

**GIẤY CHỨNG NHẬN ĐĂNG KÝ DOANH NGHIỆP  
CÔNG TY TRÁCH NHIỆM HỮU HẠN MỘT THÀNH VIÊN**

**Mã số doanh nghiệp: 1201622838**

*Đăng ký lần đầu: ngày 02 tháng 03 năm 2020*

*Đăng ký thay đổi lần thứ: 3, ngày 12 tháng 12 năm 2025*

**1. Tên công ty**

Tên công ty viết bằng tiếng Việt: CÔNG TY TNHH XUẤT NHẬP KHẨU THỰC PHẨM VIỆT

Tên công ty viết bằng tiếng nước ngoài: VIET FOODS IMPORT EXPORT COMPANY LIMITED

Tên công ty viết tắt: VIET FOODS EXIM CO.,LTD

**2. Địa chỉ trụ sở chính**

*Áp Mỹ Phú, Phường Cai Lậy, Tỉnh Đồng Tháp, Việt Nam*

Điện thoại: 0939948366

Số Fax:

Thư điện tử:

Website:

**3. Vốn điều lệ : 2.000.000.000 đồng.**

*Bằng chữ: Hai tỷ đồng*

**4. Thông tin về chủ sở hữu**

Họ, chữ đệm và tên: NGUYỄN TRƯỜNG GIANG      Giới tính: *Nam*

Ngày, tháng, năm sinh: *01/01/1986*      Quốc tịch: *Việt Nam*

Số định danh cá nhân: 089086006570

Địa chỉ liên lạc: *Lô IH2, Khóm Mỹ Quới, Phường Long Xuyên, Tỉnh An Giang, Việt Nam*

**5. Người đại diện theo pháp luật của công ty**

\* Họ, chữ đệm và tên: NGUYỄN TRƯỜNG GIANG      Giới tính: *Nam*

Ngày, tháng, năm sinh: *01/01/1986*      Quốc tịch: *Việt Nam*

Số định danh cá nhân: 089086006570

Chức danh: *Giám đốc*

Địa chỉ liên lạc: *Lô IH2, Khóm Mỹ Quới, Phường Long Xuyên, Tỉnh An Giang, Việt Nam*

**KT. TRƯỜNG PHÒNG  
PHÓ TRƯỞNG PHÒNG**



CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

-----000-----

**HỢP ĐỒNG KINH TẾ**

Số: TPV-NT/2025/.....

- Căn cứ Bộ luật Dân sự do Quốc hội ban hành ngày 24/11/2015 có hiệu lực từ ngày 01/01/2017;
- Luật Thương Mại năm 2005 và các văn bản hướng dẫn thi hành;
- Căn cứ vào nhu cầu của hai bên.

Hôm nay, ngày 10 tháng 10 năm 2025 tại Công ty TNHH XNK Thực Phẩm Việt, chúng tôi gồm:

**Bên A: CÔNG TY CỔ PHẦN BEEFOOD (BÊN MUA)**

Địa chỉ KD : Số 8, Đường Nguyễn Văn Ngọc, Phường Cống Vị, Quận Ba Đình, Thành phố Hà Nội, Việt Nam.

Địa chỉ thường trú: Đội 4, Thôn Sơn Trung, Xã Phương Sơn, Huyện Quốc Oai, Thành phố Hà Nội, Việt Nam.

Điện thoại : 0818.081.988; 0913.200.164; 0989.451.413

Mã số thuế : 0109826919

Đại diện : Ông Phùng Văn Du - CCCD: 001081007650

Chức vụ: Giám Đốc làm đại diện

**Bên B: CÔNG TY TNHH XNK THỰC PHẨM VIỆT (BÊN BÁN)**

Địa chỉ : Ấp Mỹ Phú, Xã Long Khánh, Thị Xã Cai Lậy, Tỉnh Tiền Giang ( cũ). Nay là Tỉnh Đồng Tháp, Việt Nam.

Điện thoại : 0939.948.366

Mã số thuế : 1201622838

Tài khoản số : 1015969737 tại Ngân hàng TMCP Sài Gòn - Hà Nội (SHB) - Chi nhánh An Giang.

Đại diện : Ông Nguyễn Trường Giang - CCCD: 089086006570

Chức vụ : Giám Đốc làm đại diện

Sau khi bàn bạc hai bên thống nhất ký hợp đồng kinh tế theo các điều khoản như sau:

**Điều 1: TÊN HÀNG - QUY CÁCH PHẨM CHẤT**

- 1.1 Tên hàng : Heo, gà, cá,.. đông lạnh.
- 1.2 Quy cách : Thỏa thuận cụ thể theo từng lần mua hàng.  
- SỐ LƯỢNG - ĐƠN GIÁ
- 1.3 Số lượng: 1.390 kg ( đính kèm theo đơn đặt hàng chi tiết).

1.4 Đơn giá: theo bảng giá sản phẩm áp dụng 01/10/2025.

**Điều 2: GIAO NHẬN HÀNG**

- Bên B giao hàng và xuất hóa đơn cho bên A khi bên A đã thanh toán đủ tiền hàng cho bên B.

**Điều 3: HÌNH THỨC THANH TOÁN**

- Thanh toán: chuyển khoản bằng VNĐ.

- Bên A đặt cọc cho Bên B ít nhất 30% trị giá đơn đặt hàng.

**Điều 4: TRÁCH NHIỆM CÁC BÊN**

- Trách nhiệm Bên bán: Giao nhận hàng đúng theo hợp đồng

- Trách nhiệm Bên mua: Nhận hàng và thanh toán tiền cho Bên bán theo quy định của hợp đồng

**Điều 5: CAM KẾT CHUNG**

- Bên A thanh toán đầy đủ tiền khi nhận được hàng hóa theo yêu cầu.

- Hai bên cam kết thi hành đầy đủ các điều khoản trong hợp đồng đã ký, trong quá trình thực hiện nếu có trở ngại hoặc khó khăn hai bên phải gặp nhau để bàn bạc và thỏa thuận cùng nhau giải quyết.

- Trong trường hợp xảy ra tranh chấp không thương lượng được, nội vụ sẽ đưa ra tòa án kinh tế Tỉnh Đồng Tháp giải quyết. Phán quyết của tòa án là quyết định cuối cùng.

Hợp đồng này lập thành 02 (hai) bản, mỗi Bên giữ 01 (một) bản và có giá trị pháp lý như nhau. Có hiệu lực kể từ ngày ký đến ngày 31/12/2025 khi hai bên thực hiện xong nghĩa vụ của mình. Hợp đồng xem như tự thanh lý.

Tiền Giang, Ngày 10 Tháng 10 Năm 2025

ĐẠI DIỆN BÊN A



GIÁM ĐỐC

*Phùng Văn Du*

ĐẠI DIỆN BÊN B



Nguyễn Trường Giang

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

**GIẤY CHỨNG NHẬN**  
**CƠ SỞ ĐỦ ĐIỀU KIỆN AN TOÀN THỰC PHẨM**  
**CERTIFICATE**  
**OF COMPLIANCE WITH FOOD SAFETY REGULATIONS**

**CHI CỤC CHẤT LƯỢNG, CHẾ BIẾN VÀ**  
**PHÁT TRIỂN THỊ TRƯỜNG KHU VỰC NAM BỘ**  
**SOUTHERN REGION AUTHORITY FOR AGRO-FORESTRY-FISHERY QUALITY,**  
**PROCESSING AND MARKET DEVELOPMENT (NAFIQPM-SRA)**

**CHỨNG NHẬN/CERTIFICATION**

Cơ sở/Establishment: **Công Ty TNHH Xuất Nhập Khẩu Thực Phẩm Việt / Viet Foods Import**  
**Export company limited (Viet Foods Exim Co., Ltd)**

Mã số/Approval number: **TS 1283**

Địa chỉ/Address: **ấp Mỹ Phú, xã Long Khánh, thị xã Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang, Việt Nam /**  
**My Phu hamlet, Long Khanh commune, Cai Lay town, Tien Giang province,**  
**Viet Nam**

**Đủ điều kiện an toàn thực phẩm**  
**trong sản xuất kinh doanh sản phẩm/nhóm sản phẩm:**  
**Has been found to be in compliance with food safety regulations**  
**for following product(s)/product group(s):**

1. Thủy sản nuôi cấp đông, không xử lý nhiệt, không ăn liền / *Frozen farmed fishery products, non-heat treated and not ready-to-eat*
2. Thủy sản khai thác tự nhiên (có mối nguy gắn liền với loài) cấp đông, không xử lý nhiệt, không ăn liền / *Frozen wild-caught fishery products (with species-related hazards), non-heat treated, not ready-to-eat*
3. Thủy sản khai thác tự nhiên (không có mối nguy gắn liền với loài) cấp đông, không xử lý nhiệt, không ăn liền / *Frozen wild-caught fishery products (without species-related hazards), non-heat treated, not ready-to-eat*

Số cấp/Number: **102/2025/CNĐK-NB**

Giấy chứng nhận có hiệu lực 03 (ba) năm kể từ ngày ký /

*This certificate is valid for 03 (three) years from date of issue.*

TP. Hồ Chí Minh, ngày 02 tháng 7 năm 2025/

*Ho Chi Minh city, July 02<sup>nd</sup>, 2025*

**Chỉ cục trưởng / Director**

  
**Nguyễn Đình Thụ**

**TRUNG TÂM CHẤT LƯỢNG, CHẾ BIẾN VÀ PHÁT TRIỂN THỊ TRƯỜNG VÙNG 4**  
**NATIONAL AUTHORITY FOR AGRO-FORESTRY-FISHERY QUALITY, PROCESSING**  
**AND MARKET DEVELOPMENT CENTER 4**

271 Tô Ngọc Vân, Phường Hiệp Bình, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam  
Tel: 028.3636.3638, website: [www.nafi4.vn](http://www.nafi4.vn)



CXC 1-1969, Revised in 2022

**GIẤY CHỨNG NHẬN**  
**CERTIFICATE**

**Chứng nhận hệ thống Phân tích mối nguy và điểm kiểm soát tới hạn (HACCP)**

*This is to certify that the Hazard Analysis and Critical Control Points System (HACCP) of*

**CÔNG TY TNHH XUẤT NHẬP KHẨU THỰC PHẨM VIỆT**  
**VIET FOODS IMPORT EXPORT COMPANY LIMITED**

**Địa chỉ/Address:** Ấp Mỹ Phú, Xã Long Khánh, Thị xã Cai Lậy, Tỉnh Tiền Giang, Việt Nam (Địa chỉ mới: Ấp Mỹ Phú, Phường Cai Lậy, Tỉnh Đồng Tháp, Việt Nam) / *My Phu hamlet, Long Khanh commune, Cai Lay town, Tien Giang province, Vietnam (My Phu hamlet, Cai Lay ward, Dong Thap province, Vietnam).*

**Địa chỉ sản xuất/Location:** Ấp Mỹ Phú, Xã Long Khánh, Thị xã Cai Lậy, Tỉnh Tiền Giang, Việt Nam (Địa chỉ mới: Ấp Mỹ Phú, Phường Cai Lậy, Tỉnh Đồng Tháp, Việt Nam) / *My Phu hamlet, Long Khanh commune, Cai Lay town, Tien Giang province, Vietnam (My Phu hamlet, Cai Lay ward, Dong Thap province, Vietnam).*

**Mã số chứng nhận/Certification number:**

**HACCP-004-25**

**Được đánh giá và phù hợp với các yêu cầu của tiêu chuẩn**

*Has been audited and found to conform with the requirements of following standard:*

**CXC 1-1969: 2022 - General Principles of Food Hygiene (HACCP Codex 2022)**

**Cho phạm vi/ for the following activities:**

**(Theo phụ lục kèm theo quyết định số 233/QĐ-CCPT4-PTTT ngày 07 tháng 8 năm 2025/ As in the certification scope appendix accompanied with the certification decision No.233/QĐ-CCPT4-PTTT dated 7<sup>th</sup> August, 2025 )**

**Mã loại hình thực phẩm/Food Categories: CI, G**

**Số giấy chứng nhận/Certificate No.: 042/2025**

**Ngày ban hành/Date of Issue: 07/8/2025**



Ngày bắt đầu chu kỳ đầu tiên/Original Cycle Start Date: 07/8/2025  
Ngày hết hạn của chu kỳ trước/Expiry Date of Previous Cycle: /  
Ngày đánh giá chứng nhận lại/Recertification Audit Date: /  
Ngày bắt đầu chu kỳ chứng nhận lại/Recertification Cycle Start Date: /  
Ngày hết hạn của giấy chứng nhận/This Certificate Expires on: 06/8/2028

Số: 233/QĐ-CCPT4-PTTT

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 07 tháng 8 năm 2025

**QUYẾT ĐỊNH**  
**Về việc cấp Giấy chứng nhận**  
**Hệ thống Phân tích mối nguy và điểm kiểm soát tới hạn (HACCP)**

**GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM CHẤT LƯỢNG, CHẾ BIẾN**  
**VÀ PHÁT TRIỂN THỊ TRƯỜNG VÙNG 4**

Căn cứ Quyết định số 1084/QĐ-BNNMT ngày 24/4/2025 của Bộ Nông nghiệp và Môi trường quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Chất lượng, Chế biến và Phát triển thị trường vùng 4;

Căn cứ giấy chứng nhận số 106/GCN-BKHCN ngày 26 tháng 02 năm 2025 của Ủy ban Tiêu chuẩn Đo lường Chất lượng quốc gia, chứng nhận Trung tâm Chất lượng, Chế biến và Phát triển thị trường vùng 4 đã đăng ký lĩnh vực hoạt động chứng nhận đối với tổng hợp đa ngành trong lĩnh vực chứng nhận hệ thống quản lý phù hợp tiêu chuẩn TCVN ISO 22000/ISO 22000 và hệ thống phân tích mối nguy và điểm kiểm soát tới hạn phù hợp tiêu chuẩn CXC1-1969 (HACCP Codex), 21 CFR Part 110, 21 CFR Part 123 (HACCP FDA); Số đăng ký: 46/CN-TĐC;

Căn cứ Quyết định số 277/QĐ-VPCNCL ngày 10 tháng 02 năm 2025 của Giám đốc Văn phòng Công nhận Chất lượng về việc Công nhận tổ chức chứng nhận Trung tâm Chất lượng, Chế biến và Phát triển thị trường vùng 4 có đủ năng lực tiến hành đánh giá và chứng nhận Hệ thống quản lý an toàn thực phẩm phù hợp theo yêu cầu của tiêu chuẩn ISO/IEC 17021-1:2015 và ISO 22003-1:2022; Số hiệu VICAS 072-FSMS;

Căn cứ Thủ tục TT.09 về việc đánh giá, cấp, giám sát, duy trì, mở rộng, thu hẹp phạm vi, đình chỉ, hủy bỏ chứng nhận hệ thống quản lý ATTP/HACCP;

Căn cứ vào kết quả đánh giá của Đoàn đánh giá và kết quả thẩm xét hồ sơ đánh giá chứng nhận đối với Hệ thống Phân tích mối nguy và điểm kiểm soát tới hạn (HACCP) của Công ty TNHH Xuất nhập khẩu Thực phẩm Việt.

