

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 34/2008/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 30 tháng 9 năm 2008

QUYẾT ĐỊNH

về việc ban hành tiêu chuẩn sức khỏe người khuyết tật điều khiển xe mô tô, xe gắn máy ba bánh dùng cho người khuyết tật

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2007 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Công văn số 1992/TTg-CN ngày 21/12/2007 của Thủ tướng Chính phủ về việc sản xuất, lắp ráp, nhập khẩu và lưu hành xe ba bánh, xe cơ giới dùng cho người khuyết tật;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Tiêu chuẩn sức khỏe người khuyết tật điều khiển xe mô tô, xe gắn máy ba bánh dùng cho người khuyết tật”.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo.

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh thanh tra Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Tổng Cục trưởng Tổng Cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình và Vụ trưởng các Vụ, Cục trưởng các Cục của Bộ Y tế; Giám đốc các Bệnh viện, Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng Y tế các ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Nguyễn Thị Xuyên

TIÊU CHUẨN**sức khỏe người điều khiển xe mô tô, xe gắn máy dùng cho người khuyết tật**

(ban hành kèm theo Quyết định số 34/2008/QĐ-BYT
ngày 30 tháng 9 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

A. QUY ĐỊNH CHUNG

1. Tiêu chuẩn sức khỏe này được áp dụng để khám sức khỏe cho người điều khiển xe mô tô, xe gắn máy ba bánh dùng cho người khuyết tật, bao gồm khám tuyến và khám định kỳ.

- Khám tuyến: khám sức khỏe cho người khuyết tật trước khi thi lấy giấy phép lái xe lần đầu

- Khám định kỳ: theo quy định của pháp luật hiện hành.

2. Người khuyết tật bị cụt hoặc mất chức năng hai chi trên; hoặc một chi trên và một chi dưới cùng bên; hoặc tháo khớp háng cả hai bên thì không đủ điều kiện về sức khỏe điều khiển xe mô tô, xe gắn máy ba bánh dùng cho người khuyết tật.

3. Không khám, cấp giấy chứng nhận sức khỏe cho người điều khiển xe mô tô, xe gắn máy ba bánh dùng cho người khuyết tật khi đang bị bệnh cấp tính; hoặc đang điều trị nội trú tại các cơ sở y tế.

4. Các phụ lục sau được ban hành kèm theo Tiêu chuẩn sức khỏe này:

- Phụ lục số 1: Tiêu chuẩn, điều kiện của cơ sở được khám và chứng nhận sức khỏe cho người điều khiển xe mô tô, xe gắn máy ba bánh dùng cho người khuyết tật.

- Phụ lục số 2: Mẫu giấy chứng nhận sức khỏe

- Phụ lục số 3: Các xét nghiệm cận lâm sàng bắt buộc khi khám sức khỏe cho người điều khiển xe mô tô, xe gắn máy ba bánh dùng cho người khuyết tật.

B. TIÊU CHUẨN SỨC KHỎE

Người có một trong các tiêu chí về thể lực hoặc chức năng sinh lý, bệnh tật (có hoặc không có các thiết bị trợ giúp) sau đây là không đủ điều kiện về sức khỏe để điều khiển xe mô tô, xe gắn máy ba bánh dùng cho người khuyết tật.

I. THỂ LỰC

TT	Chi số	Khám lần đầu Khám định kỳ
1	Lực bóp tay thuận (kg)	< 25
2	Lực bóp tay không thuận (kg)	< 20

