

QUYẾT ĐỊNH

Về việc phê duyệt tài liệu Hướng dẫn giám định y khoa bệnh, tật, dị dạng, dị tật có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hoá học/dioxin trên cơ sở tài liệu ban hành kèm theo Quyết định số 3201/QĐ-BYT ngày 29 tháng 6 năm 2016 của Bộ Y tế

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét Biên bản làm việc của Hội đồng thẩm định tài liệu Hướng dẫn giám định y khoa bệnh, tật, dị dạng, dị tật có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hoá học/dioxin ban hành kèm theo Quyết định số 6682/QĐ-BYT ngày 09 tháng 01 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế;

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

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Phê duyệt kèm theo Quyết định này tài liệu Hướng dẫn giám định y khoa bệnh, tật, dị dạng, dị tật có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hoá học/dioxin trên cơ sở tài liệu ban hành kèm theo Quyết định số 3201/QĐ-BYT ngày 29 tháng 6 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Tổng Cục trưởng, Cục trưởng, Vụ trưởng thuộc Bộ Y tế, Viện trưởng Viện Giám định y khoa, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Văn phòng Chính phủ;
- Ủy ban các vấn đề xã hội;
- Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội;
- Ban Chỉ đạo 33;
- Bộ trưởng (để b/cáo);
- Công thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỦ TRƯỞNG



Nguyễn Viết Tiên

STT	NỘI DUNG	TRANG
27.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Thoát vị não tủy, thoát vị não - màng não	48
28.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Tật đầu nhỏ	49
29.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Tật não úng thủy bẩm sinh	50
30.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Thiếu hoặc không phát triển một phần não	51
31.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Tật nứt đốt sống /Tật gai sống chẻ đôi	52
32.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Hội chứng Arnold-Chiari	53
33.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Chậm phát triển tâm trí	54
34.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Tật không có mí mắt hoặc tật khuyết mí mắt; Tật không có nhãn cầu hoặc tật nhãn cầu bé; Tật không có móng mắt	56
35.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Tật tai bé (nhỏ) và tật thiếu tai ngoài bẩm sinh - Tật không tai	58
36.	Hướng dẫn khám giám định y khoa trít ống tai ngoài	59
37.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Tật biến dạng vành tai	60
38.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Các dị dạng, dị tật bẩm sinh ở hàm miệng (Tật sứt môi kèm hoặc không kèm nứt khấu cái)	61
39.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Tật da ngón, Tật dính ngón, Bàn tay vẹo bẩm sinh, Bàn chân vẹo	62
40.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Các khuyết tật hoặc thiếu hụt của chi trên, Các khuyết tật hoặc thiếu hụt của chi dưới, Tật không có chi	63
41.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Khuyết tật Chi giống hải cẩu	63
42.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Loạn sản sụn từng đám nhỏ	64
43.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Lỗi xương bẩm sinh nhiều nơi	65
44.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Hội chứng Down	66
45.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Hội chứng Edwards (Hội chứng ba nhiễm thể 18)	67
46.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Hội chứng Patau	68
47.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Tật song thai dính nhau (Sinh đôi dính nhau)	70
48.	Hướng dẫn khám giám định y khoa bọc thai trong thai (còn sống)	70

MỤC LỤC

STT	NỘI DUNG	TRANG
1.	Những chữ viết tắt	1
2.	Phần I. Quy định chung	2
3.	Phần II. Hướng dẫn khám giám định bệnh, tật, dị dạng, dị tật, liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học/dioxin áp dụng trong GDYK	4
4.	Hướng dẫn khám giám định y khoa bệnh Ung thư phần mềm	5
5.	Hướng dẫn khám giám định y khoa U lympho không Hodgkin	9
6.	Hướng dẫn khám giám định y khoa U lympho Hodgkin	11
7.	Hướng dẫn khám giám định y khoa bệnh ung thư phế quản – phổi (Ung thư phổi)	13
8.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Ung thư khí quản	15
9.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Ung thư thanh quản	17
10.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Ung thư tiền liệt tuyến	19
11.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Ung thư gan (tế bào gan) nguyên phát	21
12.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Bệnh đa u tủy xương (ác tính)	23
13.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Bệnh thần kinh ngoại biên (ngoại vi) cấp tính hoặc bán cấp tính	27
14.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Bệnh trứng cá do Clo	30
15.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Bệnh Porphyrin xuất hiện chậm	31
16.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Bệnh đái tháo đường type 2	33
17.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Các rối loạn tâm thần	38
18.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Hội chứng quên thực tồn không do rượu và các chất tác động tâm thần	40
19.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Rối loạn căng trương lực thực tồn	41
20.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Rối loạn hoang tưởng thực tồn (giống tâm thần phân liệt)	42
21.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Rối loạn khí sắc (cảm xúc) thực tồn	43
22.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Rối loạn lo âu thực tồn	44
23.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Các rối loạn cảm xúc không ổn định (suy nhược) thực tồn	45
24.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Rối loạn nhân cách thực tồn	46
25.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Các rối loạn nhân cách và hành vi thực tồn khác do bệnh não, tổn thương não hoặc rối loạn chức năng não	47
26.	Hướng dẫn khám giám định y khoa Thai vô sọ	48