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Chứng nhận Công ty TNHH Xuất nhập khẩu Thực phẩm Việt có Hệ thống Phân tích mối nguy và điểm kiểm soát tới hạn (HACCP) phù hợp theo tiêu chuẩn CXC 1-1969: 2022 - General Principles of Food Hygiene (HACCP Codex 2022) với phạm vi chứng nhận theo phụ lục kèm theo quyết định này.

**Điều 2.** Tổ chức được chứng nhận được mang mã số: HACCP-004-25.

**Điều 3.** Tổ chức được chứng nhận nêu tại Điều 1 phải tuân thủ đầy đủ các yêu cầu về chứng nhận theo quy định hiện hành.

**Điều 4.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày 07 tháng 8 năm 2025 đến 06 tháng 8 năm 2028./.

**Nơi nhận:**

- Như Điều 1;
- Phó GD Tấn Ngọc (để biết);
- Lưu VT, Phòng PTTT.



**Khúc Tuấn Anh**

PHỤ LỤC PHẠM VI CHỨNG NHẬN/CERTIFICATION SCOPE APPENDIX

(Ban hành kèm theo Quyết định số 233/QĐ-CCPT4-PTTT ngày 07 tháng 8 năm 2025 của Giám đốc Trung tâm Chất lượng, Chế biến và Phát triển thị trường vùng 4)

- **Tên tổ chức được chứng nhận/Organisation:**

+ Tiếng Việt: CÔNG TY TNHH XUẤT NHẬP KHẨU THỰC PHẨM VIỆT

+ Tiếng Anh: VIET FOODS IMPORT EXPORT COMPANY LIMITED

+ Tên viết tắt (nếu có): /

- **Địa chỉ trụ sở/ Office Address:** Ấp Mỹ Phú, Xã Long Khánh, Thị xã Cai Lậy, Tỉnh Tiền Giang, Việt Nam (Địa chỉ mới: Ấp Mỹ Phú, Phường Cai Lậy, Tỉnh Đồng Tháp, Việt Nam)/ *My Phu hamlet, Long Khanh commune, Cai Lay town, Tien Giang province, Vietnam (My Phu hamlet, Cai Lay ward, Dong Thap province, Vietnam)*

- **Địa chỉ sản xuất được chứng nhận/Location covered by certification:** Ấp Mỹ Phú, Xã Long Khánh, Thị xã Cai Lậy, Tỉnh Tiền Giang, Việt Nam (Địa chỉ mới: Ấp Mỹ Phú, Phường Cai Lậy, Tỉnh Đồng Tháp, Việt Nam)/ *My Phu hamlet, Long Khanh commune, Cai Lay town, Tien Giang province, Vietnam (My Phu hamlet, Cai Lay ward, Dong Thap province, Vietnam)*

- **Mã số chứng nhận/ Certification number:** HACCP-004-25

- **Chuẩn mực chứng nhận/ Certification standards:** CXC 1-1969: 2022 - General Principles of Food Hygiene (HACCP Codex 2022)

- **Phạm vi chứng nhận/ Certification Scope:**

Chế biến và bảo quản/ *Processing and storage of:*

+ Thủy sản nuôi cấp đông, không xử lý nhiệt, không ăn liền: Cá nuôi nguyên con, nguyên con làm sạch, cắt khúc đông lạnh/ *Frozen farmed fishery products, non-heat treated, and not ready-to-eat: Frozen farmed fish whole round, cleaned whole fish, and steaks.*

+ Thủy sản khai thác tự nhiên (không mối nguy gắn liền với loài) cấp đông, không xử lý nhiệt, không ăn liền: Cá biển không sinh histamine nguyên con, nguyên con làm sạch, cắt khúc đông lạnh/ *Frozen wild-caught fishery products (without species-related hazards), non-heat treated, and not ready-to-eat: Frozen non-scombroid whole round marine fish, cleaned whole fish, and steaks.*

**TRUNG TÂM CHẤT LƯỢNG, CHẾ BIẾN VÀ PHÁT TRIỂN THỊ TRƯỜNG VÙNG 4  
NATIONAL AUTHORITY FOR AGRO-FORESTRY-FISHERY QUALITY, PROCESSING AND  
MARKET DEVELOPMENT - CENTER 4**

271 Tô Ngọc Vân, Phường Hiệp Bình, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tel: 028.3636.3638, website: nafi4.vn

- + Thủy sản khai thác tự nhiên (có mối nguy gắn liền với loài) cấp đông, không xử lý nhiệt, không ăn liền: Cá biển có sinh histamine nguyên con, nguyên con làm sạch, cắt khúc đông lạnh/ *Frozen wild-caught fishery products (with species-related hazards), non-heat treated, and not ready-to-eat: Frozen scombroid whole round marine fish, cleaned whole fish, and steaks.*
- Số giấy chứng nhận/ *Certificate No.:* 042/2025 *TH*

**GIẤY XÁC NHẬN ĐÃ ĐƯỢC TẬP HUẤN  
KIẾN THỨC VỀ AN TOÀN THỰC PHẨM**

Số : 02/2026/XNKT

Căn cứ kế hoạch và nội dung, tài liệu kiến thức an toàn thực phẩm Công ty TNHH Xuất nhập khẩu Thực Phẩm Việt xác nhận các ông/ bà thuộc tổ chức:

Tên tổ chức/Cá nhân: CÔNG TY TNHH XUẤT NHẬP KHẨU THỰC PHẨM VIỆT

Địa chỉ: Ấp Mỹ Phú, Phường Cai Lậy, Tỉnh Đồng Tháp, Việt Nam.

Điện thoại: 0939948366

Mã số đăng ký kinh doanh: 1201622838, ngày 02/03/2020, Phòng Đăng ký Kinh doanh- Sở Kế hoạch và Đầu tư Tỉnh Tiền Giang

Xác nhận *08* thành viên trong danh sách đào tạo 08/01/2026 có kiến thức cơ bản về an toàn thực phẩm theo quy định hiện hành./.

Đồng Tháp, ngày *08* tháng *01* năm 2026



*Nguyễn Thị Ngọc Thành*



## CÔNG TY TNHH XNK THỰC PHẨM VIỆT

ĐC: Ấp Mỹ Phú, Phường Cai Lậy, Tỉnh Đồng Tháp

### DANH SÁCH KIỂM TRA XÁC NHẬN KIẾN THỨC ATVSTP, GMP, SSOP, HACCP

Địa điểm: CÔNG TY TNHH XNK THỰC PHẨM VIỆT

Ngày thi: 08/01/2026

STT	Họ và tên	Giới tính	Bộ phận	Điểm kiểm tra	Ký tên
1	Nguyễn Trường Giang	Nam	Giám đốc - Chủ cơ sở		
2	Phạm Thành Đạt	Nam	Nhân viên QLCL		
3	Nguyễn Thị Thu Hà	Nữ	Nhân viên QLCL		
4	Nguyễn Hoàng Phúc	Nam	Công nhân		
5	Lê Thị Yến Trinh	Nữ	Công nhân		
6	Nguyễn Thị Bé Tuyên	Nữ	Công nhân		
7	Phạm Thị Mỹ Viên	Nữ	Công nhân		
8	Nguyễn Văn Rel	Nam	Công nhân		

Người chấm thi

Nguyễn Thị Ngọc Thanh



**BUREAU  
VERITAS**

# Certificate of Completion

Serial No. *VN-HCM/PUB/P20253731*

*This certifies that*

**NGUYEN THI NGOC THANH**

*of*

**VIET FOODS IMPORT EXPORT COMPANY LIMITED**

*has successfully completed the*

**HACCP codex 2022 Awareness and Internal Auditor  
Training Course**

**on 01, 02 & 03 Oct 2025**

*Issued on: 24<sup>th</sup> Oct, 2025*

**BUREAU**

**VERITAS**

**DO QUYNH MAI  
TRAINING MANAGER**



QUALITY



HEALTH



SAFETY



ENVIRONMENT



SOCIAL  
ACCOUNTABILITY



SUSTAINABILITY



Họ và tên: Nguyễn Trường Giang  
 Ngày sinh: 01/01/1986  
 Địa chỉ: Long Xuyên - An Giang  
 Nghề nghiệp: Chủ Cơ Sở  
 Nơi phục vụ: Công ty TNHH Xây Dựng Thương Phẩm Việt  
 Khám SK ngày: 15/01/2026  
 Kê đơn: 01/01/2026 đến ngày 15/01/2026



Trưởng phòng khám  
 BS. CKI. Phạm Thị Yến

LẦN I Từ	đến
GD	PK
LẦN II Từ	đến
GD	PK

**PHỤ LỤC SỐ XXIV**  
 (Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)  
 Mẫu số 01

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TRÊN 18 TUỔI  
**CÔNG TY TNHH PHÒNG KHÁM ĐA KHOA MỸ AN**  
**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
 Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 0126.../GKSK-MYAN



**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**

- Họ và tên (viết chữ in hoa): Nguyễn Trường Giang
- Giới tính: Nam  Nữ
- Năm sinh: 1986
- Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD: .....
- Cấp ngày: ..... Tại: .....
- Chỗ ở hiện tại: Long Xuyên - An Giang
- Lý do khám sức khỏe: ATVSTP



**TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE**

**1. Tiền sử gia đình:**

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không  b) Có ; Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh: .....

**2. Tiền sử bản thân:** Ông (bà) đã/dang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không:

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	TT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thính giác	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	17	Rối loạn giấc ngủ, ngưng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Nghiện rượu, bia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi rõ):	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:.....

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):.....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

An Giang, ngày 15... tháng 01 năm 2026.

Người đề nghị khám sức khỏe  
(Ký và ghi rõ họ, tên)

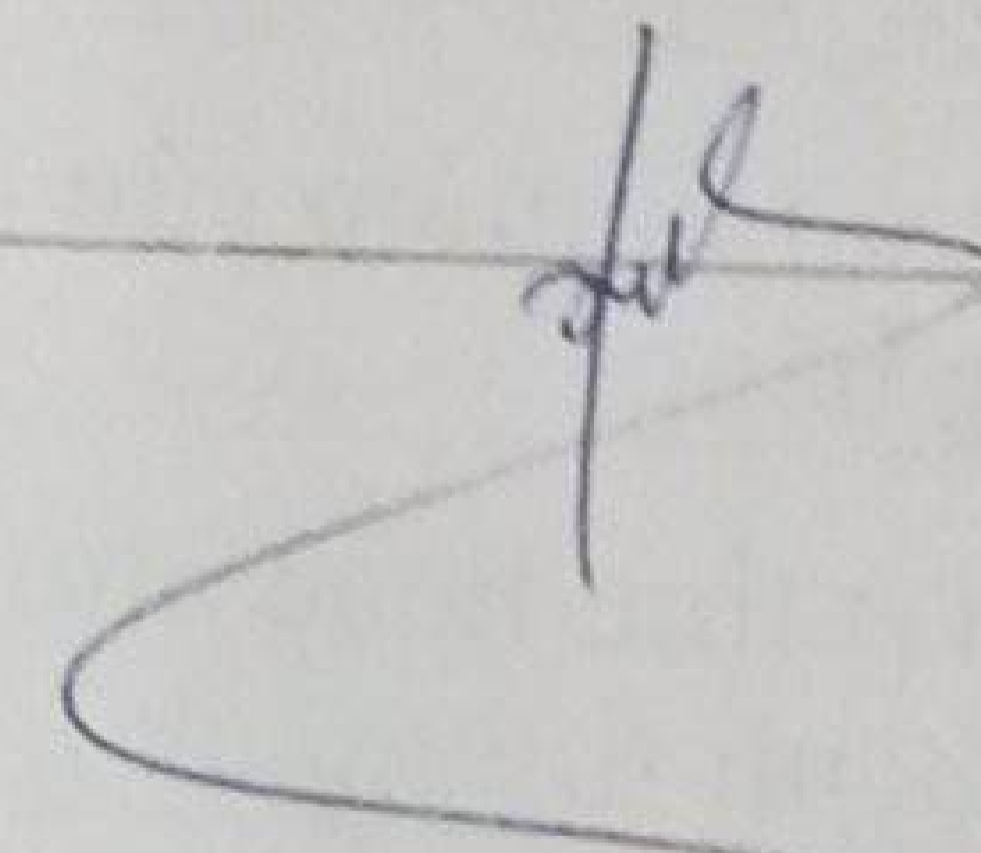
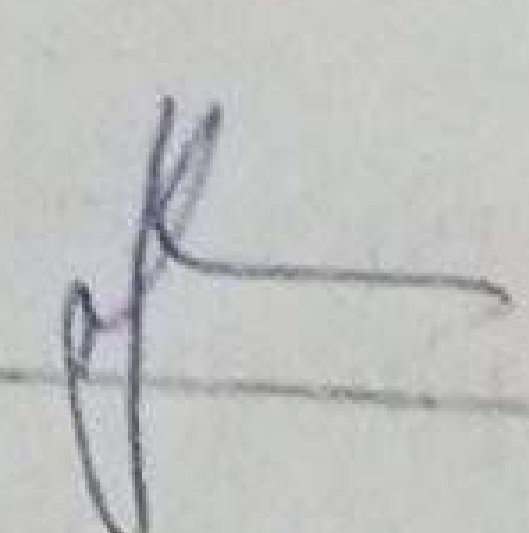
I. KHÁM THỂ LỰC

- Chiều cao: 155 cm; - Cân nặng: 85 kg; - Chỉ số BMI: 35,3

- Mạch: 74 lần/phút; - Huyết áp: 120/70 mmHg

Phân loại thể lực: 1.1

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
1.	<b>Nội khoa</b>	
a)	Tuần hoàn: T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> đều rõ Phân loại: I	 <b>BS. CKI. Phạm Thị Yến</b>
b)	Hô hấp: Chưa phát hiện bệnh lý Phân loại: Chưa phát hiện bệnh lý	
c)	Tiêu hóa: Bụng mềm, gan lách sờ không chạm Phân loại: Chưa phát hiện bệnh lý	
d)	Thận-Tiết niệu: Chạm thận; Âm tính Phân loại: Chưa phát hiện bệnh lý	
d)	Nội tiết: Chưa phát hiện bệnh lý Phân loại: Chưa phát hiện bệnh lý	 <b>BS. CKI. Phạm Thị Yến</b>
e)	Cơ - xương - khớp: Chưa phát hiện bệnh lý Phân loại: Chưa phát hiện bệnh lý	
g)	Thần kinh: Chưa phát hiện bệnh lý Phân loại: Chưa phát hiện bệnh lý	
h)	Tâm thần: Chưa phát hiện bệnh lý Phân loại: Chưa phát hiện bệnh lý	



2. Xét nghiệm nước tiểu:

a) Đường: .....

b) Protein: .....

c) Khác (nếu có): .....