II. CHỨC NĂNG SINH LÝ, BỆNH TẬT

Ghi chú: KĐĐK là không đủ điều kiện

TT	Tiêu chí
Mắt	
3	Thị lực nhìn xa một mắt (không/có điều chỉnh bằng kính): < 6/10
4	- Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương) < 120° - Thị trường đứng (chiều trên - dưới) khuyết không quá 20° trên dưới đường ngang.
5	Sắc giác: không phân biệt được ba màu cơ bản: đỏ, vàng, xanh.
Tai Mũi Họng	
6	Thính lực: nghe nói thâm 1 tai < 3 mét, tai kia < 1 mét, hoặc hai tai \geq 40 dBA (không/có sử dụng máy trợ thính)
7	Hội chứng tiền đình ốc tai
8	Khó thở thanh quản độ II trở lên:
Tâm thần - thần kinh	
9	Rối loạn tâm thần cấp hoặc mạn tính do các nguyên nhân chưa khỏi hoàn toàn hoặc đã khỏi hoàn toàn nhưng thời gian khỏi dưới 02 năm.
10	Thiếu năng tâm thần ở các mức độ bất kể nguyên nhân gì kèm theo suy giảm nhận thức.
11	Động kinh: động kinh các thể, các mức độ.
12	Có dấu hiệu hoặc triệu chứng liệt vận động kiểu tổn thương bó tháp.
13	Hội chứng ngoại tháp; Bệnh/hội chứng Parkinson
14	Hội chứng tiểu não
15	Hội chứng tiền đình
16	Hội chứng đuôi ngựa
17	Bệnh rỗng tủy
18	Bệnh xơ cứng cột bên teo cơ (Charcote)
19	Bệnh/di chứng viêm màng nhện tủy

TT	Tiêu chí
Tim mạch	
20	Huyết áp động mạch: tăng huyết áp giai đoạn II trở lên; hoặc huyết áp thấp mạn tính (huyết áp tối đa dưới 90 mmHg)
21	Các bệnh, tật tim, mạch bẩm sinh hoặc mắc phải có biến chứng suy tim độ III trở lên
22	Các rối loạn nhịp: ngoại tâm thu thất > 12 nhịp ngoại tâm thu/1 phút; ngoại tâm thu từng chùm; nhịp đôi, nhịp ba, hàng loạt; Các rối loạn nhịp trên thất; thất; nhĩ - thất,... mạch thường xuyên > 100 lần/phút hoặc < 55 lần/phút, điều trị không kết quả
23	Con đau thắt ngực không ổn định; nhồi máu cơ tim
Hệ Hô hấp	
24	Các bệnh, tật, thương tật ở lồng ngực/màng phổi/phổi/khí, phế quản/trung thất do các nguyên nhân, gây giảm chức năng thông khí phổi mức độ vừa và/hoặc biến chứng tâm phế mạn độ 3 trở lên.
Hệ Tiêu hóa	
25	Xơ gan không hồi phục
Hệ Tiết niệu - Sinh dục:	
26	Suy thận độ 3 trở lên
Nội tiết - chuyển hóa	
27	Basedow chưa được điều trị bình giáp; hoặc có biến chứng lồi mắt ác tính, hạ Kali máu
28	Bướu giáp độ 3 chèn ép khí quản
29	Bệnh cận giáp, suy giáp không được điều trị, có biểu hiện lâm sàng
30	Suy hoặc cường tuyến yên không được điều trị, có biểu hiện lâm sàng
31	Đái tháo đường có biến chứng (đánh giá theo tổn thương tại cơ quan đó)
32	Đái tháo nhạt chưa được điều trị
33	Hạ K ⁺ và Ca ⁺⁺ máu bệnh lý.
34	U tuyến ức chưa được phẫu thuật

TT	Tiêu chí
Hệ Cơ xương khớp	
35	Cứng hai khớp lớn tư thế bất lợi;
36	Sai hai khớp lớn hay tái phát;
37	Viêm khớp dạng thấp giai đoạn 4 trở lên
38	Viêm cột sống dính khớp giai đoạn 4 trở lên
39	Khớp giả xương lớn hai chi trên
40	Tháo khớp 2 cổ tay
41	Cụt 1 bàn tay và 1 bàn chân cùng bên
42	Bệnh nhược cơ
Các bệnh lý khác: căn cứ theo biểu chứng bệnh, tật đối với các cơ quan tương ứng để xét tiêu chuẩn sức khỏe.	

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Thị Xuyên

Phụ lục số 1

**TIÊU CHUẨN, ĐIỀU KIỆN CỦA CƠ SỞ KHÁM SỨC KHỎE CHO
NGƯỜI ĐIỀU KHIỂN XE MÔ TÔ, XE GẮN MÁY BA BÁNH
DÙNG CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT**

*(ban hành kèm theo Quyết định số 34/2008/QĐ-BYT ngày 30 tháng 9 năm 2008
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Các cơ sở y tế có đủ các tiêu chuẩn, điều kiện của cơ sở khám sức khỏe theo quy định tại Thông tư số 13/2007/TT-BYT ngày 21/11/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn về khám sức khỏe và có thêm các trang thiết bị sau

TT	Nội dung	Số lượng
1	Lực kế bóp tay	01
2	Máy đo thị trường	01
3	Máy đo thính lực	01
4	Máy điện tim	01
5	Máy đo thông khí phổi	01

Phụ lục số 2

MẪU GIẤY CHỨNG NHẬN SỨC KHỎE

(ban hành kèm theo Quyết định số 34/2008/QĐ-BYT
ngày 30 tháng 9 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

BỘ Y TẾ/SỞ Y TẾ
BỆNH VIỆN/.....

