

Số: /SYT-NVY
V/v tập huấn hướng dẫn hoạt
động kiểm tra sức khỏe học sinh

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2024

Kính gửi:

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
- Phòng y tế quận, huyện, thành phố Thủ Đức.

Nhằm chuyển đổi số việc quản lý sức khỏe học sinh, bắt đầu từ năm học 2024 - 2025, việc khám, tầm soát bệnh tật học đường cho học sinh trên địa bàn thành phố sẽ được triển khai theo quy trình mới (bao gồm sử dụng biểu mẫu mới, chuyển đổi số dữ liệu kết quả sức khỏe...). Do đó, tất cả nhân sự tham gia công tác kiểm tra sức khỏe học sinh tại các cơ sở giáo dục trên địa bàn thành phố phải tham gia chương trình tập huấn do Sở Y tế tổ chức.

Ngày 15 tháng 8 năm 2024, Sở Y tế đã ban hành Kế hoạch số 7917/KH-SYT về tổ chức tập huấn, đào tạo về công tác kiểm tra sức khỏe, phát hiện sớm các bệnh tật học đường tại các cơ sở giáo dục trên địa bàn Thành phố. Theo đó, Sở Y tế sẽ tổ chức chương trình tập huấn “Hướng dẫn kiểm tra sức khỏe học sinh” cho các nhân sự thuộc nhóm chuyên khoa và không chuyên khoa sẽ tham gia đoàn kiểm tra sức khỏe học sinh, nhân viên phụ trách y tế trường học tại các cơ sở giáo dục.

Tính đến thời điểm hiện nay, Sở Y tế đã nhận được hơn 2.000 đăng ký của các học viên, Phòng Công nghệ Thông tin thuộc Sở Y tế sẽ thông tin về việc cấp tài khoản cho các học viên qua email trước ngày 04 tháng 10 năm 2024. Trong tháng 10 năm 2024, Sở Y tế sẽ tổ chức tập huấn trực tuyến cho nhân viên y tế thuộc nhóm chuyên khoa (theo Kế hoạch số 7917/KH-SYT) của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tham gia hoạt động kiểm tra sức khỏe và nhân viên phụ trách công tác y tế trường học tại các cơ sở giáo dục trên địa bàn thành phố.

Thời gian tổ chức dự kiến như sau:

- Đợt 1: từ ngày 07 tháng 10 đến ngày 13 tháng 10 năm 2024;
- Đợt 2: từ ngày 14 tháng 10 đến ngày 20 tháng 10 năm 2024;
- Đợt 3: từ ngày 21 tháng 10 đến ngày 27 tháng 10 năm 2024.

Các cá nhân đã đăng ký sẽ được cấp tài khoản tham dự trực tuyến qua địa chỉ email sau khi Sở Y tế rà soát đáp ứng đủ điều kiện tại Công văn số 7970/SYT-NVY. Học viên hoàn thành chương trình sẽ được cấp giấy xác nhận hoàn thành tập huấn.

Từ ngày 03 tháng 10 năm 2024, nhân viên y tế đăng ký tham gia chương trình tập huấn “Hướng dẫn kiểm tra sức khỏe học sinh” tại địa chỉ <https://dklms.medinet.org.vn>, Sở Y tế sẽ thông tin về việc cấp tài khoản cho các học viên qua email trong vòng 02 ngày sau khi học viên hoàn tất việc đăng ký.

Sở Y tế đề nghị các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tổ chức kiểm tra sức khỏe học sinh thông báo và cử nhân sự đăng ký tham gia tập huấn. Giao Phòng Y tế triển khai đến các phòng khám đa khoa để biết và đăng ký tham gia (nếu có nhu cầu).

Đề nghị các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi đáp ứng điều kiện kiểm tra sức khỏe học sinh theo hướng dẫn của Sở Y tế tại Công văn số 7970/SYT-NVY có văn bản báo cáo (*theo mẫu*) về Sở Y tế đính kèm danh sách các nhân sự tham gia kiểm tra sức khỏe học sinh. Sở Y tế sẽ công khai danh sách các cơ sở đủ điều kiện kiểm tra sức khỏe học sinh trên cổng thông tin điện tử ngành y tế cho các cơ sở giáo dục lựa chọn và ký hợp đồng.