3. Chẩn đoán hình ảnh: .....

SP

**ÂM TÍNH**

CP

Chưa phát hiện bệnh lý

**BS. CKI. Phạm Thị Yến**

IV. KẾT LUẬN

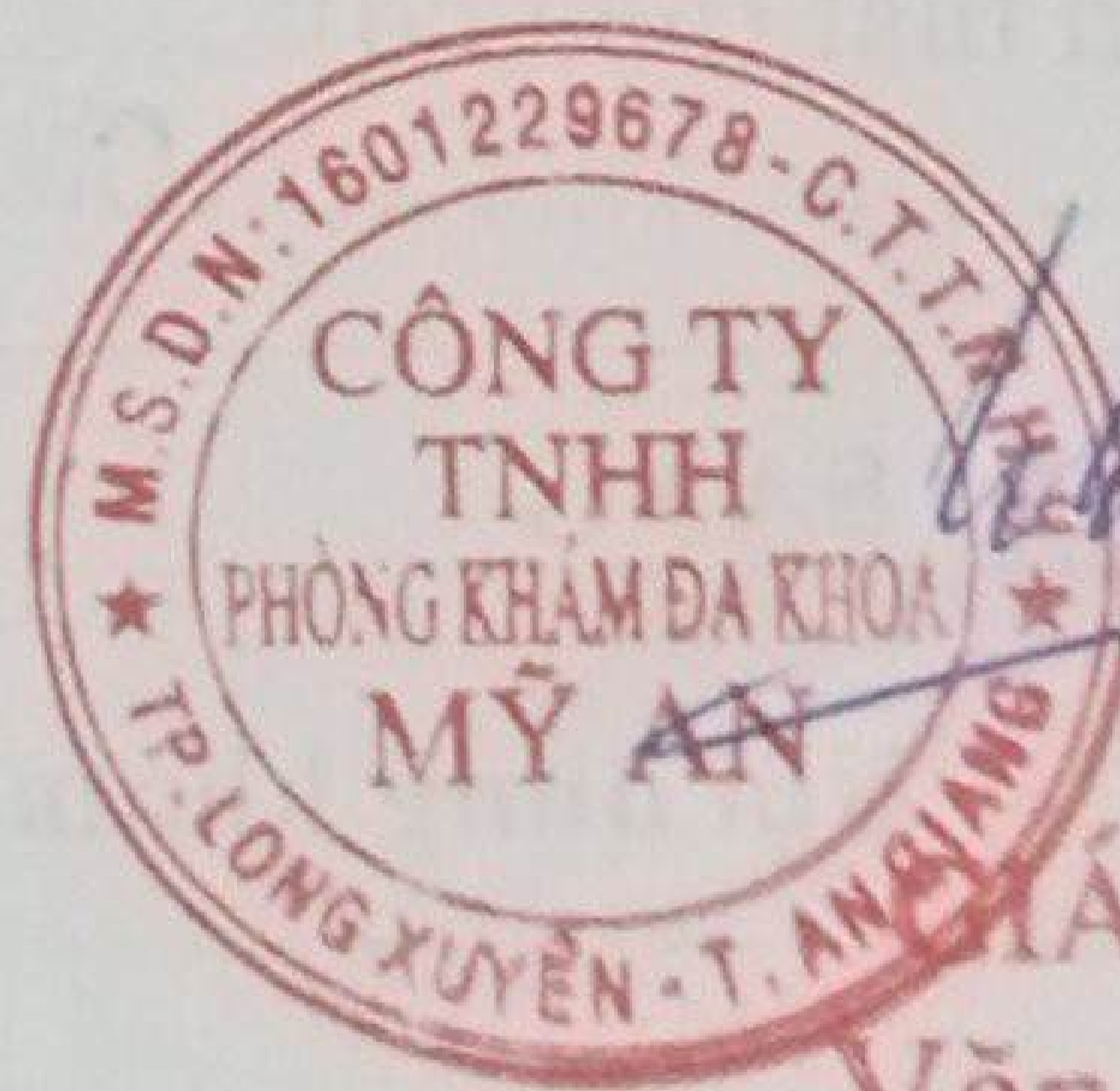
1. Phân loại sức khỏe: ..... III (chưa cao)

2. Các bệnh, tật (nếu có): .....

An Giang, ngày 15. tháng 01. năm 2026.

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)



**CHĂM ĐỐC**  
**Văn Kim An**



CTY TNHH PHÒNG KHÁM ĐK MỸ AN  
16B Tôn Đức Thắng - P.Long Xuyên – Tỉnh An Giang  
Email: myanclinic@yahoo.com, Tel: 02963.911.111

## KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ tên: **NGUYỄN TRƯỜNG GIANG**  
Địa chỉ: **LONG XUYÊN - AN GIANG**  
Chẩn đoán: **Kiểm tra**

Tuổi: **40**

Tên xét nghiệm	Kết quả	Chỉ số BT	Ghi chú
Anti-HAV (Viêm gan A)	Âm tính		
Anti-HEV (Viêm gan E)	Âm tính		
Soi phân tìm KST hay trứng KST	Âm tính		

Long xuyên, ngày 15 tháng 01 năm 2026

PHỤ TRÁCH PHÒNG XÉT NGHIỆM

**PHÒNG KHÁM ĐA KHOA MỸ AN**  
**PHÒNG XÉT NGHIỆM**  
KTVXN. TRẦN TRƯỜNG

TRUNG KHÁM ĐA KHOA MỸ AN

Tron Đức Thắng, Phường Long Xuyên, An Giang

Số:.....

## PHIẾU CHỤP X-QUANG

- Họ tên:..... Nguyễn Thị Mỹ Cường..... Tuổi:..... 1986..... Nam/Nữ
- Địa chỉ:..... Long Xuyên - An Giang.....
- Chẩn đoán:.....

YÊU CẦU CHỤP	KẾT QUẢ CHỤP
CR	Chưa phát hiện bệnh lý

Ngày 15...tháng 01...năm 2026..

**BÁC SĨ ĐỌC KẾT QUẢ**

CÔNG TY TNHH PKĐK MỸ AN  
PHÒNG X-QUANG

**BS. CKI Phạm Thị Yến**

Tai phái: NƠI CHỤP

(Số):

hình lý

## GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



Họ và tên (chữ in hoa): PHẠM THÀNH ĐẠT

Giới: Nam  Nữ  Tuổi: 23

Số CMND hoặc Hộ chiếu: 089202013100 cấp ngày 30/08/2021  
tại CTCCS QLHCVTXH

Chỗ ở hiện tại: 226<sup>A</sup>/4 Phố Quốc, Phường Long Xuyên,  
T. An Giang

Lý do khám sức khỏe: bổ sung hồ sơ xin việc làm

### TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

#### 1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không  ; b) Có  ; Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh truyền nhiễm, bệnh tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không  ; b) Có   
Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

#### 3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

Không

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

Long Xuyên ngày 22 tháng 11 năm 2025

Người đề nghị khám sức khỏe  
(Ký và ghi rõ họ, tên)

Phạm Thành Đạt

# I. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao: 165 cm; Cân nặng: 45 kg; Chỉ số BMI: 17  
 Mạch: 80 lần/phút; Huyết áp: 110/70 mmHg  
 Phân loại thể lực: I

# II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<b>1. Nội khoa</b>	
a) Tuần hoàn: <i>giữ đều</i>	
Phân loại:	
b) Hô hấp: <i>phổi trong</i>	<i>muon</i>
Phân loại:	BS. Huỳnh Thị Hương
c) Tiêu hóa: <i>huyết mẩn</i>	
Phân loại:	
d) Thận-Tiết niệu: <i>chưa phát hiện bất kỳ</i>	
Phân loại:	
đ) Cơ-xương-khớp: <i>không đau</i>	
Phân loại:	
e) Thần kinh: <i>chưa phát hiện bất kỳ</i>	<i>muon</i>
Phân loại:	
g) Tâm thần: <i>chưa phát hiện bất kỳ</i>	
Phân loại:	
<b>2. Ngoại khoa:</b> <i>chưa phát hiện bất kỳ</i>	BS. Huỳnh Thị Hương
Phân loại:	
<b>3. Sản phụ khoa:</b>	
Phân loại:	
<b>4. Mắt:</b>	
- Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải: 7/10, Mắt trái: 7/10 Có kính: -3, Mắt phải: 20/10, Mắt trái: 20/10	<i>U.</i>
- Các bệnh về mắt (nếu có):	
- Phân loại:	BS. Phan Minh Thành
<b>5. Tai-Mũi-Họng</b>	
- Kết quả khám thính lực:	
Tai trái: Nói thường: 5 m; Nói thầm: 0,5 m Tai phải: Nói thường: 5 m; Nói thầm: 0,5 m	<i>U.</i>
- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có): <i>chưa phát hiện bất kỳ</i>	BSCKII Bùi Văn Chánh
- Phân loại:	
<b>6. Răng-Hàm-Mặt</b>	
- Kết quả khám: + Hàm trên: 95% + Hàm dưới: 25% <i>LSN</i>	<i>U.</i>
- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có):	BS. Bùi Thị Thu Hồng
- Phân loại:	
<b>7. Da liễu:</b> <i>chưa phát hiện bất kỳ</i>	<i>muon</i>
Phân loại:	BS. Huỳnh Thị Hương





## GIẤY CHỨNG NHẬN SỨC KHỎE

Họ và tên: NGUYỄN VĂN SANG

Ngày tháng năm sinh: 1989

Cơ quan công tác:

Quê quán: Cù Lao Giêng-An Giang

Nơi đăng ký hộ khẩu thường trú: Cù Lao Giêng-An Giang

### I. TIỂU SỬ BẢN THÂN:

### II. KHÁM:

#### 1. Thể lực:

- Chiều cao: \_\_\_\_\_ cm Cân nặng: \_\_\_\_\_ Kg

- Vòng ngực Trung Bình: 165 cm 70

- Lực bóp tay: Thuận: \_\_\_\_\_

Không thuận: \_\_\_\_\_

- Lực kéo thân: \_\_\_\_\_

#### 2. Mắt:

- Thị lực: Mắt phải không kính: \_\_\_\_\_ có kính: \_\_\_\_\_

Mắt trái không kính: 10 / 10 có kính: \_\_\_\_\_

Kính loại: Viễn: \_\_\_\_\_ (Diop) Cận: 10 / 10 (Diop)

- Sẹo giác mạc: \_\_\_\_\_

- Bệnh ở mắt: \_\_\_\_\_

3. Tai - Mũi - Họng: Không

- Tai trái nghe nói bình thường: 5 m - Nghe nói thầm thì cách: 0.5 m

- Tai phải nghe nói bình thường: 5 m - Nghe nói thầm thì cách: 0.5 m

- Bệnh tai: Không

- Bệnh mũi: Không

- Bệnh họng: Không

#### 4. Răng hàm mặt:

- Hàm trên: Bình thường

- Hàm dưới: Bình thường

**5. Tâm thần kinh:**

- Động kinh: *Không* - Tê liệt *Không*

- Phản xạ: Tay: *Bình thường*  
 Chân: *Bình thường*  
*Không*

- Các bệnh về thần kinh: *Không*

- Các bệnh về tâm thần: *Không*

**6. Tuần hoàn:**

70 Do lần 1 Do lần 1

- Mạch 70 lần/phút Do lần 2 Do lần 2

- Huyết áp tối đa: 120 mmHg Do lần 3 80 mmHg Do lần 3

- Huyết áp tối thiểu: *Không*

- Bệnh tim: *Không*

- Bệnh mạch máu: *Không*

**7. Vận động:**

*Bình thường*

- Khớp: *Bình thường*

- Xương cơ: *Không*

**8. Các bệnh khác:**

*Không*

- Hô hấp: *Không*

- Tiêu hóa: *Không*

- Tiết niệu - Sinh dục: *Không*

- Bệnh ngoài da - Hoa liễu: *Không*

Các bộ phận khác:

**9. Các xét nghiệm cận lâm sàng:**

*Hiện sức khỏe bình thường*

**III. KẾT LUẬN:**

An Giang, Ngày 12 Tháng 1 Năm 2026

Số: 00316  
 TRƯỞNG PHÒNG KHÁM





## GIẤY CHỨNG NHẬN SỨC KHỎE

Họ và tên: NGUYỄN THỊ THU HÀ

Ngày tháng năm sinh: 1992

Cơ quan công tác: \_\_\_\_\_

Quê quán: Long Xuyên - An Giang

Nơi đăng ký hộ khẩu thường trú: Long Xuyên - An Giang

### I. TIỂU SỬ BẢN THÂN:

### II. KHÁM:

#### 1. Thể lực:

- Chiều cao: 158 cm Cân nặng: 60 Kg

- Vòng ngực Trung Bình:          cm

- Lực bóp tay: Thuận: \_\_\_\_\_

Không thuận: \_\_\_\_\_

- Lực kéo thân: \_\_\_\_\_

#### 2. Mắt:

- Thị lực: Mắt phải không kính: 7 / 10 có kính: \_\_\_\_\_

Mắt trái không kính: 7 / 10 có kính: \_\_\_\_\_

Kính loại: Viễn: (Diop) Cận: 3 (Diop)

- Sẹo giác mạc: \_\_\_\_\_

- Bệnh ở mắt: Không

#### 3. Tai - Mũi - Họng:

- Tai trái nghe nói bình thường: 5 m - Nghe nói thẳm thì cách: 0.5 m

- Tai phải nghe nói bình thường: 5 m - Nghe nói thẳm thì cách: 0.5 m

- Bệnh tai: Không

- Bệnh mũi: Không

- Bệnh họng: Không

#### 4. Răng hàm mặt:

- Hàm trên: Bình thường

- Hàm dưới: Bình thường

**5. Tâm thần kinh:**

- Động kinh: *Không* - Tê liệt *Không*  
- Phản xạ: Tay: *Bình thường*  
Chân: *Bình thường*  
- Các bệnh về thần kinh: *Không*  
- Các bệnh về tâm thần: *Không*

**6. Tuần hoàn:** *80* Đo lần 1 *Do lần 1*  
- Mạch *120* lần/phút *Do lần 2* *80* *Do lần 2*  
- Huyết áp tối đa: mmHg *Do lần 3* tối thiểu mmHg *Do lần 3*  
- Bệnh tim: *Không*  
- Bệnh mạch máu: *Không*

**7. Vận động:** *Bình thường*  
- Khớp: *Bình thường*  
- Xương cơ:

**8. Các bệnh khác:** *Không*  
- Hô hấp: *Không*  
- Tiêu hóa: *Không*  
- Tiết niệu - Sinh dục: *Không*  
- Bệnh ngoài da - Hoa liễu: *Không*

Các bộ phận khác:

**9. Các xét nghiệm cận lâm sàng:**

*Hiện sức khỏe bình thường*

**III. KẾT LUẬN:**

*An Giang, Ngày 12 Tháng 1 Năm 2026*

Số: 00345  
TRƯỜNG PHÒNG KHÁM



Bác Sĩ Nguyễn Thị Bé Chín

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN  
(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

SỞ Y TẾ TỈNH ĐỒNG THÁP  
TTYTKV CAI LẬY

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 3436.../GKSK-TTYTKVCL

### GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



1. Họ và tên (viết chữ in hoa): Nguyễn Hoàng Phúc

2. Giới tính: Nam  Nữ

3. Sinh ngày 02 tháng 05 năm 1997 (Tuổi: .....)

4. Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD: 082097009176

Cấp ngày 20/08/2021 Tại: Cục Quản lý an ninh trật tự TT XH

6. Chỗ ở hiện tại: T. 9, Khu Phố Mỹ Phú, Phường Cai Lậy,  
Tỉnh Đồng Tháp

**\*Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân

7. Lý do khám sức khỏe: Định kỳ

### TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

**1. Tiền sử gia đình:**

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không  b) Có

Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

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

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không:

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	TT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Nghiện rượu, bia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi rõ) .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

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

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ): .....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

..... ngày ..... tháng..... năm 202...