NHỮNG CHỮ VIẾT TẮT

1. Chụp cắt lớp vi tính : CT
2. Chụp cắt lớp vi tính phát hiện điện tử dương : PET/CT
3. Chụp cộng hưởng từ hạt nhân : MRI
4. Chất độc hóa học : CĐHH
5. Giám định viên : GĐV
6. Giám định y khoa : GĐYK
7. Tồn thương cơ thể : TTCT
8. Tổ chức y tế thế giới : WHO
9. Tỷ lệ phần trăm tồn thương cơ thể : Tỷ lệ % TTCT
10. Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 27 tháng 9 năm 2013 của Bộ Y tế và Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội quy định tỷ lệ TTCT do thương tích, bệnh, tật và bệnh nghề nghiệp. : TTLT số 28/2013/TTLT - BYT-BLĐTBXH
11. Thông tư liên tịch số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30 tháng 6 năm 2016 của Bộ Y tế và Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội về hướng dẫn khám giám định bệnh, tật, dị dạng, dị tật có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học đối với người hoạt động kháng chiến và con đẻ của họ. : TTLT số 20/2016/TTLT -BYT-BLĐTBXH
12. Quyết định số 3201/QĐ-BYT ngày 29 tháng 6 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán một số bệnh, tật, dị dạng, dị tật có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học/dioxin : Quyết định số 3201/QĐ-BYT

PHẦN I

QUY ĐỊNH CHUNG

1. Các nội dung thực hiện khám lâm sàng, cận lâm sàng trong quá trình khám giám định phải được lưu bản chính trong hồ sơ khám giám định của đối tượng. Khi kết luận bệnh, tật, dị dạng, dị tật cho đối tượng, GDV, Hội đồng GDYK cần tuân thủ đúng các nội dung đã được quy định trong tài liệu Hướng dẫn chẩn đoán một số bệnh, tật, dị dạng, dị tật có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học/dioxin ban hành kèm theo Quyết định số 3201/QĐ-BYT.

2. Cơ quan thường trực Hội đồng GDYK khi gửi đối tượng có hồ sơ giám định bệnh, tật, dị dạng, dị tật liên quan đến phơi nhiễm với CDHH/dioxin (sau đây viết tắt là đối tượng) đi khám chuyên khoa, có trách nhiệm gửi kèm theo bản photo tài liệu liên quan đến quá trình khám và điều trị bệnh của đối tượng, để GDV có cơ sở tham khảo, khám, chẩn đoán, phù hợp với quy trình khám GDYK.

3. Việc cung cấp Bản sao Hồ sơ khám, chẩn đoán, điều trị của đối tượng:

3.1. Cơ sở y tế đã khám, chẩn đoán, điều trị cho đối tượng có trách nhiệm cấp Bản sao Hồ sơ khám, chẩn đoán, điều trị của đối tượng (nhất là các bệnh Ung thư) theo đề nghị của Cơ quan thường trực Hội đồng GDYK, để cung cấp cho GDV, Hội đồng GDYK xem xét kết luận bệnh, tật.

3.2. Bản sao hồ sơ khám, chẩn đoán, điều trị do cơ sở y tế cấp phải được sao lục theo qui định hiện hành và được lưu trong Hồ sơ khám GDYK của đối tượng.

4. Trong trường hợp cần thiết để giúp cho chẩn đoán xác định, Cơ quan thường trực Hội đồng GDYK có thể mượn khối nén mô bệnh học của đối tượng đang lưu giữ tại cơ sở y tế đã khám, chẩn đoán, điều trị cho đối tượng để xem xét, quyết định.

Việc kết luận đối với kết quả mô bệnh học hoặc kết quả hóa mô miễn dịch phải do Bác sĩ chuyên khoa Giải phẫu bệnh từ bệnh viện tuyến tỉnh trở lên hoặc tương đương thực hiện. Việc kết luận đối với kết quả mô bệnh học hoặc kết quả hóa mô miễn dịch được thực hiện đối với các trường hợp sau:

4.1. Tại thời điểm khám giám định còn khối u ung thư phần mềm được chỉ định sinh thiết làm xét nghiệm.

4.2. Kết quả xét nghiệm lại từ khối nén của đối tượng đang lưu trữ tại cơ sở điều trị được chỉ định thực hiện tại thời điểm khám giám định.

5. Một số nguyên tắc chung trong giám định dị dạng, dị tật bẩm sinh

5.1. GDYK đối với dị dạng, dị tật bẩm sinh được thực hiện đối với người còn sống.

5.2. Trường hợp con đẻ Người hoạt động kháng chiến bị phơi nhiễm với CDHH/dioxin bị dị dạng, dị tật đã chết, mà tại thời điểm khám giám định đối với Người hoạt động kháng chiến có cung cấp hồ sơ điều trị (Giấy ra viện hoặc Bệnh án điều trị của cơ sở y tế) hợp lệ, hợp pháp xác định được dị dạng, dị tật bẩm sinh của con đẻ người hoạt động kháng chiến, thì Hội đồng GDYK căn cứ hồ sơ này để kết luận đối với cha đẻ, mẹ đẻ là Người hoạt động kháng chiến bị phơi nhiễm với CDHH/dioxin theo qui định hiện hành.