Khi cần thêm thông tin, các đơn vị vui lòng liên hệ các bộ phận liên quan để được hỗ trợ:

- Về việc cấp tài khoản và hỗ trợ tập huấn trực tuyến: Ông Vũ Việt Phương, Chuyên viên Phòng Công nghệ Thông tin, Sở Y tế (điện thoại: 0934.164.990).

- Về chuyên môn kiểm tra sức khỏe học sinh: Bà Lê Duy Trâm Chi, Chuyên viên Phòng Nghiệp vụ Y, Sở Y tế (điện thoại: 0932.077.690)/.

Nơi nhận:

- Như trên;
 - Sở Giáo dục và Đào tạo;
 - UBND quận, huyện, thành phố Thủ Đức;
 - Ban Giám đốc SYT;
 - TT KSBT TP;
 - Lưu: VT, P. NVY. (LMTL, LDTC, LTT)
- (Đính kèm Phụ lục 1, 2, 3, 4)***

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

Nguyễn Văn Vĩnh Châu

PHỤ LỤC 1**BÁO CÁO CƠ SỞ ĐỦ ĐIỀU KIỆN KIỂM TRA SỨC KHỎE HỌC SINH**

(Đính kèm Công văn số /SYT-NVY ngày tháng năm 2024 của Sở Y tế)

.....
(Tên đơn vị).....**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: /...-.....

BÁO CÁO CƠ SỞ ĐỦ ĐIỀU KIỆN KIỂM TRA SỨC KHỎE HỌC SINH

1. Tên đơn vị:.....
2. Địa chỉ (Số nhà, tên đường):
- Xã/Phường:Quận/Huyện:.....
3. Số Giấy phép hoạt động:
- Cấp ngày:/...../.....
4. Người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật:
5. Tổng số nhân sự đủ điều kiện kiểm tra sức khỏe học sinh:
6. Danh sách nhân sự đủ điều kiện kiểm tra sức khỏe học sinh (tính đến ngày .../.../....):

TT	Họ và tên	Trình độ chuyên môn	Số CCHN/GPHN	Phạm vi chuyên môn	Giấy xác nhận của SYT ¹	Văn bằng/ Chứng nhận đào tạo ²
		(BS, ĐD, Hộ sinh, KTV...)		Được ghi trên CCHN/GPHN		

Ngày ... tháng ... năm

LÃNH ĐẠO ĐƠN VỊ

(ký tên, ghi rõ họ tên)

¹ Chương trình tập huấn “Hướng dẫn kiểm tra sức khỏe học sinh” do Sở Y tế tổ chức² Chứng chỉ sơ bộ chuyên khoa hoặc Chứng nhận tham gia Chương trình đào tạo “Kiểm tra sức khỏe theo chuyên khoa” do các bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối tổ chức (Nhi đồng 1, Nhi đồng 2, Nhi đồng Thành phố, Mắt, Tai mũi họng, Răng hàm mặt Thành phố)

Phụ lục 2
PHIẾU ĐĂNG KÝ THÔNG TIN HỌC VIÊN
(Dành cho nhân sự chuyên khoa của cơ sở kiểm tra sức khỏe)

1. Họ và tên:
2. Giới tính: ☐ Nam / ☐ Nữ
3. Số điện thoại:
4. Email:
5. Ngày, tháng, năm sinh: □□- □□- □□□□
6. Số căn cước công dân: □□□□□□□□□□
7. Đơn vị công tác:
8. Địa chỉ đơn vị công tác:
9. Trình độ chuyên môn:
 - ☐ Bác sĩ ☐ Kỹ thuật viên khúc xạ
 - ☐ Điều dưỡng, Hộ sinh, Kỹ thuật viên ☐ Khác (ghi rõ:)
10. Số chứng chỉ hành nghề/giấy phép hành nghề:/.....-.....
11. Phạm vi chuyên môn chứng chỉ hành nghề/giấy phép hành nghề:
 - ☐ Nội khoa ☐ Mắt
 - ☐ Nhi khoa ☐ Điều dưỡng, Hộ sinh, Kỹ thuật viên y
 - ☐ Ngoại khoa ☐ Kỹ thuật viên khúc xạ
 - ☐ Răng Hàm Mặt ☐ Tai Mũi Họng
 - ☐ Không có CCHN/GPHN
12. Nhiệm vụ được phân công trong đoàn kiểm tra sức khỏe học sinh:
 - ☐ Khám chuyên khoa Nội Nhi
 - ☐ Khám chuyên khoa Ngoại
 - ☐ Khám chuyên khoa Răng Hàm Mặt
 - ☐ Khám chuyên khoa Tai Mũi Họng
 - ☐ Khám chuyên khoa Mắt
 - ☐ Đánh giá cân nặng, chiều dài/chiều cao, huyết áp, nhịp tim
 - ☐ Đo thị lực

Đính kèm:

- Hình chụp căn cước công dân.
- Hình chụp chứng chỉ hành nghề/giấy phép hành nghề.

