

Số: 120/QĐ-TTYT

Cẩm Phả, ngày 05 tháng 9 năm 2018

QUYẾT ĐỊNH
Về việc Ban hành thủ tục hành chính
thực hiện tại Cơ sở điều trị Methadone Cẩm Phả

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ TP CẨM PHẢ

Căn cứ Quyết định số 429/QĐ-SYT ngày 15/9/2008 của Sở Y tế Quảng Ninh về việc ban hành Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế huyện, thị xã, thành phố thuộc Sở Y tế;

Căn cứ Quyết định 2798/QĐ-UBND ngày 01/9/2011 của UBND tỉnh Quảng Ninh về việc thành lập cơ sở điều trị Methadone Thành phố Cẩm Phả;

Căn cứ Quyết định số 2554/QĐ-UBND ngày 06/7/2018 của UBND tỉnh Quảng Ninh về việc công bố TTHC mới ban hành, TTHC sửa đổi bổ sung, TTHC bãi bỏ thuộc thẩm quyền của Sở Y tế;

Căn cứ Nghị định 90/2016/NĐ-CP ngày 20/7/2016 của Chính Phủ Quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế;

Xét đề nghị của Cơ sở điều trị Methadone Cẩm Phả,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Công bố kèm theo Quyết định này 03 thủ tục hành chính thuộc Y tế dự phòng thực hiện tại Cơ sở điều trị Methadone Cẩm Phả, Trung tâm Y tế thành phố Cẩm Phả (Có danh mục kèm theo).

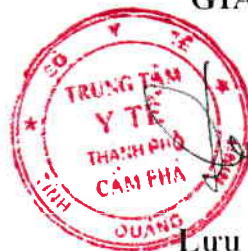
Điều 2. Cơ sở điều trị Methadone Cẩm Phả có trách nhiệm kiểm soát, rà soát, cập nhật, chuẩn hóa các TTHC thuộc phạm vi chức trách nhiệm vụ và tổ chức triển khai thực hiện theo đúng qui trình, qui định hiện hành.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký. Các ông (bà) Trưởng cơ sở Methadone Cẩm Phả và các CBVC, LĐ cơ sở điều trị Methadone Cẩm Phả, Trung tâm Y tế thành phố Cẩm Phả căn cứ Quyết định thi hành./.

Nơi nhận:

- Ban Giám đốc;
- Như điều 3;
- Đăng website cơ quan;
- Lưu VT, MMT.

GIÁM ĐỐC



Lưu Đức Dũng



**THỦ TỤC HÀNH CHÍNH THUỘC THẨM QUYỀN GIẢI QUYẾT CỦA
TRUNG TÂM Y TẾ TP CẨM PHẢ**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 120/QĐ-TTYYT ngày 05 tháng 9 năm 2018
của Giám đốc Trung tâm Y tế TP Cẩm Phả)*

Tên thủ tục	Đăng ký tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện cư trú tại cộng đồng.
Trình tự thực hiện	- Bước 1: Người bệnh trực tiếp đến đăng ký điều trị tại bộ phận hành chính của CSĐT Methadone Cẩm Phả vào các ngày trong tuần Lưu ý: Khi đến đăng ký phải nêu rõ họ tên, địa chỉ, chứng minh thư nhân dân (hoặc thẻ căn cước); số điện thoại liên hệ. Đồng thời, kê khai họ tên, địa chỉ, số điện thoại người thân hỗ trợ điều trị cho bản thân (có thể là bố mẹ, vợ chồng, anh em ruột hoặc người thân) - Bước 2: Gặp gỡ trao đổi thông tin, hướng dẫn làm hồ sơ điều trị tại bộ phận hành chính và phòng tư vấn. Bệnh nhân và người hỗ trợ được trao đổi thông tin về điều kiện tiếp nhận, tính tự giác tự nguyện trong quá trình điều trị; nội quy và quy trình điều trị tại cơ sở. Được hướng dẫn hoàn thiện hồ sơ đăng ký, thời gian và địa điểm nộp hồ sơ.
Cách thức thực hiện	- Nộp trực tiếp tại Cơ sở điều trị Methadone Cẩm Phả tại địa chỉ: Tô 3- khu 7- Cẩm Thành – Cẩm Phả - Quảng Ninh.
Thành phần, số lượng hồ sơ	- Thành phần hồ sơ gồm: + Đơn đăng ký tham gia điều trị (theo mẫu số 01 quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP) + Bản cam kết tuân thủ điều trị và nội quy cơ sở của bệnh nhân và người hỗ trợ (theo mẫu) + 01 bản CMT nhân dân và sổ hộ khẩu (phô tô công chứng) + 12 ảnh chân dung (loại 3x4) và 04 ảnh chân dung (loại 4x6) - Số lượng hồ sơ: 01 bộ
Thời hạn giải	- 05 ngày làm việc, kể từ ngày phát hồ sơ.
Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính	- Cá nhân
Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính	- Cơ sở điều trị Methadone Cẩm Phả
Kết quả thực hiện thủ tục hành chính:	- Cơ sở điều trị Methadone sẽ gọi điện thông báo cho người bệnh theo thông tin ghi trên hồ sơ và công bố danh sách tại phòng cấp phát thuốc tại cơ sở Methadone Cẩm Phả.
Lệ phí	- Không
Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai	- Đơn đăng ký tham gia điều trị (Mẫu số 01 quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP) - Bản cam kết tuân thủ điều trị và nội quy cơ sở của bệnh nhân và người hỗ trợ (theo mẫu của cơ sở Methadone Cẩm Phả)
Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính	Không
Căn cứ pháp lý thủ tục hành chính:	- Luật số 64/2016/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) - Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

