|  |
| --- |
|  |
| **ên thủ tục** | **Chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện giữa các cơ sở quản lý** |
| **Mã thủ tục** | **1004612.H42** |
| **Lĩnh vực** | Y tế Dự phòng |
| **Cơ quan thực hiện** | Cơ sở quản lý thực hiện việc điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế trên địa bàn tỉnh |
| **Cách thức thực hiện** | Nộp trực tiếp tại cơ sở quản lý thực hiện việc điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế trên địa bàn tỉnh Ninh Binh. |
| **Đối tượng thực hiện** | Tổ chức hoặc cá nhân |
|  |  |
| **Trình tự thực hiện** | **Bước 1:**Người bệnh nộp đơn chuyển tiếp điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo quy định cho người đứng đầu cơ sở quản lý nơi người đó đang điều trị.  **Bước 2: N**gười đứng đầu cơ sở quản lý có trách nhiệm lập bản tóm tắt bệnh án điều trị theo Mẫu số 04 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP để cấp cho người bệnh khi người bệnh chuyển đi.  **Bước 3: C**ơ sở quản lý nơi người bệnh chuyển đến có trách nhiệm tiếp nhận điều trị cho người bệnh. Trường hợp không đồng ý tiếp nhận, phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do. |
| **Thời hạn giải quyết** | Ngay sau khi nhận được hồ sơ. |
| **Phí** | Không. |
| **Lệ Phí** | Không. |
| **Thành phần hồ sơ** | Bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo Mẫu số 04 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP |
| **Số lượng bộ hồ sơ** | 01 |
| **Yêu cầu - điều kiện** | Không |
| **Căn cứ pháp lý** | - Luật số 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS);  - Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế. |
| **Biểu mẫu đính kèm** | **File mẫu:**   * 1004612.000.00.00.H42 Phụ lục [**Tải về**](https://dichvucong.ninhbinh.gov.vn/public_dir/37/giayto/2020_08/1597800978_1004612-000-00-00-H42-PL.docx) In ấn |
| **Kết quả thực hiện** |  |

**Mẫu số 04**

|  |  |
| --- | --- |
| ………1……… **-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số: /PC | *……2……, ngày … tháng … năm 20...…* |

**BẢN TÓM TẮT BỆNH ÁN**

**Điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế**

Kính gửi: ………………………3………………………

Tên cơ sở giới thiệu: …………………………………1

Địa chỉ: …………………………………………………4

Điện thoại:……………………………… Email (nếu có):

Giới thiệu cho:

1. Họ và tên:………………………………………..5

2. Ngày sinh: ………………………………………6

3. Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe , cấp ngày: ……/……/………

tại:

4. Địa chỉ: …………………………………………..7

5. Thông tin về tình hình điều trị của người bệnh:

- Ngày bắt đầu điều trị: ……/……/…………………. Ngày kết thúc:……/……/

- Liều điều trị hiện tại: …………mg/ngày.

6. ……………………………………………………8

|  |  |
| --- | --- |
|  | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ** *(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Tên cơ sở điều trị hoặc cơ sở quản lý giới thiệu người bệnh chuyển tiếp điều trị

2 Địa danh

3 Tên cơ sở điều trị, cơ sở quản lý nơi người bệnh chuyển đến

4 Ghi rõ địa chỉ của cơ sở điều trị, cơ sở quản lý giới thiệu người bệnh chuyển tiếp điều trị

5 Ghi rõ họ và tên của người bệnh được chuyển tiếp điều trị

6 Ghi rõ ngày tháng năm sinh của người bệnh được chuyển tiếp điều trị

7 Ghi rõ địa chỉ nơi ở thường trú/nơi ở hiện tại của của người bệnh trong hồ sơ đăng ký điều trị, trong hồ sơ quản lý

8 Tóm tắt về quá trình điều trị của người bệnh và những thông tin cần thiết để cơ sở điều trị, cơ sở quản lý nơi người bệnh chuyển đến có thể sử dụng để tiếp tục điều trị cho người bệnh (nếu có)