.

+ Lập tờ "Trích biên kiểm thảo tử vong" trích từ sổ "Biên bản kiểm thảo tử vong" theo mẫu quy định và đính vào hồ sơ tử vong, có chữ ký của người chủ trì và thư ký, ghi rõ họ tên và chức danh.

III. BIỂU MẪU/PHỤ LỤC VÀ NƠI LƯU

TT	Tên hồ sơ	Mã hiệu	Nơi lưu
1	Sổ "Biên bản Kiểm điểm tử vong"	MS.47/BV2	Phòng KHNV
2	Tờ "Trích biên bản kiểm điểm tử vong"	MS.28/BV-02	Lưu cùng BA tử vong tại Phòng KHNV

SỞ Y TẾ AN GIANG
TTYT GIANG THÀNH

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

MS: 47/BV2

BIÊN BẢN KIỂM THẢO TỬ VONG

A. HÀNH CHÍNH:

1. Thời gian họp: .....giờ..... ngày .....tháng ..... năm 20.....
2. Địa điểm: .....
3. Chủ trì:.....
4. Thư ký: .....
5. Thành viên:.....

.....

.....

.....

B. NỘI DUNG KIỂM THẢO:

I. Thông tin liên quan đến người bệnh:

Họ và tên người bệnh: ..... Năm sinh:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Dân tộc:..... Quốc tịch:. .....

Địa chỉ: .....

Số vào viện:. .....

Số Căn cước/Hộ chiếu:.....

Ngày cấp:...../...../..... Nơi cấp: .....

Vào viện lúc: ..... giờ ..... phút; ngày ..... tháng ..... năm 20.....

Tử vong lúc: ..... giờ ..... phút; ngày ..... tháng ..... năm 20.....

Tại khoa:.....

Nguyên nhân chính gây tử vong:.....

.....

.....

.....

.....

II. Diễn biến bệnh:

1. Tóm tắt bệnh sử:.....

.....

.....

2. Tình trạng lúc vào viện (toàn thân, các bộ phận, các xét nghiệm...): .....

.....

.....

.....

3. Chẩn đoán (của cơ sở, khoa khám bệnh, khoa điều trị, khi tử vong, giải phẫu bệnh nếu có):

.....

.....

.....

4. Tóm tắt diễn biến bệnh, quá trình điều trị, chăm sóc, kết quả:

TT	Diễn biến, quá trình điều trị, kết quả	Khoa điều trị	Thời gian
1	....		
2	....		
3	....		
4	....		
5	....		
6	....		
7	....		
8	....		
9	....		

10	....		
11	....		
12	....		
13	....		
14	....		
15	....		
16	....		
17	....		
18	....		

Khác: .....

.....

.....

.....

.....

III. Nguyên nhân khách quan, chủ quan, bài học kinh nghiệm trong quá trình điều trị, chăm sóc:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Kết luận:

.....

.....

.....

.....

.....

Biên bản này đã được thư ký đọc cho mọi người nghe và nhất trí cùng ký tên, từng người dưới đây:

Các thành viên	**Thư ký**	**Chủ trì**
(Ký, ghi rõ họ tên)	*(Ký, ghi rõ họ tên)*	*(Ký, ghi rõ họ tên)*

Sở Y tế An Giang
Trung tâm Y tế Giang Thành
Khoa: .....

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

MS: 28/BV-02
Số vào viện:.....

Trích Biên bản kiểm thảo tử vong

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/nữ
- Số vào viện:.....
- Vào viện lúc: ..... giờ ..... phút, ngày ..... tháng ..... năm .....
- Tử vong lúc: ..... giờ ..... phút, ngày ..... tháng ..... năm .....
- Tại Khoa: .....
- Kiểm điểm tử vong lúc ..... giờ ..... phút, ngày ..... tháng ..... năm .....
- Chủ toạ: ..... Thư kí: .....
- Thành viên tham gia:.....

.....

.....

.....

Tóm tắt quá trình diễn biến bệnh, quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kết luận:

.....

.....

.....

.....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Thư kí | **Chủ toạ**

Họ tên ..... | Họ tên .....