Mẫu bản cam kết của bệnh nhân đăng ký điều trị
**BẢN CAM KẾT CỦA BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI HỖ TRỢ BỆNH NHÂN
THAM GIA ĐIỀU TRỊ METHADONE**

Tên tôi là:.....Năm sinh:.....
Địa chỉ thường trú:.....
Số CMTND:.....cấp ngày:.....tại.....
Cách liên hệ khi cần thiết (ghi rõ điện thoại nhà, ĐT di động, ĐT hàng xóm, người thân...):.....
Ngày bắt đầu sử dụng chất dạng thuốc phiện:.....
Nay tôi tự nguyện tham gia vào chương trình và cam đoan chấp hành nghiêm chỉnh mọi quy định của cơ sở điều trị methadone như sau:

1. Tuân thủ các quy định về quản lý điều trị Methadone của cơ sở điều trị:

- Tham gia đầy đủ các buổi tập huấn về tuân thủ điều trị.
- Nếu tôi vi phạm các nội quy sau sẽ bị tạm dừng điều trị:
 - + Gây mất trật tự hay đánh nhau tại cơ sở.
 - + Buôn bán ma túy.
 - + Có thái độ hành hung và đe dọa nhân viên của cơ sở.
 - + Bỏ uống thuốc từ 3 lần trở lên không có lý do chính đáng.
- Đến cơ sở uống thuốc và khám, xét nghiệm, tư vấn theo đúng lịch hẹn.
- Chỉ nhận uống Methadone từ cơ sở điều trị Methadone thành phố Cẩm Phả.
- Tôn trọng quyết định của cán bộ cơ sở điều trị liên quan đến việc điều trị của bản thân.

2. Tuyệt đối tuân thủ uống thuốc:

- Xác định được người hỗ trợ điều trị để đảm bảo tuân thủ điều trị.
- Hàng ngày uống đủ liều, đúng giờ theo hướng dẫn của cán bộ cơ sở điều trị
- Phối hợp chặt chẽ với cán bộ của cơ sở điều trị trong quá trình điều trị. Khi có dấu hiệu bất thường cần phải đến ngay cơ sở y tế để được tư vấn và khám
- Không tự động dùng thêm các chất dạng thuốc phiện.

3. Cam kết của người hỗ trợ điều trị:

Tôi.....là.....của bệnh nhân.....

Xin cam kết:

- Chấp hành nghiêm túc các quy định trên và nội quy của cơ sở điều trị Methadone.
 - Chấp nhận mọi tình huống rủi ro trong quá trình điều trị kể cả tình huống xấu nhất là tử vong.
- Chúng tôi sẽ không có ý kiến gì khác.

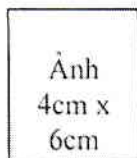
Ngày.....tháng.....năm

**HỌ TÊN VÀ CHỮ KÝ
CỦA BỆNH NHÂN**

**HỌ TÊN VÀ CHỮ KÝ
CỦA NGƯỜI HỖ TRỢ**

**Ý KIẾN CỦA TRƯỞNG CSĐT
METHADONE CẨM PHẢ**

Mẫu số 01 quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)



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

ĐƠN ĐĂNG KÝ

Tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

Kính gửi: Cơ sở điều trị Methadone Thành phố Cẩm Phả

Tên tôi là:.....giới tính:.....