**Người đề nghị khám sức khỏe**  
(Ký và ghi rõ họ, tên)

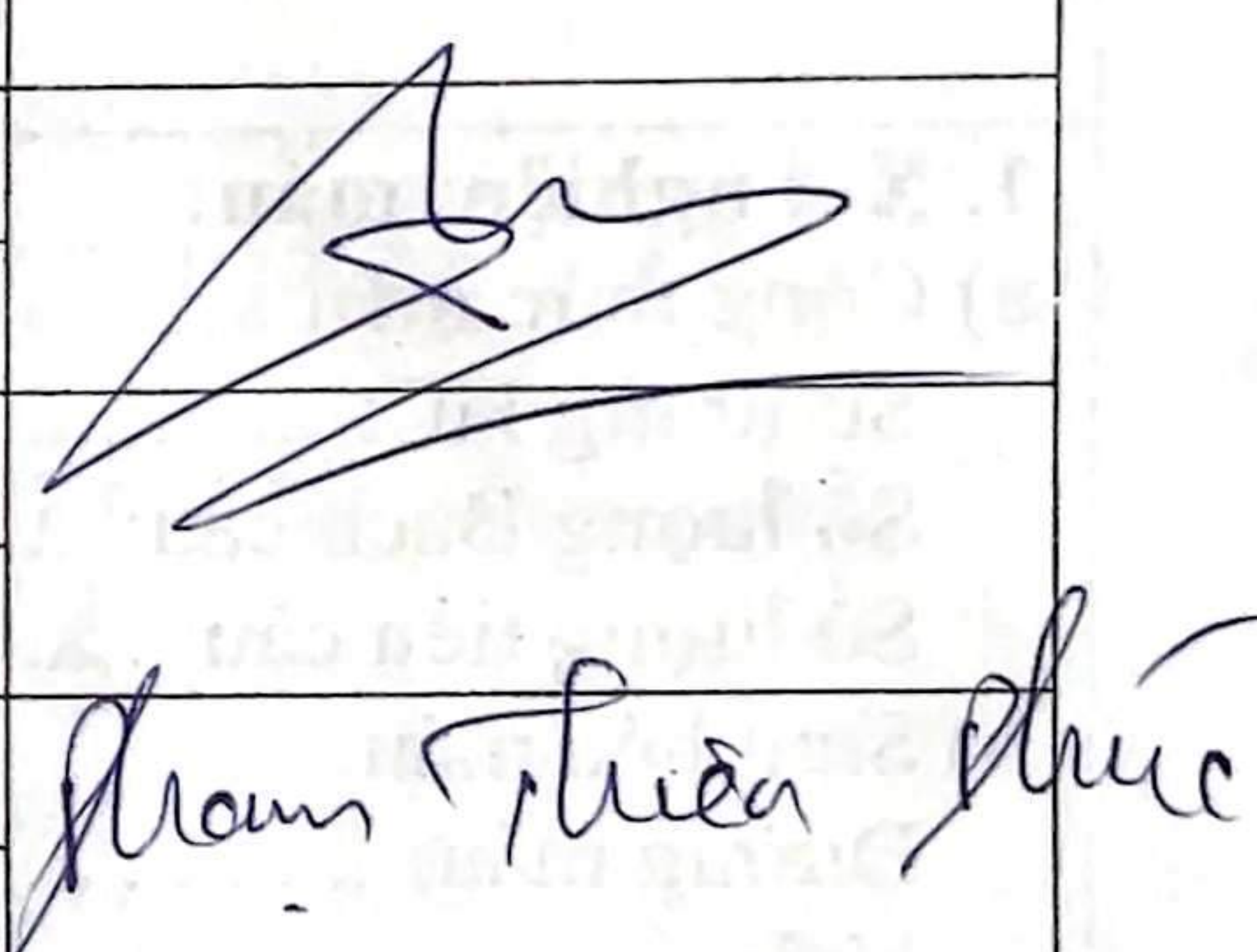
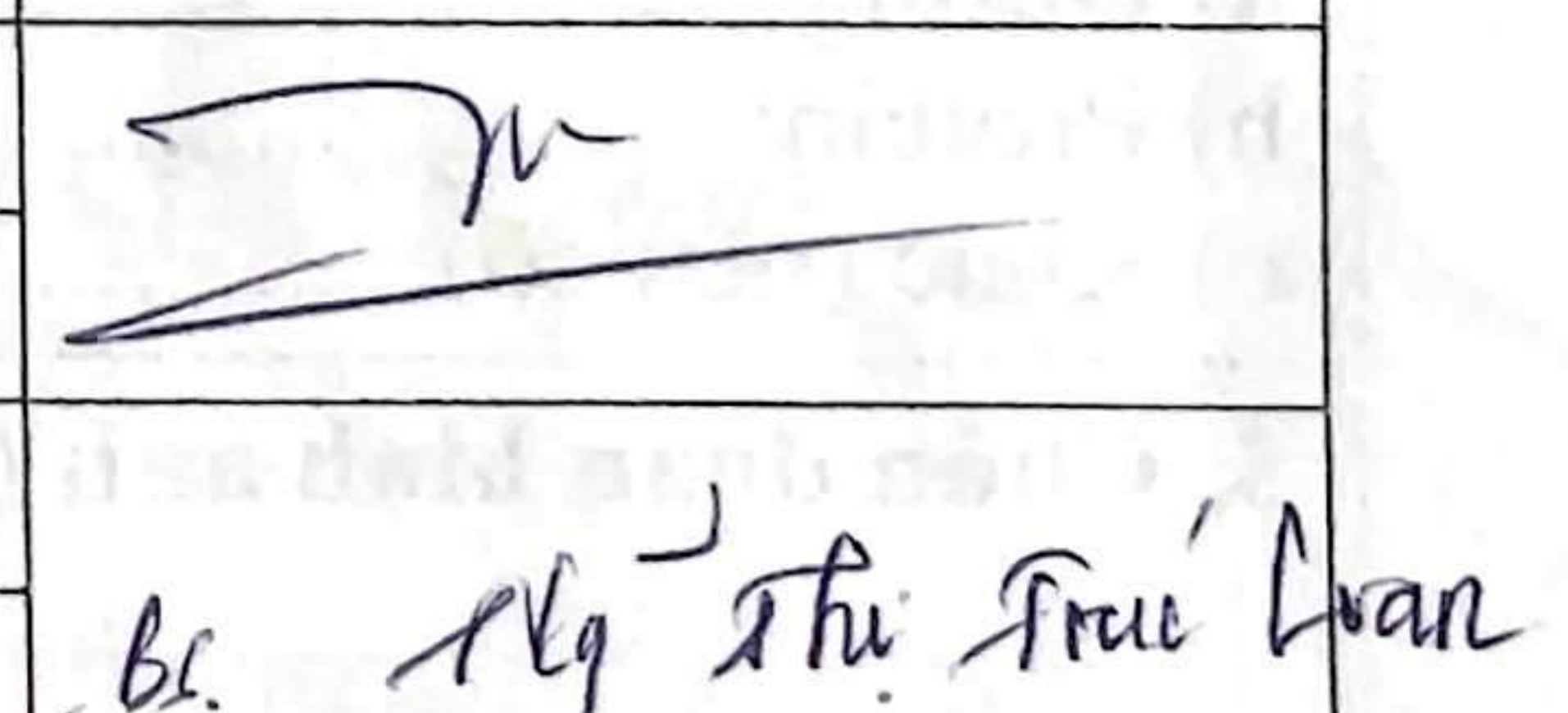
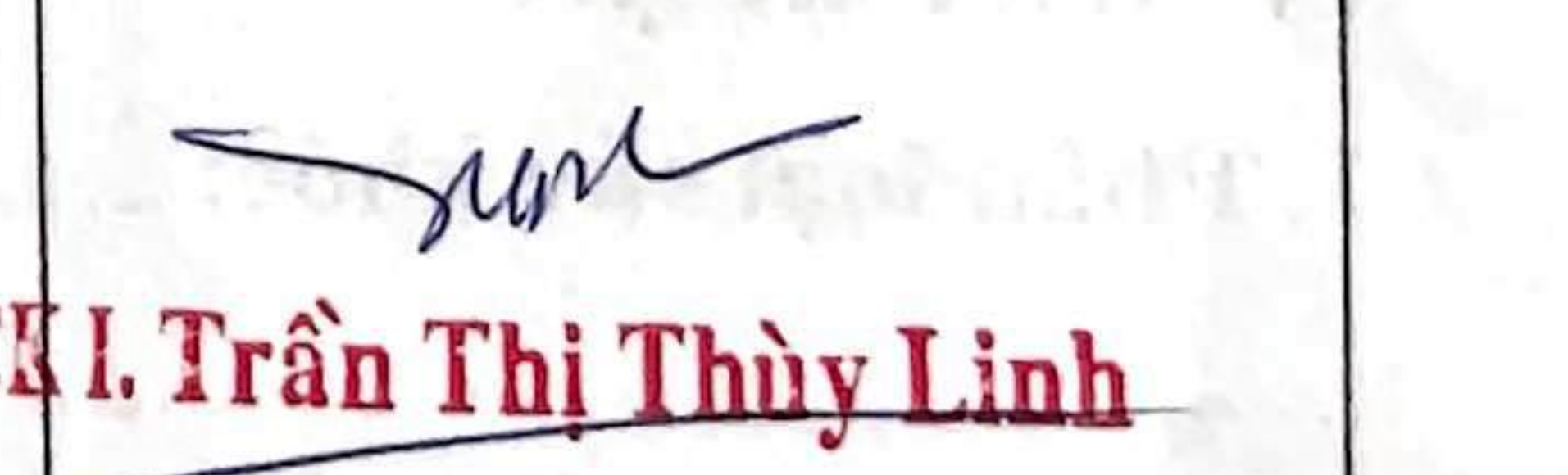
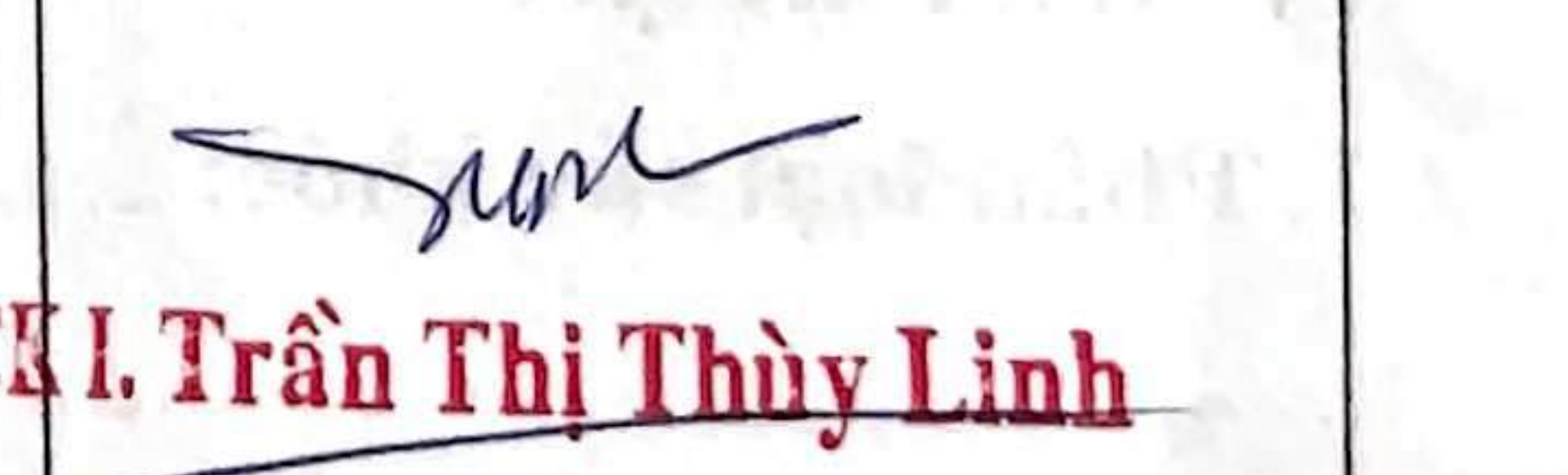
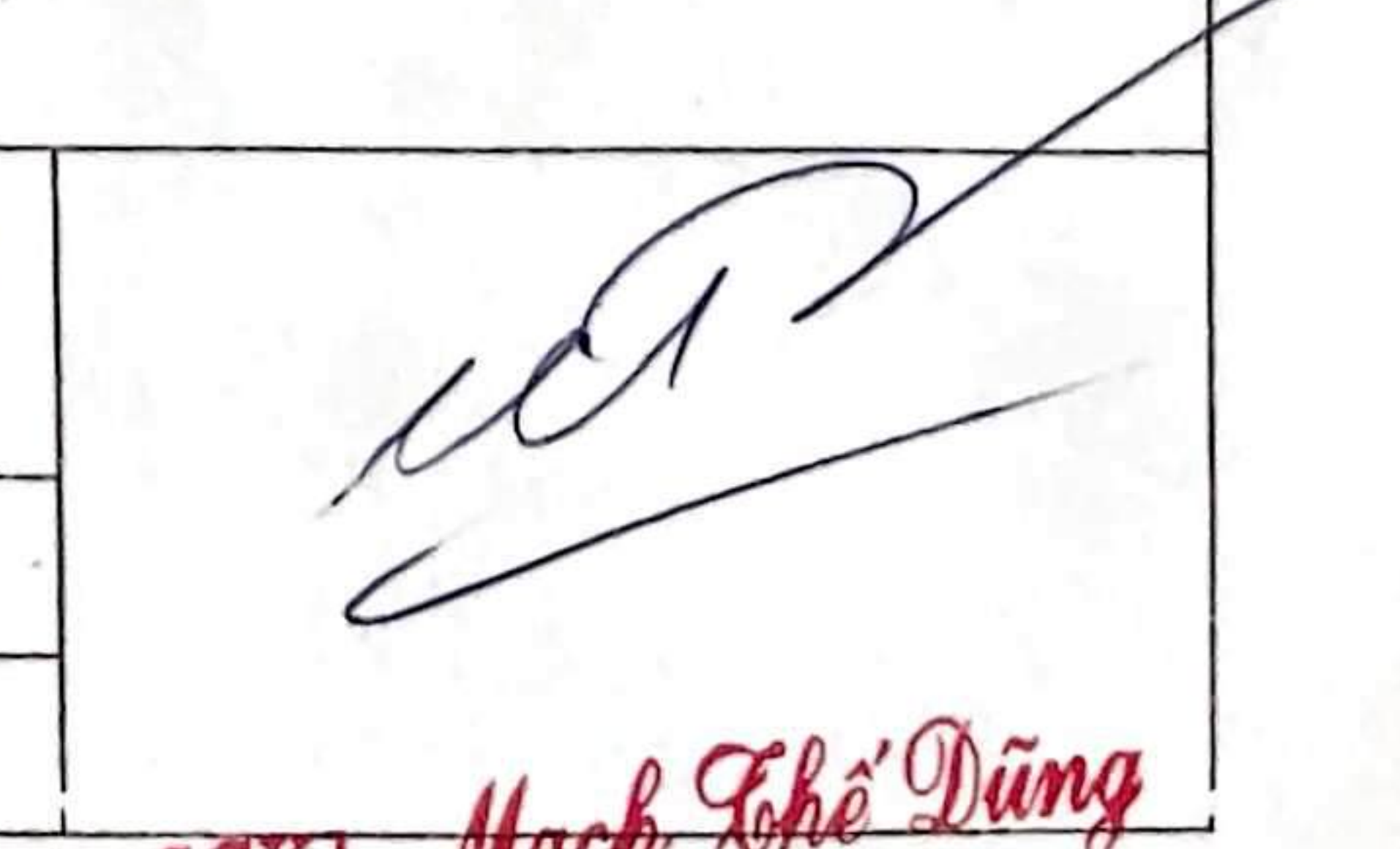
Phúc  
Nguyễn Hoàng Phúc


