|  |  |
| --- | --- |
| UBND TỈNH QUẢNG BÌNH SỞ Y TẾ | CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc |

#### *Biểu mẫu kèm theo Công văn số /SYT-NVY ngày / /2020*

**Mẫu 1A**

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN ĐƠN VỊ CẤP TRÊN QUẢN LÝTÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH | CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc |

**DANH SÁCH**

**đối tượng được hỗ trợ thực hiện dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán trước sinh (bằng kỹ thuật siêu âm) theo quy định tại Thông tư số 26/2018/TT-BTC**

*(Kèm theo báo cáo số……….. /…… ngày…..tháng……năm 20......)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Họ và tên** | **Địa chỉ** | **Năm sinh** | **Phân loại đối tượng theo hồ sơ xác nhận \*** | **Ghi chú** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***Ghi chú:* \*** Đối tượng được hỗ trợ thực hiện dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh: là người thuộc hộ nghèo, hộ cận nghèo, đối tượng bảo trợ xã hội, người dân sống tại các vùng có nguy cơ cao, vùng nhiễm chất độc đioxin và chưa có thẻ BHYT. Ví dụ: nếu đối tượng thuộc hộ nghèo thì ghi ở cột này là “Hộ nghèo”....

*...................., ngày ......... tháng.......... năm.........*

|  |  |
| --- | --- |
| **NGƯỜI LẬP DANH SÁCH**  *(Ký ghi rõ họ tên)* | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  *(Ký ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

**Mẫu 1B**

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN ĐƠN VỊ CẤP TRÊN QUẢN LÝTÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH | CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc |

**DANH SÁCH**

**đối tượng được hỗ trợ thực hiện dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán trước sinh (bằng kỹ thuật xét nghiệm) theo quy định tại Thông tư số 26/2018/TT-BTC**

*(Kèm theo báo cáo số……….. /…… ngày…..tháng……năm 20......)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Họ và tên** | **Địa chỉ** | **Năm sinh** | **Phân loại đối tượng theo hồ sơ xác nhận \*** | **Ghi chú** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***Ghi chú:* \*** Đối tượng được hỗ trợ thực hiện dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh: là người thuộc hộ nghèo, hộ cận nghèo, đối tượng bảo trợ xã hội, người dân sống tại các vùng có nguy cơ cao, vùng nhiễm chất độc đioxin và chưa có thẻ BHYT. Ví dụ: nếu đối tượng thuộc hộ nghèo thì ghi ở cột này là “Hộ nghèo”....

*...................., ngày ......... tháng.......... năm.........*

|  |  |
| --- | --- |
| **NGƯỜI LẬP DANH SÁCH**  *(Ký ghi rõ họ tên)* | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  *((Ký ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

**Mẫu 2**

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN ĐƠN VỊ CẤP TRÊN QUẢN LÝTÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH | CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc |

**DANH SÁCH**

**đối tượng được hỗ trợ thực hiện dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán sơ sinh theo quy định tại Thông tư số 26/2018/TT-BTC**

*(Kèm theo báo cáo số……….. /…… ngày…..tháng……năm 20......)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Họ và tên mẹ** | **Địa chỉ** | **Tuổi của mẹ** *(năm sinh)* | **Ngày, tháng, năm sinh của con** | **Phân loại đối tượng theo hồ sơ xác nhận \*** | **Ghi chú** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

***Ghi chú:* \*** Đối tượng được hỗ trợ thực hiện dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh: là người thuộc hộ nghèo, hộ cận nghèo, đối tượng bảo trợ xã hội, người dân sống tại các vùng có nguy cơ cao, vùng nhiễm chất độc đioxin và chưa có thẻ BHYT. Ví dụ: nếu đối tượng thuộc hộ nghèo thì ghi ở cột này là “Hộ nghèo”....