SỞ Y TẾ AN GIANG
TRUNG TÂM Y TẾ GIANG THÀNH

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

QUY TRÌNH
Triển khai Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong và Phiếu thông tin người bệnh nặng xin về tại Trung tâm Y tế Giang Thành

(Ban hành kèm theo Quyết định số 131/QĐ-TTYT ngày 06/8/2025 của Trung tâm Y tế)

Căn cứ Quyết định số 1996/QĐ-BYT ngày 18/6/2025 của Bộ Y tế về việc Ban hành Hướng dẫn ghi phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 24/2020/TT-BYT ngày 28/12/2020 của Bộ Y tế Quy định về Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong, cấp Giấy báo tử và thống kê tử vong tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 25/2025/TT-BYT ngày 30/06/2025 của Bộ Y tế về việc Quy định chi tiết thi hành Luật Bảo hiểm xã hội, Luật An toàn, vệ sinh lao động về lĩnh vực y tế và một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Trung tâm Y tế Giang Thành ban hành quy trình triển khai Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong và Phiếu thông tin người bệnh nặng xin về, như sau:

1. Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong:

Các Khoa điều trị lập Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong cho tất cả các trường hợp tử vong ghi nhận tại khoa (bao gồm tử vong trên đường đến Trung tâm Y tế để cấp cứu, tử vong tại Khoa đang điều trị và tử vong trên đường chuyển viện).

Các bước thực hiện	Người phụ trách	Nội dung thực hiện
Bước 1	Bác sĩ điều trị	- Hoàn thành hồ sơ bệnh án theo quy định. - Hoàn Thành Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong cho tất cả các trường hợp tử vong ghi nhận tại khoa **(Phụ lục 1.1).** Thực hiện theo hướng dẫn tại Phụ lục 01, Quyết định số 1996/QĐ-BYT ngày 18/6/2025 của Bộ Y tế.
Bước 2	Bác sĩ điều trị Điều dưỡng	- Lập Giấy báo tử (hoặc cấp lại) cho các trường hợp tử vong và liên thông dữ liệu **(Mẫu số 05).** - Gửi Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong và Giấy báo tử (01 liên) về Phòng KHNV để tổng hợp, chậm nhất **sau 15 ngày** bệnh nhân tử vong. - Gửi Giấy báo tử cho người nhà bệnh nhân (01 liên).

Bước 3	Phòng Kế hoạch-Nghiệp vụ	- Tiếp nhận, tổng hợp Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong và Giấy báo tử (01 liên) để lưu trữ từ các Khoa điều trị. - Báo cáo dữ liệu Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong lên Hệ thống thông tin quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh (phân hệ Quản lý Nguyên nhân tử vong có địa chỉ tại: https://cdc.kcb.vn).
Kết thúc quy trình		

2. Phiếu thông tin người bệnh nặng xin về:

2.1. Các trường hợp lập Phiếu Thông tin người bệnh nặng xin về gồm các trường hợp sau:

- Bệnh diễn biến nguy kịch, tiên lượng tử vong nhưng gia đình xin về để tử vong tại nhà do yếu tố văn hoá, tâm linh, tôn giáo.

- Bệnh diễn biến nặng, người bệnh và gia đình không còn khả năng điều trị, vì lý do kinh tế hoặc lý do khác.

2.2. Các Khoa điều trị lập Phiếu Thông tin người bệnh nặng xin về, bao gồm chuỗi bệnh lý, sự kiện dẫn đến tình trạng tại thời điểm người bệnh xin về được ghi theo quy tắc giống như đối với chuỗi bệnh lý, sự kiện dẫn đến tử vong.

Các bước thực hiện	**Người phụ trách**	**Nội dung thực hiện**
Bước 1	Bác sĩ điều trị	- Hoàn thành hồ sơ bệnh án theo quy định. - Lập Phiếu Thông tin người bệnh nặng xin về **(Phụ lục 1.2).** Thực hiện theo hướng dẫn tại Phụ lục 01, Quyết định số 1996/QĐ-BYT ngày 18/6/2025 của Bộ Y tế.
Bước 2	Bác sĩ điều trị Điều dưỡng	- Gửi Phiếu Thông tin người bệnh nặng xin về về Phòng KHNV để tổng hợp, chậm nhất **sau 03 ngày** từ khi bệnh nhân xuất viện.
Bước 3	Phòng Kế hoạch-Nghiệp vụ	- Tiếp nhận, tổng hợp Phiếu Thông tin người bệnh nặng xin về để lưu trữ từ các Khoa điều trị. - Báo cáo dữ liệu Phiếu Thông tin người bệnh nặng xin về lên Hệ thống thông tin quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh (phân hệ Quản lý Nguyên nhân tử vong có địa chỉ tại: https://cdc.kcb.vn).
Kết thúc quy trình		