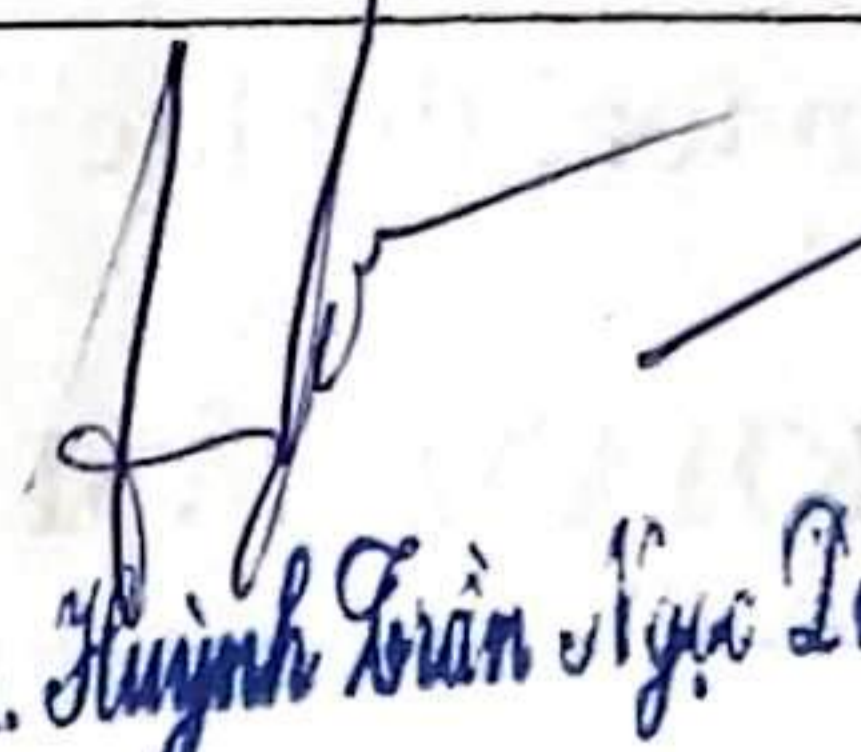
# I. KHÁM THỂ LỰC

- Chiều cao: 180 cm; - Cân nặng: 90 kg;  
 - Chỉ số BMI: 27,78  
 - Mạch: 76 lần/phút;  
 - Huyết áp: 120/60 mmHg  
 Phân loại thể lực: II CN

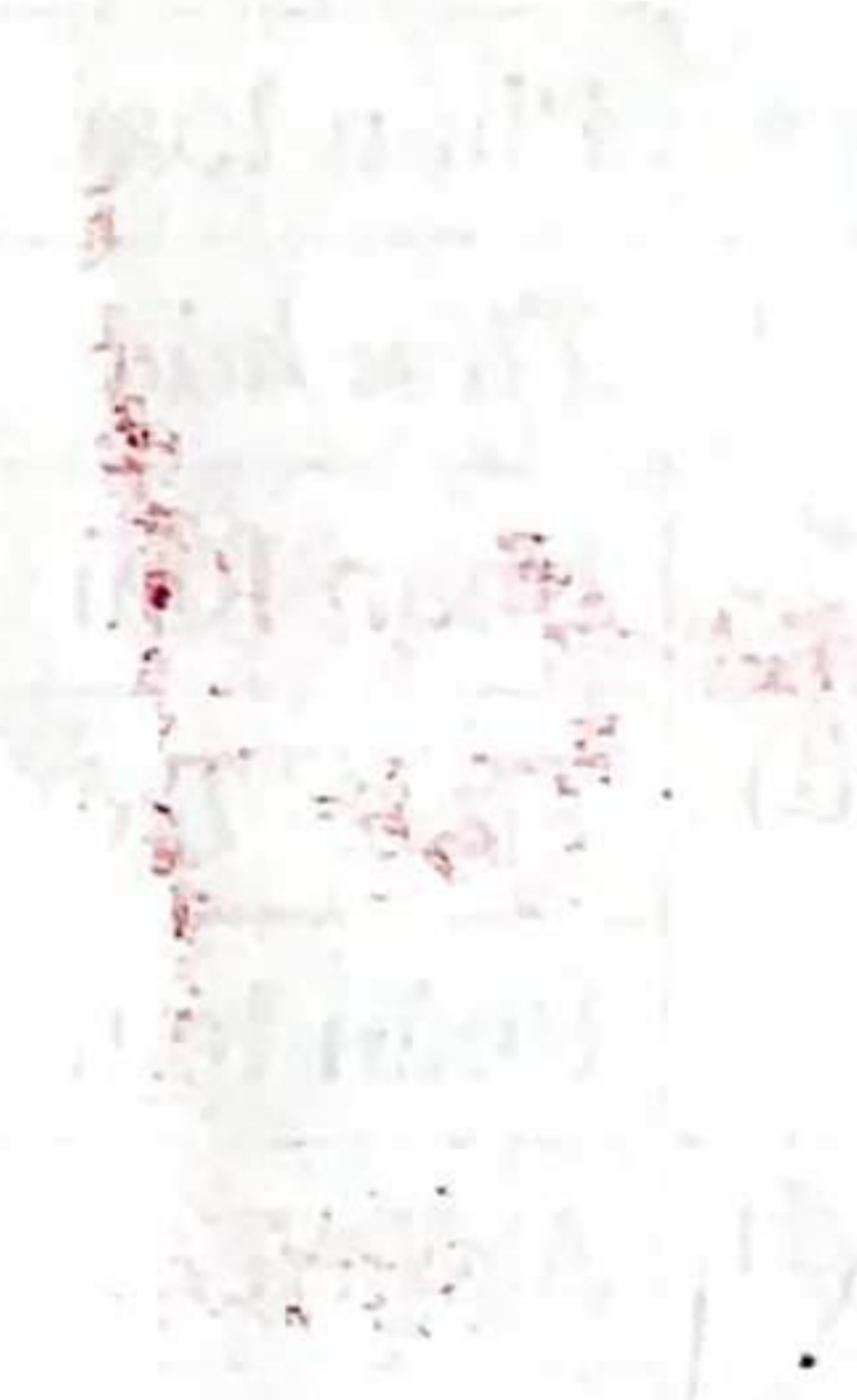
BSCK1. Mach Thế Dũng

# II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
<b>1. Nội khoa</b>		
a) Tuần hoàn		 Dr. Trần Thiên Thúc
Phân loại	1	
b) Hô hấp		
Phân loại	1	
c) Tiêu hóa		
Phân loại	1	
d) Thận-Tiết niệu		
Phân loại	1	
đ) Nội tiết		
Phân loại	1	
e) Cơ - xương - khớp		 Dr. Lý Thị Trúc Loan
Phân loại	1	
g) Thần kinh		
Phân loại	1	
h) Tâm thần		 BSCK1. Trần Thị Thùy Linh
Phân loại	1	
<b>2. Ngoại khoa, Da liễu:</b>		
- Ngoại khoa: .....		 BSCK1. Trần Thị Thùy Linh
Phân loại: 1 .....		
- Da liễu: .....	Bình thường	
Phân loại: 1 .....		
<b>3. Sản phụ khoa:</b> .....		
Phân loại: .....		
<b>4. Mắt:</b>		 BSCK1. Mach Thế Dũng
Kết quả khám thị lực:	Không kính: Mắt phải... Mắt trái... Có kính: Mắt phải... Mắt trái...	
Các bệnh về mắt (nếu có): .....		
Phân loại: .....		

<b>5. Tai - Mũi - Họng</b>		 <b>BS. Nguyễn Quốc Tiến</b>
Kết quả khám thính lực: Tai trái: Nói thường..... $\bar{r}$ ... m; Nói thầm..... $0, \bar{r}$ ... m Tai phải: Nói thường..... $\bar{r}$ ... m; Nói thầm..... $0, \bar{r}$ ... m		
Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):		
Phân loại: ..... $\bar{A}$ .....		
<b>6. Răng - Hàm - Mặt</b>		
Kết quả khám:	Hàm trên: ..... Hàm dưới: ..... $SN: 1002$	 <b>BSKL. Huỳnh Trần Ngọc Dung</b>
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có): $0x$		
Phân loại: ..... $\bar{I}$ .....		

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<b>1. Xét nghiệm máu:</b> a) Công thức máu: Số lượng HC: ..... Số lượng Bạch cầu: ..... Số lượng tiểu cầu: ..... b) Sinh hóa máu: Đường máu: ..... Urê: ..... Creatinin: ..... ASAT(GOT): ..... ALAT (GPT): .....	
<b>2. Xét nghiệm nước tiểu:</b> a) Đường: ..... b) Protein: ..... c) Khác (nếu có): .....	
<b>3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):</b> ..... .....	

### IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe: ..... *Loại 2 do thừa cân* .....  
 .....  
 2. Các bệnh, tật (nếu có): .....  
 .....

....., ngày 17 tháng 11 năm 2025

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký ghi rõ họ tên và đóng dấu)



**BSKL. Mạch Thế Dũng**

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN  
(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

SỞ Y TẾ TỈNH ĐỒNG THÁP  
TTYTKV CAI LẬY

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 3442 /GKSK-TTYTKVCL

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



1. Họ và tên (viết chữ in hoa): LÊ THỊ YẾN TRINH

2. Giới tính: Nam  Nữ

3. Sinh ngày 15 tháng 01 năm 1996 (Tuổi: 29)

4. Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD: 082196007572

5. Đáp ngày 10/05/2021 Tại Cục trưởng cục sáoh sát quốc k. hánh chính và trật tự xã hội

6. Chỗ ở hiện tại: ấp Tân Phong xã Tân Phú tỉnh Đồng Tháp

\*Lưu ý: Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân

7. Lý do khám sức khỏe: đi làm

TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không  b) Có

Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

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

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không:

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	TT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thính bằng	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt slent mạch, ghép tim)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Nghiện rượu, bia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi rõ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

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

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ): .....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

Xã Tân Phú..... ngày 17..... tháng 11..... năm 2025

Người đề nghị khám sức khỏe  
(Ký và ghi rõ họ, tên)

yt  
Lê Thị Yến Trinh

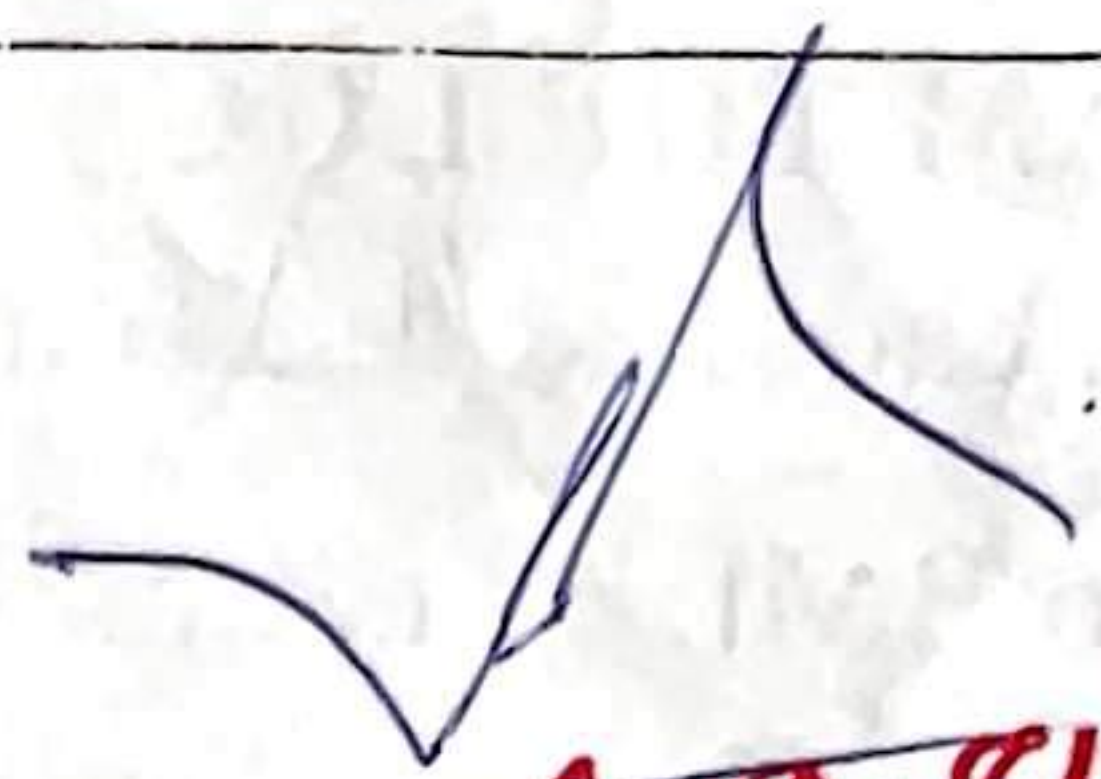
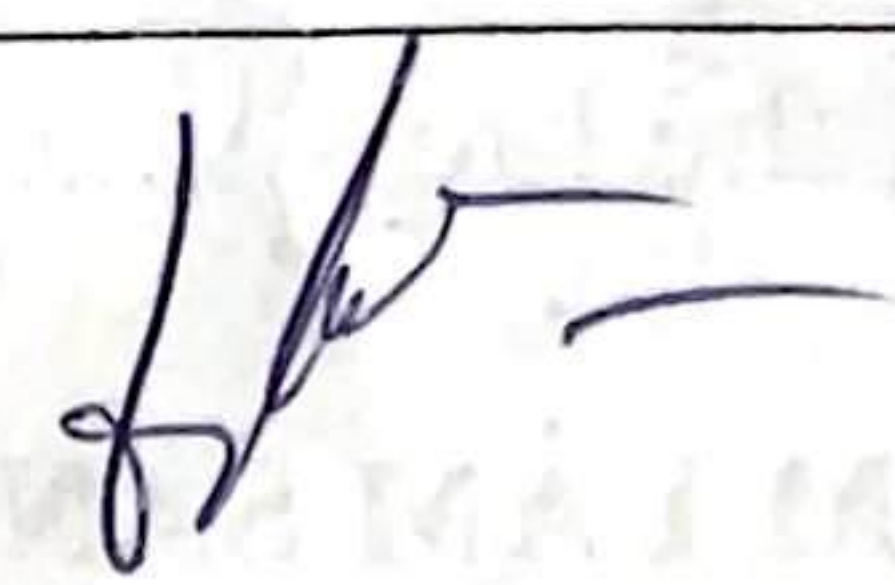
# I. KHÁM THỂ LỰC