*...................., ngày ......... tháng.......... năm.........*

|  |  |
| --- | --- |
| **NGƯỜI LẬP DANH SÁCH**  *(Ký ghi rõ họ tên)* | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  *(Ký ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

**Mẫu 3A**

|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ ....CHI CỤC DÂN SỐ -KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH | CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc |

**BÁO CÁO TỔNG HỢP**

**đối tượng được hỗ trợ thực hiện dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán trước sinh (bằng kỹ thuật siêu âm) theo quy định tại Thông tư số 26/2018/TT-BTC**

*(Kèm theo báo cáo số……….. /…… ngày…...tháng……năm 20......)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên đơn vị** | **Số lượng người sàng lọc trước sinh thuộc đối tượng thông tư 26/2018/TT-BTC\*** | **Ghi chú** |
| 1 | Huyện a |  |  |
| 2 | Huyện b |  |  |
| 3 | ...... |  |  |
| 4 | ...... |  |  |
| 5 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Tổng cộng:** |  |  |

***Ghi chú:* \*** Đối tượng được hỗ trợ thực hiện dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh: là người thuộc hộ nghèo, hộ cận nghèo, đối tượng bảo trợ xã hội, người dân sống tại các vùng có nguy cơ cao, vùng nhiễm chất độc đioxin và chưa có thẻ BHYT.

*...................., ngày ......... tháng.......... năm.........*

|  |  |
| --- | --- |
| **NGƯỜI LẬP BÁO CÁO**  *(Ký ghi rõ họ tên)* | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  *(Ký ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

**Mẫu 3B**

|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ ....CHI CỤC DÂN SỐ -KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH | CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc |

**BÁO CÁO TỔNG HỢP**

**đối tượng được hỗ trợ thực hiện dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán trước sinh (bằng kỹ thuật xét nghiệm) theo quy định tại Thông tư số 26/2018/TT-BTC**

*(Kèm theo báo cáo số……….. /…… ngày…...tháng……năm 2020)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên đơn vị** | **Số lượng người sàng lọc trước sinh thuộc đối tượng thông tư 26/2018/TT-BTC\*** | **Ghi chú** |
| 1 | Huyện a |  |  |
| 2 | Huyện b |  |  |
| 3 | ...... |  |  |
| 4 | ...... |  |  |
| 5 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Tổng cộng:** |  |  |

***Ghi chú:* \*** Đối tượng được hỗ trợ thực hiện dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh: là người thuộc hộ nghèo, hộ cận nghèo, đối tượng bảo trợ xã hội, người dân sống tại các vùng có nguy cơ cao, vùng nhiễm chất độc đioxin và chưa có thẻ BHYT.

*...................., ngày ......... tháng.......... năm.........*

|  |  |
| --- | --- |
| **NGƯỜI LẬP BÁO CÁO**  *(Ký ghi rõ họ tên)* | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  *(Ký ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

**Mẫu 4**

|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ ....CHI CỤC DÂN SỐ -KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH | CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc |

**BÁO CÁO TỔNG HỢP**

**đối tượng được hỗ trợ thực hiện dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán sơ sinh theo quy định tại Thông tư số 26/2018/TT-BTC**

*(Kèm theo báo cáo số……….. /…… ngày…..tháng……năm 2020)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên đơn vị** | **Số lượng người sàng lọc trước sinh thuộc đối tượng thông tư 26/2018/TT-BTC\*** | **Ghi chú** |
| 1 | Huyện a |  |  |
| 2 | Huyện b |  |  |
| 3 | ...... |  |  |
| 4 | ...... |  |  |
| 5 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Tổng cộng:** |  |  |

***Ghi chú:* \*** Đối tượng được hỗ trợ thực hiện dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh: là người thuộc hộ nghèo, hộ cận nghèo, đối tượng bảo trợ xã hội, người dân sống tại các vùng có nguy cơ cao, vùng nhiễm chất độc đioxin và chưa có thẻ BHYT.

*...................., ngày ......... tháng.......... năm.........*

|  |  |
| --- | --- |
| **NGƯỜI LẬP BÁO CÁO**  *(Ký ghi rõ họ tên)* | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  *(Ký ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |