⑪

Bảo vệ sức khỏe.....Số ...

Ngày......tháng......năm..........

( Liên quan đến khoản 1 điều 17 )

**Thông báo（khuyến cáo）về việc kiểm tra sức khỏe**

**Giám đốc trung tâm bảo vệ sức khỏe......................**

**Kính gửi ông/bà...........................................**

Xin thông báo cho quý vị rằng, do quý vị có tiếp xúc với bệnh nhân mắc bệnh lao, nên nghi ngờ có khả năng quý vị bị lây nhiễm bệnh này.

Chính vì lý do này, căn cứ vào khoản 1 điều 17 của luật pháp liên quan đến y tế đối với bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm cũng như dự phòng lây lan bệnh truyền nhiễm (Dưới đây gọi tắt là Luật), khuyến cáo quý vị nên đi bác sĩ để khám sức khỏe theo thời hạn của thời gian qui định như sau.

Tuy nhiên, trường hợp nếu quý vị không tuân theo khuyến cáo này, căn cứ vào quy định khoản 2 điều 17 của Luật, có khi sẽ tiến hành các biện pháp để quý vị đi kiểm tra sức khỏe.

Nội dung ghi

1.Lý do cần đi khám kiểm tra sức khỏe

Do nghi ngờ có khả năng bị lây nhiễm bệnh lao

2.Thời hạn của thời gian cần đi kiểm tra khám sức khỏe

Từ ngày khuyến cáo đến ngày......tháng ..... năm......

3.Các phương pháp kiểm tra xét nghiệm

⼞Chụp phim X-quang trực tiếp lồng ngực

⼞Xét nghiệm phản ứng tuberculin

⼞Xét nghiệm QFT（Xét nghiệm T-SPOT）

⼞Các xét nghiệm kiểm tra khác

4.Nơi khám (Cơ quan y tế hoặc trung tâm bảo vệ sức khỏe)

Tên cơ quan y tế ................................................................

Địa chỉ...........................................................................................................................................

Phụ trách: ............................................