SỞ Y TẾ AN GIANG
TTYT GIANG THÀNH
***

PHỤ LỤC 1.1
PHIẾU CHẨN ĐOÁN
NGUYÊN NHÂN TỬ VONG

Mã bệnh nhân: .....
Mã HSBA: .....

I. THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

Họ và tên:..... Ngày sinh: ...../...../..... Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Khác

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

Số Căn cước/Hộ chiếu: .....Số thẻ BHYT: .....

Ngày giờ vào viện: ..... : ...../...../20....., Ngày giờ tử vong: …..... : ...../...../20.....

Địa chỉ thường trú: .....

Nơi ghi nhận ca bệnh: .....

Họ và tên người thân: .....

Tình trạng tử vong: ☐ Tại CSKCB ☐ Khi đang trên đường đến CSKCB

Nơi chuyển đến (từ): .....

Chẩn đoán xác định khi tử vong: …….....Mã ICD-10:.....

II. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN TỬ VONG

Phần A: Thông tin y tế

Mục 1. Chuỗi bệnh lý, sự kiện từ khi khởi phát nguyên nhân đến khi tử vong*:		**Mã ICD-10 và tên nguyên nhân theo ICD-10**	**Thời gian* (từ khi khởi phát đến khi tử vong)**	**Đơn vị thời gian**
a)				
b)				
c)				
d)				
Mục 2. Bệnh lý, nguy cơ quan trọng khác góp phần gây tử vong (nếu có):		**Mã ICD-10 và tên nguyên nhân theo ICD-10**	**Thời gian (từ khi khởi phát đến khi tử vong)**	**Đơn vị thời gian**

Phần B: Các thông tin y tế khác

1. Có phẫu thuật trong vòng 4 tuần: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết

Tên phẫu thuật	**Mã phẫu thuật**	**Ngày phẫu thuật**
.....	.....	...../...../20.....

3. Biểu mẫu

TT	Mã số	Tên biểu mẫu
1	Phụ lục 1.1	Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong.
2	Phụ lục 1.2	Phiếu thông tin người bệnh nặng xin về.
3	Mẫu số 05 (Theo Thông tư số 25/2025/TT-BYT ngày 30/06/2025)	Giấy báo tử.
4	Phụ lục 03 (Theo Thông tư số 24/2020/TT-BYT ngày 28/12/2020)	Đơn đề nghị cấp lại giấy báo tử.

2. Có trưng cầu giám định pháp y không? ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết

3. Hình thức tử vong: ☐ Bệnh ☐ Bị tấn công ☐ Không thể xác định

☐ Tai nạn ☐ Liên quan đến pháp luật ☐ Chờ điều tra

☐ Cố ý làm hại bản thân ☐ Chiến tranh ☐ Không biết

4. Nguyên nhân bên ngoài (tai nạn, ngộ độc, đánh nhau, đuối nước...)

Mô tả nguyên nhân bên ngoài **Ngày xảy ra**

....

Nơi xảy ra tai nạn: ☐ Tại nhà ☐ Khu dân cư ☐ Trường học, khu hành chính

☐ Khu thể thao ☐ Trên đường đi ☐ Khu thương mại, dịch vụ ☐ Khu công nghiệp

☐ Nông trại ☐ Địa điểm khác:……..…… ☐ Không biết

5. Người tử vong là thai nhi hoặc trẻ sơ sinh:

Đa thai: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết Sinh non: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết

Nếu tử vong trong vòng 24 giờ, ghi rõ giờ sống: Tuổi (giờ):…….

Tuổi thai (tuần):…… Cân nặng khi sinh (gram):…... Tuổi mẹ (năm):….

Bệnh lý của mẹ ảnh hưởng đến thai nhi, trẻ sơ sinh **Mã ICD-10**

....