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

Ngày..... tháng..... năm.....

Ảnh màu
(4 x 6 cm)

GIẤY CHỨNG NHẬN SỨC KHỎE

Người điều khiển phương tiện giao thông cơ giới

Loại phương tiện

A. THÔNG TIN CHUNG

1. Họ và tên (viết chữ in hoa)

2. Giới: nam nữ: 3. Sinh ngày/tháng/năm:...../...../.....

4. Quốc tịch:..... 5. Số CMND/hộ chiếu:.....

6. Cấp ngày/tháng/năm:/...../..... 7. Nơi cấp:

7. Hộ khẩu thường trú:

8. Chỗ ở hiện tại

9. Khám sức khỏe: 1. Khám lần đầu (thi lấy giấy phép lái xe)

2. Khám sức khỏe định kỳ

C. KẾT LUẬN SỨC KHỎE

Căn cứ Tiêu chuẩn sức khỏe người điều khiển phương tiện

..... được ban hành kèm theo Quyết định số..... /...../

QĐ-BYT ngày..... tháng..... năm.....; Căn cứ tiền sử sức khỏe, kết quả khám lâm sàng,

cận lâm sàng, chúng tôi chứng nhận ông (bà) đủ

sức khỏe /không đủ sức khỏe (ghi bằng chữ)

để điều khiển phương tiện.....

Ngày khám sức khỏe/...../.....

THỦ TRƯỞNG CƠ SỞ KHÁM SỨC KHỎE

(Ký tên, đóng dấu)

B. KHÁM SỨC KHỎE**I. TIỀN SỬ CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE**

1. Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh sau đây không: tăng huyết áp, bệnh tim, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, liệt?

1. Không 2. có ghi cụ thể tên bệnh:

2. Ông (bà) đã/đang mắc bệnh/tình trạng nào sau đây không ?

Bệnh, tình trạng bệnh	Có	Không	Bệnh, tình trạng bệnh	Có	Không
01. Bệnh mắt/thị giác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Mất ngủ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Suy giảm sức nghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Nghiện rượu, ma túy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Hút thuốc lá?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Bệnh tim - mạch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Đã phẫu thuật?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Giãn tĩnh mạch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Động kinh/cơn co giật	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Hen/Viêm phế quản	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Mất ý thức	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Bệnh máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Rối loạn tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Bệnh tiểu đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Tình trạng suy nhược	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Bệnh tuyến giáp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Hoang tưởng tự sát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Mất trí nhớ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bệnh thận	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Rối loạn thăng bằng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bệnh ngoài da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Đau đầu nặng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bệnh dị ứng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Bệnh tai, mũi, họng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bệnh nhiễm trùng/lây	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Vận động hạn chế	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Thoát vị	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Chứng đau lưng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Các rối loạn sinh dục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Gãy xương, trật khớp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu trả lời bất kỳ một câu hỏi nào ở trên là “có”, đề nghị mô tả chi tiết:

.....

.....

.....

Câu hỏi khác

Có

Không

34. Ông (bà) có nhận thấy bản thân có bệnh, tật, vấn đề sức khỏe nào khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ông (bà) có cảm thấy thật sự khỏe mạnh và phù hợp để điều khiển phương tiện giao thông không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ông (bà) có đang uống thuốc theo đơn hoặc tự dùng thuốc không (nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đó, cả về lý do dùng thuốc và liều lượng):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI KHAI
(Ký, ghi rõ họ tên)

XÁC NHẬN CỦA BÁC SỸ
(Ký, ghi rõ họ tên)

II. PHẦN KHÁM SỨC KHỎE

1. Thể lực:

- Chiều cao:..... cm - Cân nặng:..... kg

- Lực kéo thân:..... kg - Lực bóp tay thuận:..... kg

- Lực bóp tay không thuận:..... kg

Kết quả: - đủ điều kiện - không đủ điều kiện

Họ tên người khám..... ký tên.....