- Chiều cao: .....149.....cm; - Cân nặng: .....50..... kg;  
 - Chỉ số BMI: .....22,52.....  
 - Mạch: .....80.....lần/phút;  
 - Huyết áp: .....120 / 70..... mmHg

Phân loại thể lực: I *Le Thi Phuc, HANG*

# II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
1.	<b>Nội khoa</b>	
a)	Tuần hoàn	<i>[Signature]</i>
	Phân loại	
b)	Hô hấp	<b>BSCK1. Mach Thố Nium</b>
	Phân loại	
c)	Tiêu hóa	<i>[Signature]</i>
	Phân loại	
d)	Thận-Tiết niệu	<b>BS. Nguyễn Quốc Tiến</b>
	Phân loại	
đ)	Nội tiết	<i>[Signature]</i>
	Phân loại	
e)	Cơ - xương - khớp	<i>[Signature]</i>
	Phân loại	
g)	Thần kinh	<b>BS. Nguyễn Thị Trúc Loan</b>
	Phân loại	
h)	Tâm thần	<i>[Signature]</i>
	Phân loại	
2.	<b>Ngoại khoa, Da liễu:</b>	
	- Ngoại khoa:.....	<b>BSCK1. Trần Thị Thùy Linh</b>
	Phân loại:..... <b>Bình thường</b> .....	
	- Da liễu:.....	
	Phân loại:.....	
3.	<b>Sản phụ khoa:</b> ..... <b>Bình thường</b> .....	<i>[Signature]</i>
	Phân loại: ..... <b>I</b> .....	
4.	<b>Mắt:</b>	<b>NHS. Phan Chi Kim Chanh</b>
Kết quả khám thị lực:	Không kính: Mắt phải. 10/10. Mắt trái. 10/10 Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....	<i>[Signature]</i>
Các bệnh về mắt (nếu có):.....		
Phân loại: ..... <b>I</b> .....		

<b>5. Tai - Mũi - Họng</b>		 <b>BSKL. Au Bá Thành</b>
Kết quả khám thính lực: Tai trái: Nói thường..... 5..... m; Nói thầm..... 0,5..... m Tai phải: Nói thường..... 5..... m; Nói thầm..... 0,5..... m		
Các bệnh về tai mũi họng (nếu có): <u>Không</u>		
Phân loại: <u>I</u>		
<b>6. Răng - Hàm - Mặt</b>		
Kết quả khám:	Hàm trên: ..... Hàm dưới: ..... <u>SM: 92%</u>	 <b>BSKL. Huỳnh Trần Ngọc Dung</b>
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có): <u>Không</u>		
Phân loại: <u>II</u>		

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<b>1. Xét nghiệm máu:</b> a) Công thức máu: Số lượng HC: ..... Số lượng Bạch cầu: ..... Số lượng tiểu cầu: ..... b) Sinh hóa máu: Đường máu: ..... Urê: ..... Creatinin: ..... ASAT(GOT): ..... ALAT (GPT): .....	
<b>2. Xét nghiệm nước tiểu:</b> a) Đường: ..... b) Protein: ..... c) Khác (nếu có): .....	
<b>3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):</b> ..... .....	

### IV. KẾT LUẬN


1. Phân loại sức khỏe: Loại 2 do Răng

2. Các bệnh, tật (nếu có): .....

....., ngày 17 tháng 11 năm 2025

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký, ghi họ tên và đóng dấu)

  
**BSKL. Mạch Thế Dũng**

Số: 6904 /GKSK-TTYTKVGT

## GIẤY KHÁM SỨC KHOẺ

(Giấy khám sức khỏe dùng cho người đủ 18 tuổi trở lên)

1. Họ và tên (chữ in hoa): NGUYỄN THỊ BÉ TUYẾN

2. Giới tính: Nam  Nữ

3. Sinh Ngày 20 tháng 12 năm 1995 (Tuổi: 30)

4. Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD : 083.19501172

5. Cấp ngày 05/08/2022 Tại Cục cảnh sát

6. Chỗ ở hiện tại: Số 8A Ấp Linh Ngoại Xã Giồng Trôm Tỉnh Vĩnh Long

\* **Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc cơ sở định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân

7. Lý do khám sức khỏe: bổ sung hồ sơ

### TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHOẺ

#### 1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không  b) Có  ; Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh: .....

#### 2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không:

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Bệnh tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hoá	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

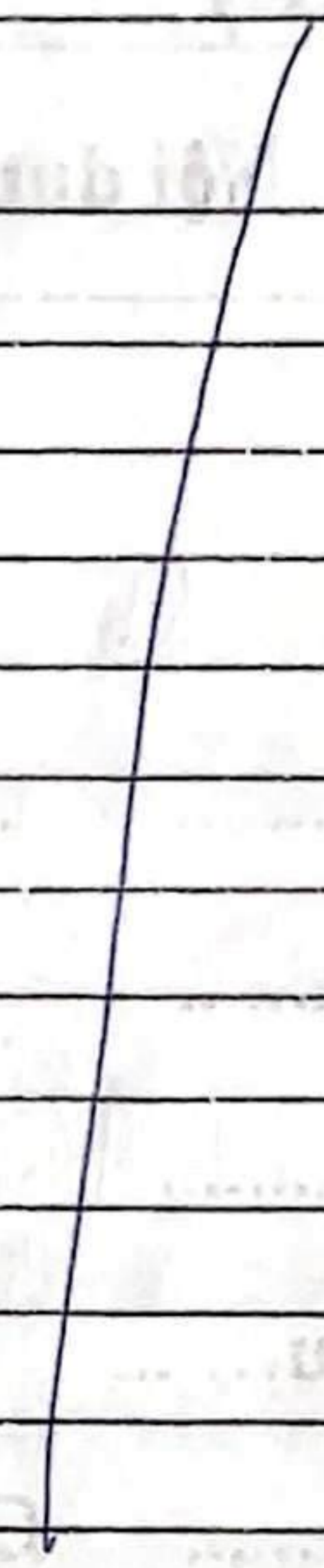
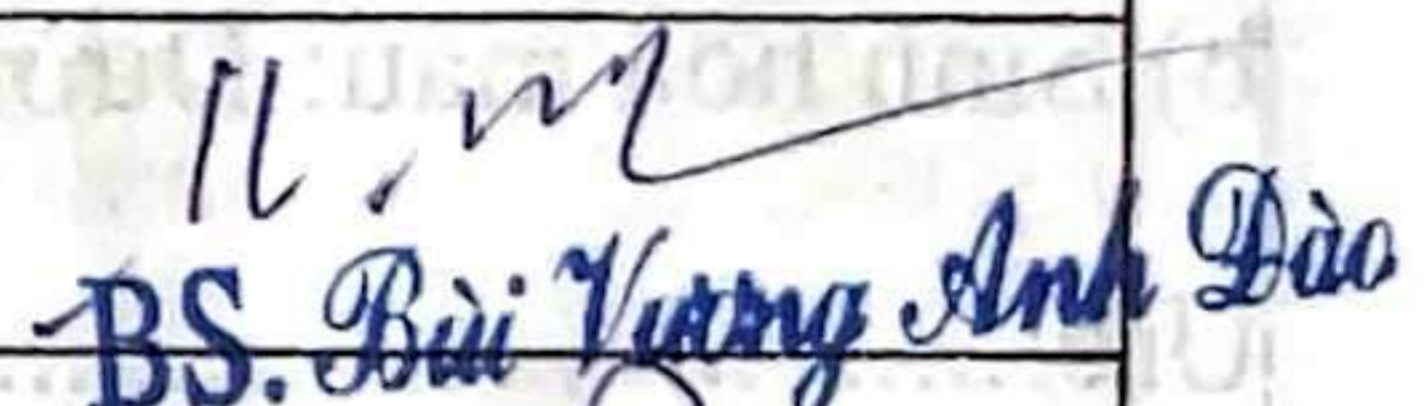

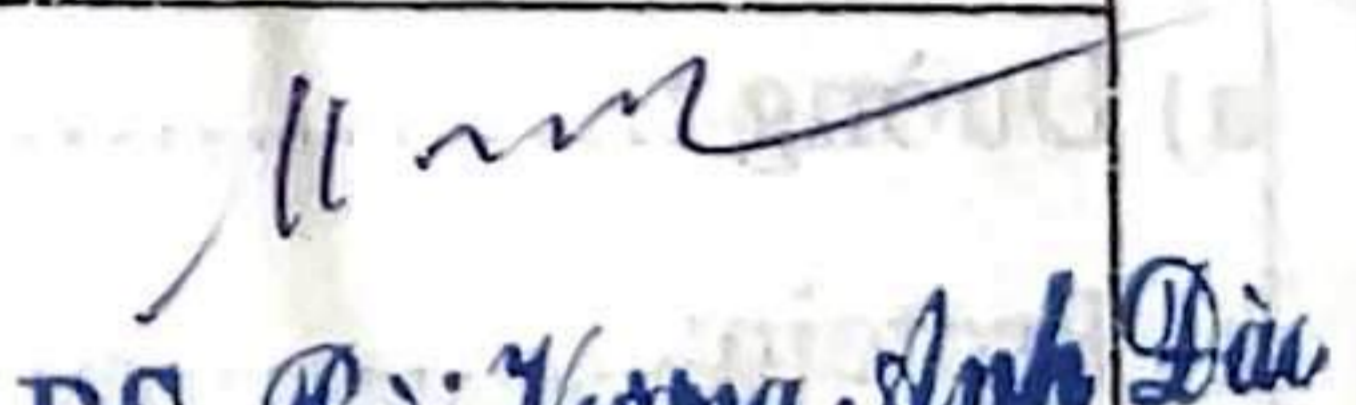

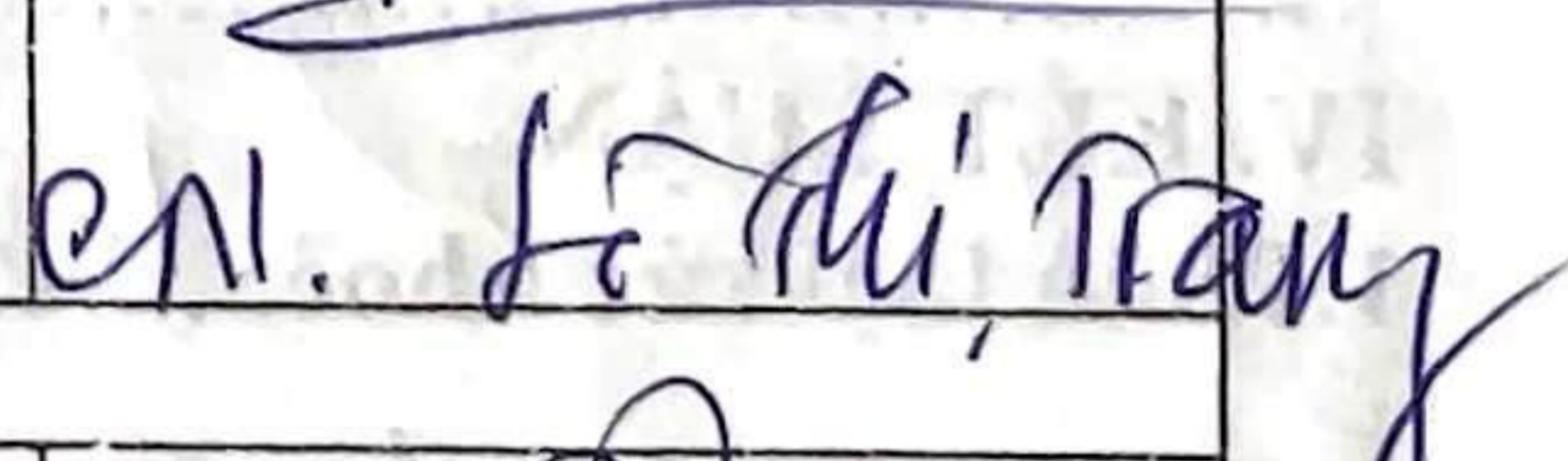




**I. KHÁM THỂ LỰC**

- Chiều cao: 160 cm; - Cân nặng: 60 kg; - Chỉ số BMI: .....  
 - Mạch: 70 lần/phút; - Huyết áp: 100/70 mmHg  
 Phân loại thể lực: I

**II. KHÁM LÂM SÀNG**

Dr. Nguyễn Thị Ngọc Diệp

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
<b>1. Nội khoa</b>		
a) <b>Tuần hoàn</b>		
Phân loại	<u>BT</u>	
b) <b>Hô hấp</b>		
Phân loại	<u>BT</u>	
c) <b>Tiêu hoá</b>		
Phân loại	<u>BT</u>	
d) <b>Thận-Tiết niệu</b>		
Phân loại	<u>BT</u>	
d) <b>Nội tiết</b>		
Phân loại	<u>BT</u>	
e) <b>Cơ - xương - khớp</b>		
Phân loại	<u>BT</u>	
g) <b>Thần kinh</b>		
Phân loại	<u>BT</u>	
h) <b>Tâm thần</b>		
Phân loại	<u>BT</u>	
<b>2. Ngoại khoa, Da liễu:</b>		
- Ngoại khoa: Phân loại:	<u>BT</u>	
- Da liễu: Phân loại:	<u>BT</u>	
<b>3. Sản phụ khoa:</b>	<u>Vết mổ lấy thai</u>	
Phân loại:	<u>III</u>	
<b>4. Mắt:</b>		
Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải <u>10/10</u> Mắt trái <u>10/10</u> Có kính: Mắt phải ..... Mắt trái .....		
Các bệnh về mắt (nếu có):	<u>BT</u>	
Phân loại:	<u>I</u>	
<b>5. Tai - Mũi - Họng</b>		
Kết quả khám thính lực:		
Tai trái: Nói thường.....m; Nói thầm:..... <u>0,5</u> m Tai phải: Nói thường.....m; Nói thầm:..... <u>0,5</u> m;		
Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):	<u>BT</u>	
Phân loại:	<u>I</u>	

<b>6. Răng - Hàm - Mặt</b>	
Kết quả khám:	Hàm trên:..... Hàm dưới:.....
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):	
Phân loại	

906

BS. CKI. Phạm Anh Tuấn

**III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG**

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<b>1. Xét nghiệm máu:</b>	
a) Công thức máu:	
Số lượng HC: .....	
Số lượng Bạch cầu: .....	
Số lượng tiểu cầu: .....	
b) Sinh hoá máu: Đường máu.....	
Urê:..... Creatinin:.....	
ASAT(GOT):..... ALAT (GPT):.....	
<b>2. Xét nghiệm nước tiểu</b>	
a) Đường :.....	
b) Protein:.....	
c) Khác (nếu có): .....	
<b>3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):</b>	
.....	