Sinh ngày:....., tại:.....

Nơi đăng ký thường trú, Nơi ở hiện tại:.....

Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe:....., cấp ngày:...../...../.....
tại:.....

Qua tìm hiểu các điều kiện và quy định liên quan, tôi làm đơn này xin tự nguyện đăng ký tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế. Tôi cam kết nghiêm túc tuân thủ phác đồ điều trị và nội quy của cơ sở điều trị.

Trân trọng cảm ơn./.

Đại diện của người làm đơn

.....ngày..... tháng..... năm 20.....

Tôi tên là số CMND/hộ
chiếu..... ngày cấp..... nơi
cấp..... là người đại diện theo pháp
luật của..... đồng ý
cho..... tham gia điều trị nghiện chất
dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế tại: Cơ
sở điều trị Methadone Thành phố Cẩm Phả

Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Ký và ghi rõ họ tên)

Ủy ban nhân dân phường..... xác nhận cho

người đăng ký tham gia điều trị thay thế:

1. Có nơi cư trú đúng với nơi cư trú khai trên đơn đăng ký;
2. Không thuộc đối tượng áp dụng biện pháp bắt buộc cai nghiện theo quy định của pháp luật.

CHỦ TỊCH

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

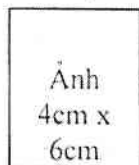


**THỦ TỤC HÀNH CHÍNH THUỐC THẢM QUYỀN GIẢI QUYẾT CỦA
TRUNG TÂM Y TẾ TP CẨM PHẢ**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 120/QĐ-TTYT ngày 05 tháng 9 năm 2018
của Giám đốc Trung tâm Y tế TP Cẩm Phả)*

Tên thủ tục	Chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện ngoài cộng đồng
Trình tự thực hiện	- Bước 1: Người bệnh nộp đơn chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo quy định cho người đứng đầu cơ sở điều trị nơi người bệnh đang điều trị. - Bước 2: Người đứng đầu cơ sở điều trị có trách nhiệm lập bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (sau đây gọi tắt là bản tóm tắt bệnh án) theo mẫu số 04 quy định tại phụ lục ban hành kèm theo nghị định số 90/2016/NĐ-CP để cấp cho người bệnh khi người bệnh chuyển đi. - Bước 3: Người đứng đầu cơ sở điều trị nơi người bệnh chuyển đến có trách nhiệm tiếp nhận điều trị cho người bệnh. Trường hợp không đồng ý tiếp nhận, phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do.
Cách thức thực hiện	- Nộp trực tiếp tại cơ sở điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.
Thành phần, số lượng hồ sơ	- Thành phần hồ sơ gồm: + Đơn đề nghị chuyển tiếp điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (theo mẫu số 03 quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP) + Bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (theo mẫu số 04 quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP) - Số lượng hồ sơ: 01 bộ
Thời hạn giải	- Ngay sau khi nhận được hồ sơ
Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính	- Cá nhân
Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính	- Cơ sở điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện
Kết quả thực hiện thủ tục hành chính:	- Không có
Lệ phí	- Không
Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai	- Đơn đề nghị chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (Mẫu số 03 quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP) - Bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay (Mẫu số 04 quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP)
Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính	Không
Căn cứ pháp lý thủ tục hành chính:	- Luật số 64/2016/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) - Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

Mẫu số 03 quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP



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

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Chuyển tiếp điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

Kính gửi: Cơ sở điều trị Methadone Tp Cẩm Phả

Tên tôi là:.....giới tính:.....

Sinh

ngày:.....tại:.....

Số CMND:.....cấp ngày: .../.../..... tại:.....

Tên cơ sở điều trị chuyển đến.....

Thời gian chuyển:.....

Địa điểm của cơ sở điều trị chuyển đến:

Tôi làm đơn này đề nghị cơ sở điều trị giới thiệu và làm các thủ tục cần thiết để giúp tôi được tiếp tục điều trị tại cơ sở điều trị có tên và địa chỉ trên đây.

Trân trọng cảm ơn./.