6. Đối với phụ nữ, có đang mang thai không: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết

☐ Tại thời điểm tử vong ☐ Trong vòng 42 ngày trước khi tử vong ☐ Trong khoảng 43 ngày đến 1 năm trước khi tử vong ☐ Không biết

Việc mang thai có góp phần gây tử vong: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết

7. Kết luận Nguyên nhân chính gây tử vong *:

Tên bệnh lý, sự kiện: **Mã ICD-10**

....

Người lập phiếu
(Ký, ghi rõ họ tên, chức vụ)

Ngày..... tháng..... năm 20.....
Thủ trưởng đơn vị
(Ký, ghi rõ họ tên, chức vụ, đóng dấu)

SỞ Y TẾ AN GIANG
TTYT GIANG THÀNH
***

PHỤ LỤC 1.2
PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH NẶNG XIN VỀ

Mã bệnh nhân: .....
Mã HSBA: .....

I. THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

Họ và tên:.....Ngày sinh: ...../...../..... Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Khác

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

Số Căn cước/Hộ chiếu: .....Số thẻ BHYT: .....

Ngày giờ vào viện: …….. : ...../...../20....., Ngày giờ ra viện: ...../...../20.....

Địa chỉ thường trú: .....

Nơi ghi nhận ca bệnh: .....

Họ và tên người thân: .....

Nơi chuyển đến (từ): .....

Chẩn đoán xác định khi ra viện: …….....Mã ICD-10: .....

II. NGUYÊN NHÂN NẶNG XIN VỀ

Phần A: Thông tin y tế

Mục 1. Chuỗi bệnh lý, sự kiện từ khi khởi phát nguyên nhân đến khi nặng xin về*:		**Mã ICD-10 và tên nguyên nhân theo ICD-10**	**Thời gian (từ khi khởi phát đến khi xin về)**	**Đơn vị thời gian**
a)				
b)				
c)				
d)				
Mục 2. Bệnh lý, nguy cơ quan trọng khác góp phần tăng nặng (nếu có):		**Mã ICD-10 và tên nguyên nhân theo ICD-10**	**Thời gian (từ khi khởi phát đến khi xin về)**	**Đơn vị thời gian**

Phần B: Các thông tin y tế khác

1. Có phẫu thuật trong vòng 4 tuần: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết

Tên phẫu thuật	**Mã phẫu thuật**	**Ngày phẫu thuật**
.....	.....	...../...../20.....

2. Có trưng cầu giám định pháp y không? ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết

3. Hình thức tử vong: ☐ Bệnh ☐ Bị tấn công ☐ Không thể xác định

☐ Tai nạn ☐ Liên quan đến pháp luật ☐ Chờ điều tra

☐ Cố ý làm hại bản thân ☐ Chiến tranh ☐ Không biết

4. Nguyên nhân bên ngoài (tai nạn, ngộ độc, đánh nhau, đuối nước...)

Mô tả nguyên nhân bên ngoài **Ngày xảy ra**

....

Nơi xảy ra tai nạn: ☐ Tại nhà ☐ Khu dân cư ☐ Trường học, khu hành chính

☐ Khu thể thao ☐ Trên đường đi ☐ Khu thương mại, dịch vụ ☐ Khu công nghiệp

☐ Nông trại ☐ Địa điểm khác:……..…… ☐ Không biết

5. Người bệnh là thai nhi hoặc trẻ sơ sinh:

Đa thai: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết Sinh non: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết

Nếu xin về trong vòng 24 giờ, ghi rõ giờ sống đến khi xin về: Tuổi đến khi xin về (giờ):…….

Tuổi thai (tuần):…… Cân nặng khi sinh (gram):…..... Tuổi mẹ (năm):….

Bệnh lý của mẹ ảnh hưởng đến thai nhi, trẻ sơ sinh **Mã ICD-10**

....

6. Đối với phụ nữ, có đang mang thai không: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết

☐ Tại thời điểm xin về ☐ Trong vòng 42 ngày trước khi xin về ☐ Trong khoảng 43 ngày đến 1 năm trước khi xin về ☐ Không biết

Việc mang thai có góp phần gây bệnh nặng: ☐ Không ☐ Có ☐ Không biết

7. Kết luận Nguyên nhân chính gây bệnh nặng *:

Tên bệnh lý, sự kiện: **Mã ICD-10**

....