2. Tuần hoàn: - Tần số mạch:...../phút - Nhịp tim:...../phút

- Huyết áp tâm thu/tâm trương:...../.....mmHg

Kết quả: - đủ điều kiện - không đủ điều kiện Họ tên người khám.....
..... ký tên

3. Hô hấp:.....

Kết quả: - đủ điều kiện - không đủ điều kiện Họ tên người khám.....
..... ký tên

4. Tiêu hóa:.....

Kết quả: - đủ điều kiện - không đủ điều kiện Họ tên người khám.....
..... ký tên

5. Tiết niệu - sinh dục:.....

Kết quả: - đủ điều kiện - không đủ điều kiện Họ tên người khám.....
..... ký tên

6. Thần kinh:.....

Kết quả: - đủ điều kiện - không đủ điều kiện Họ tên người khám.....
..... ký tên

7. Tâm thần:.....

Kết quả: - đủ điều kiện - không đủ điều kiện Họ tên người khám.....
..... ký tên

8. Hệ vận động:.....

Kết quả: - đủ điều kiện - không đủ điều kiện Họ tên người khám.....
 ký tên

9. Nội tiết:.....

Kết quả: - đủ điều kiện - không đủ điều kiện Họ tên người khám.....
 ký tên

10. Da liễu:.....

Kết quả: - đủ điều kiện - không đủ điều kiện Họ tên người khám.....
 ký tên

11. Sản phụ khoa:.....

Kết quả: - đủ điều kiện - không đủ điều kiện Họ tên người khám.....
 ký tên

12. Mắt

a) Thị giác

	Thị lực nhìn xa	
	Không kính	Có kính
Mắt phải		
Mắt trái		

Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)		Thị trường đứng (chiều trên - dưới)	
Bình thường	Hạn chế	Bình thường	Hạn chế

b) Sắc giác: bình thường Mù màu toàn bộ Mù màu: - đỏ

- xanh lục - vàng

c) Bệnh mắt:.....

Kết quả: - đủ điều kiện - không đủ điều kiện Họ tên người khám
 ký tên

13. Tai mũi họng: a) Thính lực

	Thử âm đơn giản và đo sức nghe (đơn vị đo: dB)		
	2,000 Hz	3,000 Hz	4,000 Hz
Tai phải			
Tai trái			

Thử bằng nói thường, nói thầm		
	Nói thường	Nói thầm
Tai phải		
Tai trái		

b) Bệnh tai - mũi - họng:.....

Kết quả: - đủ điều kiện - không đủ điều kiện Họ tên người khám.....
..... ký tên

14. Răng hàm mặt:

Kết quả: - đủ điều kiện - không đủ điều kiện Họ tên người khám.....
..... ký tên

15. Cận lâm sàng

Nội dung	Kết quả	Nội dung	Kết quả
XN máu			
- Số lượng hồng cầu		-	
- Số lượng bạch cầu		-	
- Tiểu cầu		-	
- Đường máu		-	
Kết quả: - đủ điều kiện <input type="checkbox"/> - không đủ điều kiện <input type="checkbox"/> Họ tên người ghi..... ký tên.....			
XN nước tiểu			
- Đường niệu		-	
- Protein niệu		-	

Kết quả: - đủ điều kiện <input type="checkbox"/> - không đủ điều kiện <input type="checkbox"/> Họ tên người ghi..... ký tên.....	
Cận lâm sàng khác	Kết quả
- X quang tim phổi	
- Điện tâm đồ	
- Khác.....	
Kết quả: - đủ điều kiện <input type="checkbox"/> - không đủ điều kiện <input type="checkbox"/> Họ tên người ghi ký tên.....	

Phụ lục số 3

DANH MỤC

**các cận lâm sàng bắt buộc khi khám sức khỏe cho người điều khiển xe mô tô,
xe gắn máy ba bánh dùng cho người khuyết tật**
*(ban hành kèm theo Quyết định số 34/2008/QĐ-BYT
ngày 30 tháng 9 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Chỉ số	Khám tuyến, khám định kỳ
1. Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi	Bắt buộc
2. Protein niệu	Bắt buộc
3. Glucose máu (đối với người > 40 tuổi)	Bắt buộc
4. Điện tâm đồ: đối với người có biểu hiện bệnh lý tim mạch	Bắt buộc
5. X quang tim phổi	Bắt buộc