**IV. KẾT LUẬN**

1. Phân loại sức khoẻ: *Loại II có mỡ bất ổn*

2. Các bệnh, tật (nếu có): *Đục sừng u xơ ở mắt*

Giồng Trôm, ngày 7 tháng 11 năm 2017

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)



**HỮU GIẢM ĐỒ**

*Lê Thành Chuẩn*

BS. Đinh Thị Kiều Mai



2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không:

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	TT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thính giác	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Nghiện rượu, bia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi rõ) .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

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

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ): .....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

..... ngày 17 tháng 11 năm 2025

Người đề nghị khám sức khỏe  
(Ký và ghi rõ họ, tên)

Viên  
Phạm Thị Mỹ Viên


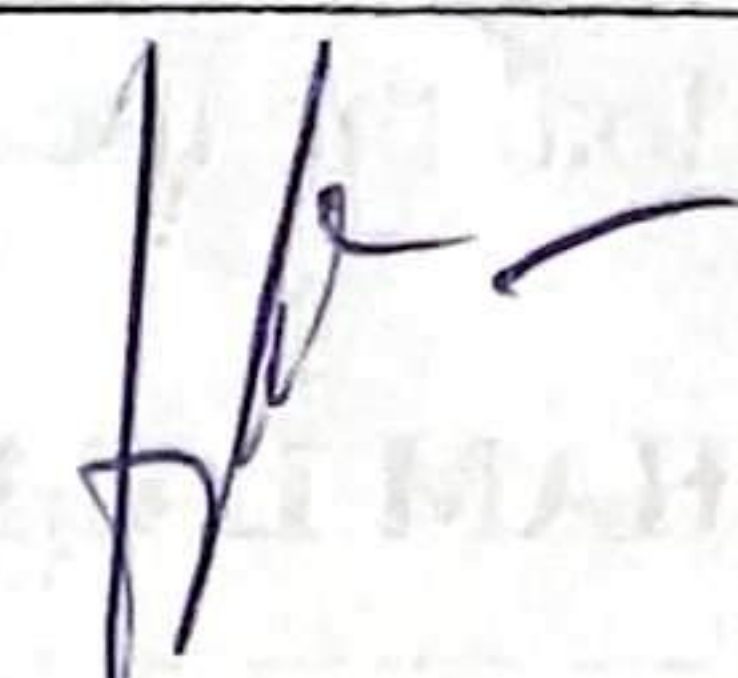
# I. KHÁM THỂ LỰC

- Chiều cao: ..... 1.53 ..... cm; - Cân nặng: ..... 57 ..... kg;  
 - Chỉ số BMI: ..... 24.135 .....  
 - Mạch: ..... 80 ..... lần/phút;  
 - Huyết áp: ..... 120 ..... / ..... 70 ..... mmHg

Phân loại thể lực: 1 *Le Thi Duc Hang*

# II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
<b>1. Nội khoa</b>		
a) Tuần hoàn		<i>[Signature]</i> <b>BSCK1. Mark. Thọ Dũng</b>
Phân loại	1	
b) Hô hấp		
Phân loại	1	
c) Tiêu hóa		
Phân loại	1	
d) Thận-Tiết niệu		
Phân loại	1	
đ) Nội tiết		<b>Bs. Nguyễn Thị Trúc Loan</b>
Phân loại	1	
e) Cơ - xương - khớp		<i>[Signature]</i>
Phân loại	1	
g) Thần kinh		<i>[Signature]</i>
Phân loại	1	
h) Tâm thần		<b>Bs. Nguyễn Thị Trúc Loan</b>
Phân loại	1	
<b>2. Ngoại khoa, Da liễu:</b>		<i>[Signature]</i> <b>BSCK1. Trần Thị Thùy Linh</b>
- Ngoại khoa: .....		
Phân loại: <u>1</u> .....	<b>Bình thường</b>	
- Da liễu: <u>1</u> .....		
Phân loại: <u>1</u> .....		
<b>3. Sản phụ khoa:</b> .....	<u>Sinh mổ 1 lần</u>	<i>[Signature]</i> <b>BSCK1. Trần Thị Thùy Linh</b>
Phân loại: <u>2</u> .....		
<b>4. Mắt:</b>		<i>[Signature]</i> <b>Bs Nguyễn Thị Ngọc</b>
Kết quả khám thị lực:	Không kính: Mắt phải <u>10/10</u> Mắt trái <u>10/10</u> Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....	
Các bệnh về mắt (nếu có): .....		
Phân loại: <u>I</u> .....		

<b>5. Tai - Mũi - Họng</b>		 <b>BSCKI. Âu Bá Thành</b>
Kết quả khám thính lực: Tai trái: Nói thường..... 5..... m; Nói thầm..... 0,5..... m Tai phải: Nói thường..... 5..... m; Nói thầm..... 0,5..... m		
Các bệnh về tai mũi họng (nếu có): <i>Không</i>		
Phân loại: ..... <i>I</i> .....		
<b>6. Răng - Hàm - Mặt</b>		
Kết quả khám:	Hàm trên: ..... Hàm dưới: ..... <i>SN: 9206</i> .....	 <b>BSCKI. Huỳnh Trần Ngọc Dung</b>
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có): <i>Không</i>		
Phân loại: ..... <i>II</i> .....		

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<b>1. Xét nghiệm máu:</b> a) Công thức máu: Số lượng HC: ..... Số lượng Bạch cầu: ..... Số lượng tiểu cầu: ..... b) Sinh hóa máu: Đường máu: ..... Urê: ..... Creatinin: ..... ASAT(GOT): ..... ALAT (GPT): .....	
<b>2. Xét nghiệm nước tiểu:</b> a) Đường: ..... b) Protein: ..... c) Khác (nếu có): .....	
<b>3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):</b> ..... .....	

### IV. KẾT LUẬN


1. Phân loại sức khỏe: ..... *Loại 2 do Răng* .....

2. Các bệnh, tật (nếu có): .....

....., ngày *17* tháng *11* năm 202*5*.

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

  
**BSCKI. Mạch Thế Dũng**

Phụ lục số XXIV

(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Mẫu số 1.

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN  
SỞ Y TẾ TỈNH ĐỒNG THÁP CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
CTY TNHH PKĐK MEDIC THIÊN PHÚC Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: .....588...../GKSK-TP

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



1. Họ và tên (viết chữ in hoa): NGUYỄN VĂN BÉL

2. Giới tính: Nam  Nữ

3. Sinh Ngày 15 tháng 02 năm 1979 (Tuổi:.....)

4. Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD : 084079007365

5. Cấp ngày 31/05/..... Tại CTCS Quận L. Hành chính  
ở hiện tại ẤP em Đình Giông xã An Trường L.



\* Lưu ý: Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân

7. Lý do khám sức khỏe: Bổ sung hồ sơ

TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không  b) Có  ; Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:.....

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không:

STT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua		+	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết		X
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu		X	13	Bệnh tâm thần		X
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)		X	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức		X
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng		X	15	Ngất, chóng mặt		X

5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác		X	16	Bệnh tiêu hóa		X
6	Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt slent mạch, ghép tim)		T	17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to		X
7	Tăng huyết áp		X	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt		T
8	Khó thở		X	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống		g
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính		X	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục		X
10	Bệnh thận, lọc máu		T	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện		T
11	Nghiện rượu, bia		X	22	Bệnh khác (ghi rõ)		T

### 3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và

.....

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ

.....

Đồng Tháp, ngày 16 tháng 11 năm 2025.

Người đề nghị khám sức khỏe

Tôi xin cam đoan những điều khai trên

đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự

hiểu biết của tôi.

(Ký, ghi rõ họ và tên)

REL  
nguyễn văn REL

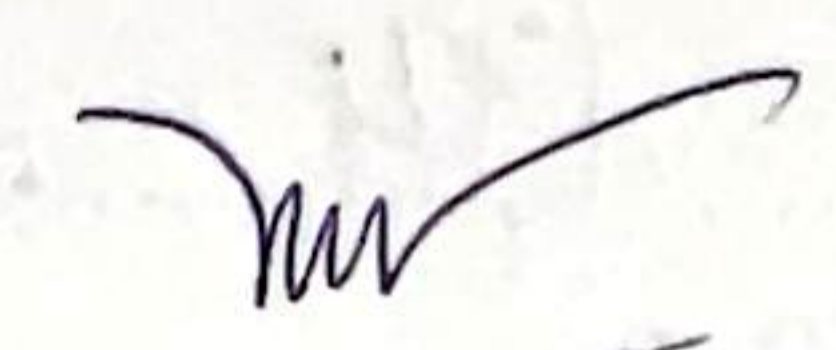
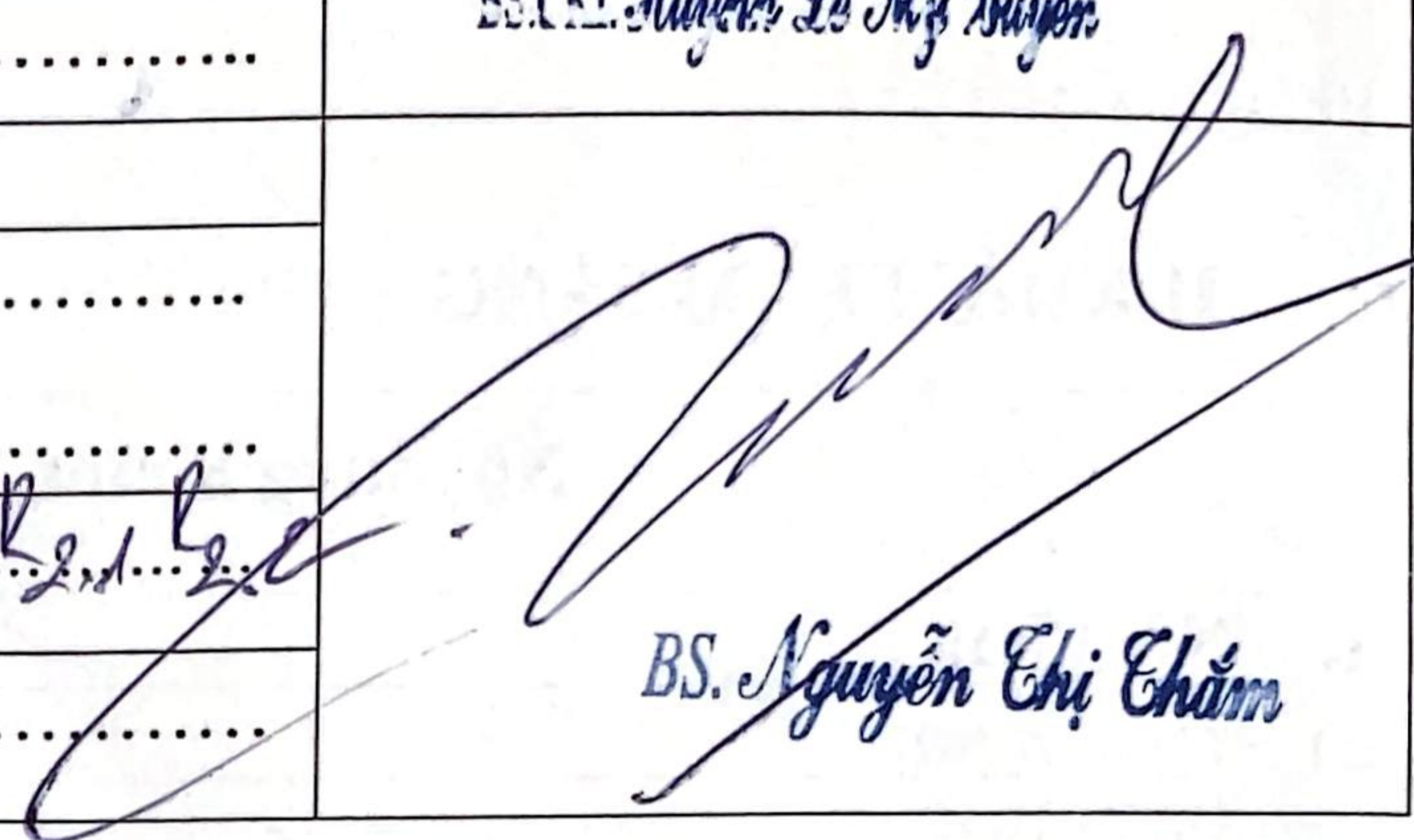
# I. KHÁM THỂ LỰC

- Chiều cao: ..... 174 ..... cm; - Cân nặng: ..... 78 ..... kg; - Chỉ số BMI: ..... 25.8 .....  
 - Mạch: ..... 92 ..... lần/phút; - Huyết áp: ..... 120 / 80 ..... mmHg  
 Phân loại thể lực: ..... II .....

# II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
1. Nội khoa		
a) Tuần hoàn	<div style="font-size: 2em; font-weight: bold;">/</div>	<div style="font-size: 2em; font-weight: bold;">/</div>
Phân loại		
b) Hô hấp		
Phân loại		
c) Tiêu hóa		
Phân loại		
d) Thận-Tiết		
Phân loại		
đ) Nội tiết	I	BS. CKI. Phạm Thị Hiền
Phân loại		
e) Cơ-xương-khớp		
Phân loại		
g) Thần kinh		
Phân loại		
h) Tâm thần		
Phân loại		
2 Ngoại khoa, Da liễu:	Bình thường	<div style="font-size: 2em; font-weight: bold;">/</div>
Ngoại khoa:.....		
Phân loại:.....	I	
Da liễu:.....	Bình thường	
Phân loại:.....	I	BS. Nguyễn Hoàng Ngân Tuấn
3 Sản phụ khoa:.....		
Phân loại:.....		
4 Mắt:		<div style="font-size: 2em; font-weight: bold;">/</div>
Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải 10/100... Mắt trái 8/100.. Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
Các bệnh về mắt (nếu có):.....		
Phân loại:.....		



<b>5 Tai - Mũi - Họng</b>	
Kết quả khám thính lực: Tai trái: Nói thường... 5...m; Nói thầm... 0.5 <sup>m</sup> Tai phải: Nói thường.....m; Nói thầm.....m	 BS.CKI. Huỳnh Lê Mỹ Duyên
Các bệnh về tai mũi họng (nếu) <b>Bình thường</b>	
Phân loại:..... I .....	
<b>6 Răng - Hàm - Mặt</b>	
Kết quả khám Hàm trên:..... SN: 97 % Hàm dưới:.....	 BS. Nguyễn Thị Chăm
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có): MR: 1.1.1.2, 2.1.2, 2.2	
Phân loại:..... II .....	