Người lập phiếu
(Ký, ghi rõ họ tên, chức vụ)

Ngày..... tháng..... năm 20.....
Thủ trưởng đơn vị
(Ký, ghi rõ họ tên, chức vụ, đóng dấu)

Mẫu số 05

SỞ Y TẾ AN GIANG
TTYT GIANG THÀNH

Mẫu BYT/BT
Số:……
Quyển số:……

GIẤY BÁO TỬ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 25/2025/TT-BYT ngày 30/06/2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh báo tử[1]: TRUNG TÂM Y TẾ GIANG THÀNH

Địa chỉ[2]: Ấp Giồng Kè, Xã Giang Thành, tỉnh An Giang

Xin thông báo như sau:

Họ và tên người tử vong[3]: ……

Ngày, tháng, năm sinh[4]: ……../……/……

Giới tính[5]:…….. Dân tộc[6]:…….. Quốc tịch[7]: ……

Nơi thường trú, tạm trú[8]……

Mã số định danh cá nhân *(nếu có)*[9]……

Giấy tờ tùy thân số[10] ……

Ngày cấp: …../…../….. Nơi cấp: ……

Vào cơ sở KBCB lúc: …giờ...phút, ngày....tháng.... năm…

Đã tử vong vào lúc:...giờ...phút, ngày....tháng.... năm...[11]

Nguyên nhân tử vong[12]: ……

……

Giang Thành, ngày tháng năm 20...

Người thân thích (Ký, ghi rõ họ tên)	Người ghi giấy (Ký, ghi rõ chức danh)	Thủ trưởng CS KBCB[13] (Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Lưu ý:

Giấy báo tử cấp lần đầu: Số:…… Quyển số:……..(nếu cấp lại)

Tử vong khi đang trên đường đi cấp cứu: Có ☐ Không ☐

HƯỚNG DẪN CÁCH GHI GIẤY BÁO TỬ

Mẫu giấy báo tử là một loại giấy tờ được cấp cho người thân thích của người tử vong để đi khai tử. Theo quy định bất kỳ trường hợp nào tử vong tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bao gồm cả trường hợp người tử vong khi đang trên đường đi cấp cứu thì Thủ trưởng, người chịu trách nhiệm chuyên môn hoặc người được ủy quyền của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (sau đây viết tắt là Thủ trưởng) có trách nhiệm cấp giấy báo tử.

Cách điền mẫu giấy báo tử như sau:

Chú thích:

(1) Ghi rõ tên cơ quan cấp Giấy báo tử.

(2) Địa chỉ cơ quan cấp giấy báo tử: Ghi xã/huyện/tỉnh.

Ghi theo nơi đăng ký thường trú; nếu không có nơi đăng ký thường trú thì ghi theo nơi đăng ký tạm trú; trường hợp không có nơi đăng ký thường trú và nơi đăng ký tạm trú thì ghi theo nơi đang sinh sống.

(3) Họ và tên người tử vong: ghi theo thứ tự họ - chữ đệm - tên, viết bằng chữ in hoa, có dấu.

(4) Ngày, tháng, năm sinh: Ghi ngày, tháng, năm sinh của người tử vong năm dương lịch.

(5) Ghi Nam hoặc Nữ.

(6) Dân tộc: Ghi rõ tên dân tộc của người chết như: Kinh, Tày, Nùng, Hoa hoặc các dân tộc khác.

(7) Quốc tịch: Ghi rõ quốc tịch của người chết.

(8) Trường hợp người tử vong đang sống tạm trú tại địa bàn khác với nơi đăng ký hộ khẩu thường trú thì tại mục này phải ghi rõ là tạm trú. *Ví dụ: Tạm trú tại Ấp A, xã B, huyện C, tỉnh Kiên Giang* Trường hợp người nước ngoài có đăng ký thường trú, tạm trú tại Việt Nam thì ghi giống như người Việt Nam.

(9) Ghi rõ mã số định danh cá nhân, nếu có.

(10) Ghi thông tin về giấy tờ tùy thân như: hộ chiếu, chứng minh nhân, CCCD hoặc giấy tờ hợp. lệ thay thế (ví dụ: Chứng minh nhân dân số 001089123 do Công an thành phố Hà Nội cấp ngày 20/10/2004).