Người đăng ký
(Ký và ghi rõ họ và tên)

Phụ lục 3
PHIẾU ĐĂNG KÝ THÔNG TIN HỌC VIÊN

(Dành cho nhân sự không chuyên khoa của cơ sở kiểm tra sức khỏe)

1. Họ và tên:
2. Giới tính: ☐ Nam / ☐ Nữ
3. Số điện thoại:
4. Email:
5. Ngày, tháng, năm sinh: □□- □□- □□□□
6. Số căn cước công dân: □□□□□□□□□□□□
7. Đơn vị công tác:
8. Địa chỉ đơn vị công tác:
9. Trình độ chuyên môn:

☐ Bác sĩ
☐ Điều dưỡng, Hộ sinh, Kỹ thuật viên

☐ Kỹ thuật viên khúc xạ
☐ Khác (ghi rõ:)
10. Số chứng chỉ hành nghề/giấy phép hành nghề:/.....-.....
11. Phạm vi chuyên môn chứng chỉ hành nghề/giấy phép hành nghề:

☐ Y khoa
☐ Nội khoa
☐ Nhi khoa
☐ Ngoại khoa
☐ Răng Hàm Mặt
☐ Khác (ghi rõ):

☐ Tai Mũi Họng
☐ Mắt
☐ Y học dự phòng
☐ Y học cổ truyền

☐ Điều dưỡng, Hộ sinh, Kỹ thuật viên y
☐ Kỹ thuật viên khúc xạ
12. Bác sĩ đã được học sơ bộ định hướng hoặc chuyên khoa 1 về chuyên khoa được phân công trong đoàn kiểm tra sức khỏe học sinh: ☐ Có / ☐ Không
13. Nhiệm vụ được phân công trong đoàn kiểm tra sức khỏe học sinh (có thể có nhiều sự lựa chọn):

☐ Khám chuyên khoa Nội Nhi
☐ Khám chuyên khoa Ngoại
☐ Khám chuyên khoa Răng Hàm Mặt
☐ Khám chuyên khoa Tai Mũi Họng
☐ Khám chuyên khoa Mắt
☐ Đánh giá cân nặng, chiều dài/chiều cao, huyết áp, nhịp tim
☐ Đo thị lực
☐ Quản lý đoàn khám

Đính kèm:

- Hình chụp căn cước công dân.
- Hình chụp chứng chỉ hành nghề/giấy phép hành nghề.
- Hình chụp chứng nhận “Kiểm tra sức khỏe theo chuyên khoa” hoặc chứng chỉ sơ bộ định hướng hoặc văn bằng đào tạo chuyên khoa tương ứng với nhiệm vụ được phân công trong đoàn kiểm tra sức khỏe học sinh (mục số 13 trong Phiếu đăng ký).

Người đăng ký
(Ký và ghi rõ họ và tên)

Phụ lục 4
PHIẾU ĐĂNG KÝ THÔNG TIN HỌC VIÊN
(Dành cho nhân viên phụ trách công tác y tế của cơ sở giáo dục)

1. Họ và tên:
2. Giới tính: ☐ Nam / ☐ Nữ
3. Số điện thoại:
4. Email:
5. Ngày, tháng, năm sinh: □□- □□- □□□□
6. Số căn cước công dân: □□□□□□□□□□□□
7. Đơn vị công tác:
8. Địa chỉ đơn vị công tác:
9. Trình độ chuyên môn:
 - ☐ Bác sĩ
 - ☐ Y sĩ
 - ☐ Điều dưỡng
 - ☐ Khác (ghi rõ):

Đính kèm:

- Hình chụp căn cước công dân.
- Hình chụp quyết định phân công phụ trách công tác y tế học đường.

Người đăng ký
(Ký và ghi rõ họ và tên)