

Cơ quan chủ quản.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

MS: CV-12

Cơ sở KB, CB.....

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /

....., Ngày tháng năm
20.....

GIẤY CHỨNG NHẬN PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT

I. HÀNH CHÍNH

Họ và tên (*In hoa*):

Ngày sinh:/...../.....

Giới tính: Nam Nữ

Số Căn cước/Hộ chiếu:

Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:.....

Địa chỉ cư trú: Số nhà Thôn, phố.....

Xã, phường.....

Huyện (Q, Tx)

Tỉnh, thành phố

Mã người bệnh:

Số lưu trữ:

Vào viện ngày...../...../20.....

Ra viện ngày...../...../20.....

II. NỘI DUNG CHỨNG NHẬN:

Chẩn đoán:

.....
.....

Đã phẫu thuật/Thủ thuật (Vị trí, phương thức):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nhóm máu.....Yếu tố Rh

.....

Ngày thực hiện phẫu thuật/thủ thuật...../...../20.....

Người thực hiện phẫu thuật/thủ thuật

.....

Đại diện khoa

(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện đơn vị

(Ký, đóng dấu)