(11) Đã tử vong vào lúc: ghi rõ giờ, phút, ngày, tháng, năm tử vong (Dương lịch) bằng số và bằng chữ; trường hợp không rõ giờ, phút tử vong thì bỏ trống.

(12) Nguyên nhân tử vong: Ghi nguyên nhân chính gây ra tử vong. Đối với trường hợp chưa xác định được NNTV(tử vong trên đường đi cấp cứu...) thì ghi không rõ.

(13) Ghi rõ họ tên, chức vụ Thủ trưởng và đóng dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Lưu ý: Trường hợp bệnh nhân tử vong khi đang trên đường đi cấp cứu:

- Nếu phát hiện bệnh nhân tử vong khi đang trên đường đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì Thủ trưởng cơ sở khám, chữa bệnh nơi bệnh nhân chuyển đến có trách nhiệm cấp giấy báo tử và tích chọn vào ô **Tử vong khi đang trên đường đi cấp cứu.**

- Nếu phát hiện bệnh nhân tử vong khi đang trên đường đi từ một cơ sở khám, chữa bệnh này đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thì Thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi bệnh nhân chuyển đi có trách nhiệm cấp giấy báo tử và tích chọn vào ô **Tử vong khi đang trên đường đi cấp cứu.**

Phụ lục 03

(Ban hành kèm theo Thông tư số 24/2020/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2020)

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

ĐƠN ĐỀ NGHỊ CẤP LẠI GIẤY BÁO TỬ

Kính gửi: TRUNG TÂM Y TẾ GIANG THÀNH

Họ, chữ đệm, tên người đề nghị(2)**:** ……

Nơi cư trú:(3) ……

Giấy tờ tùy thân:(4) ……

Quan hệ với người đã tử vong: ……

Đề nghị cơ sở khám bệnh chữa bệnh cấp lại Giấy báo tử cho người có tên dưới đây:

Họ, chữ đệm, tên: ……

Ngày, tháng, năm sinh: ……

Giới tính:…….. Dân tộc:…….. Quốc tịch: ……

Nơi cư trú:(3) ……

Giấy tờ tùy thân: (4) ……

Đã tử vong vào lúc:…….. giờ…….. phút, ngày…… tháng…… năm……

Nguyên nhân tử vong: ……

Đã được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp Giấy báo tử

Số…… Quyển số….. ngày…… tháng……. năm…… (5)

Đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp lại Giấy báo tử vì:

1- Có nhầm lẫn về thông tin được ghi trong giấy báo tử(6) ☐

Ghi cụ thể sự nhầm lẫn:……

Giấy tờ chứng minh sự nhầm lẫn:……

2- Bị mất/ rách/ nát (5) ☐

Ghi cụ thể sự mất/rách/nát……

Tôi cam đoan những nội dung khai trên đây là đúng sự thật và chịu trách nhiệm trước pháp luật về cam đoan của mình./.

Làm tại:……ngày……tháng…..năm……

Người đề nghị

(Ký, ghi rõ họ, chữ đệm, tên)

Chú thích:

(1) Ghi rõ tên cơ quan cấp lại Giấy báo tử.

(2) Ghi rõ họ tên người thân thích của người đã tử vong (người có quan hệ hôn nhân, nuôi dưỡng, người có cùng dòng máu về trực hệ và người có họ trong phạm vi ba đời)

(3) Ghi theo nơi đăng ký thường trú; nếu không có nơi đăng ký thường trú thì ghi theo nơi đăng ký tạm trú; trường hợp không có nơi đăng ký thường trú và nơi đăng ký tạm trú thì ghi theo nơi đang sinh sống.

(4) Ghi thông tin về giấy tờ tùy thân như: hộ chiếu, chứng minh nhân dân hoặc giấy tờ hợp lệ thay thế (ví dụ: Chứng minh nhân dân số 001089123 do Công an thành phố Hà Nội cấp ngày 20/10/2004).

(5) Ghi theo Thông tin của Giấy báo tử được cấp lần đầu tiên mà bị nhầm lẫn hoặc mất/rách/nát

(6) Đề nghị đánh dấu X vào ô có nhầm lẫn hoặc mất/rách/nát.