Cẩm Phả, ngày tháng năm

Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)

Mẫu số 04 quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP

SỞ Y TẾ QUẢNG NINH
TRUNG TÂM Y TẾ TP CẨM PHẢ

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

Số: PC-MMT

Cẩm Phả, ngày tháng năm

BẢN TÓM TẮT BỆNH ÁN

Điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

Kính gửi:

Tên cơ sở giới thiệu: Cơ sở điều trị Methadone Thành phố Cẩm Phả

Địa chỉ: Tổ 3, khu 7, phường Cẩm Thành, Thành phố Cẩm Phả, Quảng Ninh

Điện thoại: 02033.968.515 Email (nếu có): methadonecampha@gmail.com

Giới thiệu cho:

1. Họ và tên:

2. Ngày sinh:/..../.....

3. Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe: cấp ngày:
..../..../..... tại: Công an Quảng Ninh

4. Địa chỉ:

5. Thông tin về tình hình điều trị của người bệnh:

- Ngày bắt đầu điều trị:/..../..... Điều trị đến hết ngày:/..../.....

- Liều điều trị hiện tại: mg/ngày.

6. Bệnh nhân tuân thủ điều trị. Chuyển gửi cơ sở điều trị Methadone
..... điều trị từ ngày/..../..... đến hết ngày/..../.....

Nơi nhận:

GIÁM ĐỐC

- Như kính gửi;

- Lưu VT, MMT.

TRƯỞNG CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ

Lưu Đức Dũng



**THỦ TỤC HÀNH CHÍNH THUỘC THẨM QUYỀN GIẢI QUYẾT CỦA
TRUNG TÂM Y TẾ TP CÀM PHẢ**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 420/QĐ-TTYYT ngày 05 tháng 9 năm 2018
của Giám đốc Trung tâm Y tế TP CàM Phả)*

Tên thủ tục	Chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cho người nghiện chất dạng thuốc phiện được trở về cộng đồng từ cơ sở quản lý:
Trình tự thực hiện	- Bước 1: Người bệnh nộp đơn chuyển tiếp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo quy định cho người đứng đầu cơ sở quản lý nơi người bệnh đang điều trị; - Bước 2: Người đứng đầu cơ sở quản lý có trách nhiệm lập bản tóm tắt bệnh án theo Mẫu số 04 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/ND-CP để cấp cho người bệnh khi người đó trở về cộng đồng; - Bước 3: Người đứng đầu cơ sở điều trị ngoài cộng đồng nơi người bệnh đăng ký điều trị có trách nhiệm tiếp nhận điều trị cho người bệnh. Trường hợp không đồng ý tiếp nhận, phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do.
Cách thức thực hiện	- Nộp trực tiếp tại cơ sở điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.
Thành phần, số lượng hồ sơ	- Thành phần hồ sơ gồm: + Bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế <i>(theo mẫu số 04 quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/ND-CP)</i> - Số lượng hồ sơ: 01 bộ
Thời hạn giải	- Ngay sau khi nhận được hồ sơ
Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính	- Cá nhân
Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính	- Cơ sở điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện
Kết quả thực hiện thủ tục hành chính:	- Không có
Lệ phí	- Không
Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai	- Bản tóm tắt bệnh án điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay <i>(Mẫu số 04 quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/ND-CP)</i>
Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính	Không
Căn cứ pháp lý thủ tục hành chính:	- Luật số 64/2016/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) - Nghị định số 90/2016/ND-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

Mẫu số 04 quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP

SỞ Y TẾ QUẢNG NINH
TRUNG TÂM Y TẾ TP CẨM PHẢ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: PC-MMT

Cẩm Phả, ngày tháng năm

BẢN TÓM TẮT BỆNH ÁN

Điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế

Kính gửi:

Tên cơ sở giới thiệu: Cơ sở điều trị Methadone Thành phố Cẩm Phả

Địa chỉ: Tổ 3, khu 7, phường Cẩm Thành, Thành phố Cẩm Phả, Quảng Ninh

Điện thoại: 02033.968.515 Email (nếu có): methadonecampha@gmail.com

Giới thiệu cho:

1. Họ và tên:

2. Ngày sinh: .../.../.....

3. Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe:, cấp ngày:
.../.../..... tại: Công an Quảng Ninh

4. Địa chỉ:

5. Thông tin về tình hình điều trị của người bệnh:

- Ngày bắt đầu điều trị: .../.../..... Điều trị đến hết ngày: .../.../.....

- Liều điều trị hiện tại: mg/ngày.

6. Bệnh nhân tuân thủ điều trị. Chuyển gửi cơ sở điều trị Methadone
..... điều trị từ ngày .../.../..... đến hết ngày .../.../.....

Nơi nhận:

GIÁM ĐỐC

- Như kính gửi;

- Lưu VT, MMT.

TRƯỞNG CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ

Lưu Đức Dũng