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<b>1. Xét nghiệm máu:</b> a) Công thức máu: <i>gần bình thường</i> Số lượng HC: ..... Số lượng Bạch cầu: ..... Số lượng tiểu cầu: ..... b) Sinh hóa máu: Đường máu: ..... Urê:..... Creatinin: ..... ASAT(GOT):..... ALAT(GPT):.....	
<b>2. Xét nghiệm nước tiểu:</b> a) Đường: ..... b) Protein: ..... c) Khác (nếu có): .....	
<b>3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):</b> ..... .....	

### IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe: ..... Loại I (Hài) ..... Thở nhẹ + Mắt + Răng.....

2. Các bệnh, tật (nếu có):.....

**ĐỦ SỨC KHỎE LÀM VIỆC**

Đồng Tháp, ngày 16 tháng 11 năm 2025.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)



*Nguyễn Thị Chăm*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

---

**BẢN TỰ CÔNG BỐ SẢN PHẨM**

Số: 11/DDX/2025

**I. Thông tin về tổ chức, cá nhân tự công bố sản phẩm**

Tên tổ chức, cá nhân: CÔNG TY TNHH MỘT THÀNH VIÊN XUẤT NHẬP KHẨU  
ĐẠI DƯƠNG XANH  
Địa chỉ: Số 16, 17 Nguyễn Thái Học, khu đô thị Golden City, phường Long Xuyên, tỉnh  
An Giang.

Điện thoại: 0908622309

E-mail: nthanh@vietnamblueocean.com

Mã số doanh nghiệp: 1602148407, ngày cấp: 07/06/2021, nơi cấp: Phòng Đăng Ký kinh  
doanh- Sở KH&ĐT tỉnh An Giang.

**II. Thông tin về sản phẩm**

1. Tên sản phẩm: Cá viên ba sa Ngon
2. Thành phần: **Thịt cá basa 80%**, chất làm dày (INS 1412, INS 407a, INS 407, INS 508), gluten lúa mì (protein tự nhiên có trong lúa mì), chiết xuất rau củ (đậu Hà Lan, khoai tây, cà rốt), chất điều chỉnh độ acid (INS 450(iii), INS 451(i), INS 452(i), INS 339(iii)), muối, đường, hành tím, hành lá, tỏi, ớt, đạm thực vật (đậu nành), chất điều vị (INS 621, INS 627, INS 631, INS 640), chất tạo ngọt tự nhiên (INS 420(i)), tiêu sọ, chất bảo quản (INS 262(i), INS 282, INS 202), chất chống oxy hóa (INS 316), chất hỗ trợ chế biến (Enzyme transglutaminase), hương liệu (giống tự nhiên), maltodextrin (chất mang), phẩm màu (INS 171), D-xylose (đường đơn).
3. Thời hạn sử dụng sản phẩm: 12 tháng kể từ ngày sản xuất khi bảo quản ở nhiệt độ  $\leq -18^{\circ}\text{C}$ . Hạn sử dụng in/dán trực tiếp trên nhãn sản phẩm), NSX và HSD ghi dưới dạng ngày/tháng/năm.
4. Quy cách đóng gói và chất liệu bao bì:
  - Quy cách đóng gói: khối lượng tịnh 250 g, 500 g, 1 kg, 2 kg, 5 kg...
  - Chất liệu bao bì: Bao bì làm từ PE đạt theo quy chuẩn QCVN 12-1:2011/BYT.
5. Tên và địa chỉ cơ sở sản xuất sản phẩm (trường hợp thuê cơ sở sản xuất):

- Công Ty TNHH Xuất Nhập Khẩu Thực Phẩm Việt.

- Địa chỉ: Ấp Mỹ Phú, Phường Cai Lậy, Tỉnh Đồng Tháp, Việt Nam

- Số Giấy chứng nhận HACCP: HACCP-004-25 do Trung tâm chất lượng, chế biến và phát triển thị trường vùng 4 cấp ngày 06 tháng 10 năm 2025.

**III. Mẫu nhãn sản phẩm** (đính kèm mẫu nhãn sản phẩm hoặc mẫu nhãn sản phẩm dự kiến)

#### IV. Yêu cầu về an toàn thực phẩm

Tổ chức, cá nhân sản xuất, kinh doanh thực phẩm đạt yêu cầu về an toàn thực phẩm theo:

- QCVN 8-2:2011/BYT – Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia đối với giới hạn ô nhiễm vi sinh vật trong thực phẩm.
  - QCVN 12-1:2011/BYT – Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia đối với bao bì, dụng cụ tiếp xúc trực tiếp với thực phẩm (nhựa).
  - Tiêu Chuẩn Việt Nam TCVN 5289:2006 thủy sản đông lạnh- yêu cầu vệ sinh.
- Tiêu chuẩn nhà sản xuất:

##### 1. Chỉ tiêu vi sinh

STT	Tên Chỉ Tiêu	Mức tối đa	Đơn Vị
1	Tổng số vi sinh vật hiếu khí	$10^6$	cfu/g
2	<i>E. Coli</i>	$10^2$	cfu/g
3	<i>S. aureus</i>	$10^2$	cfu/g
4	<i>Salmonella</i>	0	/25g

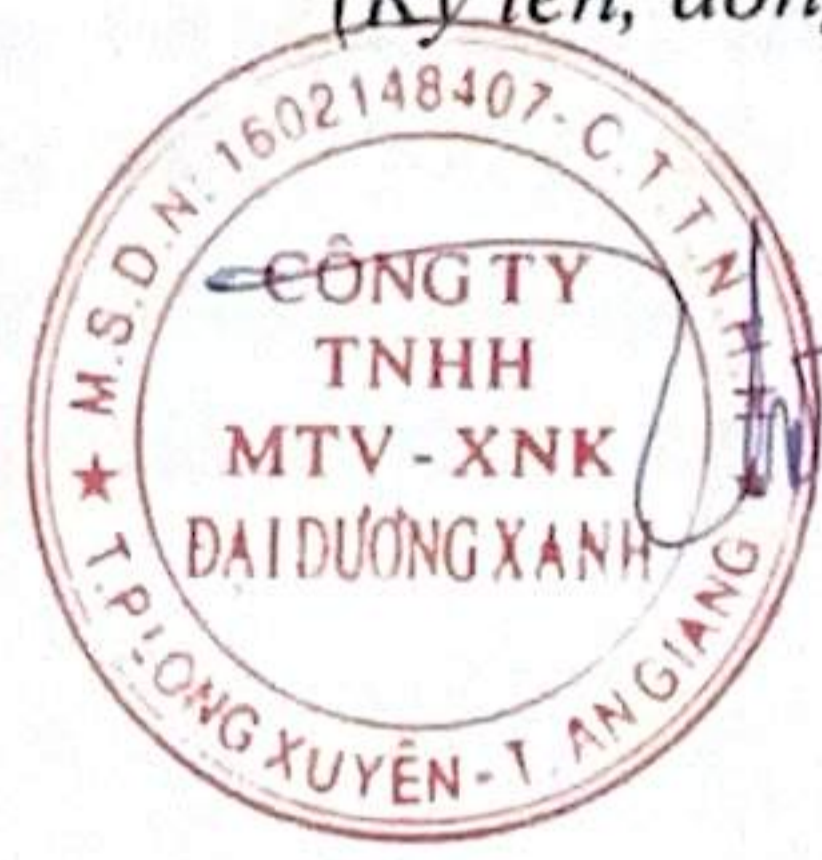
##### 2. Giá trị dinh dưỡng:

Giá trị dinh dưỡng: Giá trị trung bình trên 100 g sản phẩm

Thành phần dinh dưỡng (Nutrient)	Hàm lượng (per 100 g)
Chất béo tổng (Total Fat)	11,36-17,04 g
Chất đạm (Protein)	8,72-13,08 g
Năng lượng (Energy)	160-240 kcal
Carbohydrate (Không bao gồm chất xơ)	5,6-8,4 g
Đường tổng (Total Sugar)	0,84-1,26 g
Natri (Sodium)	220,8-331,2 mg
Chất béo bão hòa (Saturated Fat)	5,216-7,824 g

Chúng tôi xin cam kết thực hiện đầy đủ các quy định của pháp luật về an toàn thực phẩm và hoàn toàn chịu trách nhiệm về tính pháp lý của hồ sơ công bố và chất lượng, an toàn thực phẩm đối với sản phẩm đã công bố./.

An Giang, ngày 10 tháng 12 năm 2025  
**ĐẠI DIỆN TỔ CHỨC, CÁ NHÂN**  
(Ký tên, đóng dấu)



*Nguyễn Thị Ngọc Thanh*

## MẪU NHÃN SẢN PHẨM DỰ KIẾN

- Tên sản phẩm:** Cá viên Basa Ngon.
- Thành phần:** Thịt cá basa 80%, chất làm dày (INS 1412, INS 407a, INS 407, INS 508), gluten lúa mì (protein tự nhiên có trong lúa mì), chiết xuất rau củ (đậu Hà Lan, khoai tây, cà rốt), chất điều chỉnh độ acid (INS 450(iii), INS 451(i), INS 452(i), INS 339(iii)), muối, đường, hành tím, hành lá, tỏi, ớt, đậm thực vật (đậu nành), chất điều vị (INS 621, INS 627, INS 631, INS 640), chất tạo ngọt tự nhiên (INS 420(i)), tiêu sọ, chất bảo quản (INS 262(i), INS 282, INS 202), chất chống oxy hóa (INS 316), chất hỗ trợ chế biến (Enzyme transglutaminase), hương liệu (giống tự nhiên), maltodextrin (chất mang), phẩm màu (INS 171), D-xylose (đường đơn).

### Giá trị dinh dưỡng: Giá trị trung bình trên 100 g sản phẩm

Thành phần dinh dưỡng (Nutrient)	Hàm lượng (per 100 g)
Chất béo tổng (Total Fat)	11,36-17,04 g
Chất đạm (Protein)	8,72-13,08 g
Năng lượng (Energy)	160-240 kcal
Carbohydrate (Không bao gồm chất xơ)	5,6-8,4 g
Đường tổng (Total Sugar)	0,84-1,26 g
Natri (Sodium)	220,8-331,2 mg
Chất béo bão hòa (Saturated Fat)	5,216-7,824 g

- Thông tin cảnh báo:** Sản phẩm có chứa cá, đậu nành, gluten lúa mì.
- Hướng dẫn sử dụng:** Rã đông trước khi chế biến. Tầm, ướp, chiên, kho...tùy vào sở thích mỗi người.
- Hướng dẫn bảo quản:** Bảo quản ở nhiệt độ  $\leq -18^{\circ}\text{C}$  hoặc cho vào ngăn đá tủ lạnh. Không tái đông sau khi rã đông.
- Khối lượng tịnh:**  500 g,  kg,  kg,  kg.
- Ngày sản xuất:** Xem thông tin trên nhãn
- Hạn sử dụng:** 12 tháng kể từ ngày sản xuất khi bảo quản ở nhiệt độ  $\leq -18^{\circ}\text{C}$ .
- Xuất xứ:** Việt Nam

**10. Sản phẩm của:** Công Ty TNHH Một Thành Viên Xuất Nhập Khẩu Đại Dương Xanh.

Địa chỉ: 16, 17 Nguyễn Thái Học, Khu đô thị Golden City, Phường Long Xuyên, Tỉnh An Giang.

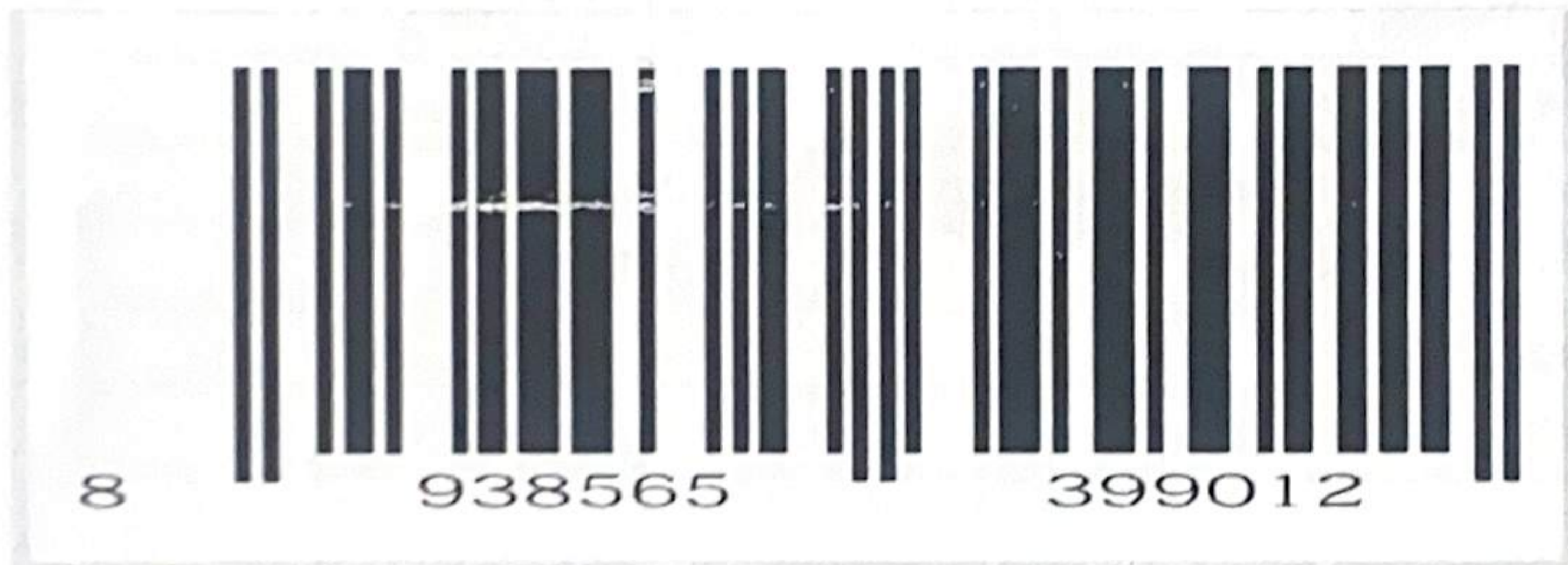
Số điện thoại liên hệ: 0908622309

**11. Sản xuất tại:** Công Ty TNHH Xuất Nhập Khẩu Thực Phẩm Việt.

Địa chỉ: Ấp Mỹ Phú, Phường Cai Lậy, Tỉnh Đồng Tháp, Việt Nam.

Số tự công bố: 11/DDX/2025

Mã vạch:



An Giang, ngày 10 tháng 12 năm 2025  
**ĐẠI DIỆN TỔ CHỨC, CÁ NHÂN**



*Nguyễn Thị Ngọc Thanh*