## Mẫu 03 - Kế hoạch tổ chức khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo/khám bệnh, chữa bệnh lưu động

## CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*….ngày ....... tháng ...... năm ..…*

**KẾ HOẠCH**

**KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH NHÂN ĐẠO/**

**KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH LƯU ĐỘNG**

**PHẦN I. THÔNG TIN CHUNG:**

- Địa điểm thực hiện khám bệnh, chữa bệnh:……….......…[[1]](#footnote-1)…….....…

- Thời gian: từ (ngày/tháng/năm) đến (ngày/tháng/năm): ..........................

- Dự kiến số lượng người bệnh được khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo: ....

- Tổng kinh phí dự kiến hỗ trợ cho đợt khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo:

- Nguồn kinh phí:  ………………………….[[2]](#footnote-2)........................................

**PHẦN II. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN, DANH MỤC KỸ THUẬT**

1. Phạm vi hoạt động chuyên môn:

2. Danh mục kỹ thuật:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Thứ tự kỹ thuật theo danh mục của Bộ Y tế** | **Tên kỹ thuật** | **Ghi chú** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| .... |  |  |  |
|  |  |  |  |

**PHẦN III. DANH MỤC THUỐC VÀ THIẾT BỊ Y TẾ**

**1. Danh mục thuốc:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên hoạt chất (nồng độ/****hàm lượng)** | **Tên thương mại** | **Đơn vị tính** | **Số lượng** | **Nơi sản xuất** | **Số đăng ký** | **Hạn sử dụng** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**2. Danh mục thiết bị y tế:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên thiết bị** | **Ký hiệu thiết bị (Model)** | **Nước sản xuất** | **Năm sản xuất** | **Tình trạng hoạt động của thiết bị** | **Số lượng** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *……., ngày ….. tháng ….năm ……***ĐẠI DIỆN ĐOÀN[[3]](#footnote-3)***(Ký, ghi rõ họ tên)* |

1. Địa danh. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nêu rõ nguồn kinh phí thực hiện. [↑](#footnote-ref-2)
3. Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh lưu động hoặc khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổ chức thì người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền của cơ sở đó ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu. [↑](#footnote-ref-3)