5.3. Tất cả các dị dạng, dị tật, khi khám giám định phải tìm, loại trừ nguyên nhân mắc phải gây nên dị dạng, dị tật. Nếu tìm được nguyên nhân mắc phải gây dị dạng, dị tật thì không kết luận do bẩm sinh.

5.4. Tính “bẩm sinh” của dị dạng, dị tật nếu không xác định được tại thời điểm khám giám định sau khi đã thực hiện đầy đủ thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng quy định tại hướng dẫn này, thì Cơ quan thường trực Hội đồng GDYK có công văn đề nghị Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn nơi đối tượng cư trú xem xét xác nhận, để làm căn cứ cho Hội đồng GDYK xác định.

5.5. Nếu cần thiết, Cơ quan thường trực Hội đồng GDYK đề nghị cơ sở y tế đã điều trị cho đối tượng cung cấp cho GDV khám giám định chuyên khoa Bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị đối với trường hợp điều trị can thiệp, gồm: Biên bản phẫu thuật và bệnh án điều trị, trong đó nêu rõ phương pháp điều trị can thiệp, hoặc bản chính Giấy ra viện trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ tại cơ sở y tế theo quy định của pháp luật.

PHẦN II
HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH BỆNH, TẬT,
DI DẠNG, DI TẬT LIÊN QUAN ĐẾN PHƠI NHIỄM
VỚI CHẤT ĐỘC HÓA HỌC/DIOXIN
ÁP DỤNG TRONG GĐYK

HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA BỆNH UNG THƯ PHẦN MỀM

1. Chỉ định khám giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa ung bướu.

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng.

Tùy theo từng trường hợp cụ thể căn cứ vào các triệu chứng lâm sàng và quá trình điều trị, việc chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng do GĐV chuyên khoa ung bướu hoặc Hội đồng GĐYK quyết định để giúp cho chẩn đoán xác định bệnh và chẩn đoán di căn.

2. Tiêu chí xác định

Ung thư phần mềm bao gồm ung thư mô nâng đỡ có nguồn gốc trung mô trừ xương, tạng, vồng nội mô và ung thư mô thần kinh ngoại vi.

2.1. Xác định Ung thư phần mềm dựa vào kết quả sinh thiết khối u làm xét nghiệm mô bệnh học thường quy hoặc hóa mô miễn dịch nếu xét nghiệm mô bệnh học thường quy chưa đủ điều kiện để chẩn đoán xác định theo Danh mục các loại mô bệnh học Ung thư phần mềm bao gồm cả sarcom cơ vân (theo cách phân loại của Engzinger và Weiss) như sau:

- a) Sacôm xơ (fibrosarcoma);
- b) U mô bào xơ ác (malignant fibrous histiocytoma);
- c) Sacôm mỡ (lipsarcoma);
- d) Sacôm cơ trơn (leiomyosarcoma);
- đ) Sacôm cơ vân (rhabdomyosarcoma);
- e) Sacôm cơ vân biệt hóa hạch (u ngoài trung mô) (rhabdomyosarcoma with ganglionic differentiation) (ectomesenchymoma);
- f) Sacôm mạch (angiosarcoma);
- g) U ác quanh mạch (Hemangiopericytoma);
- h) Sacôm bao hoạt dịch (synovial sarcoma);
- i) U trung biểu mô ác (malignant mesothelioma);
- j) U thần kinh ác tính (Neurofibrosarcoma);
- k) U hạch thần kinh giao cảm ác (malignant para ganglioma);
- l) Sacôm sụn và xương ngoài xương (Chondrosarcoma và Osteosarcoma ngoài xương);
- m) U trung mô ác (malignant mesenchymoma);
- n) U không xếp loại được (unclassified sarcoma);
- o) Loại sacôm cơ trơn không biệt hóa biến thể của sacôm có trội tế bào B lymphô nhỏ sau tái phát u cực kỳ hiếm gặp.

2.2. Trường hợp còn khối u tại thời điểm khám giám định

Xác định mắc bệnh Ung thư phần mềm đáp ứng 01 trong 02 tiêu chí sau:

a) Kết quả xét nghiệm mô bệnh học thường quy, hoặc kết quả hóa mô miễn dịch tại thời điểm khám giám định có bằng chứng Ung thư phần mềm theo quy định tại Mục 2.1 nêu trên.

b) Trường hợp theo ý kiến của GDV chuyên khoa không thực hiện xét nghiệm mô bệnh học thường quy hoặc hóa mô miễn dịch tại thời điểm khám giám định thì căn cứ kết quả xét nghiệm mô bệnh học hoặc hóa mô miễn dịch của cơ sở đã chẩn đoán, điều trị cho đối tượng (Bản chính phiếu kết quả xét nghiệm có đóng dấu hợp pháp, hợp lệ của cơ sở đã chẩn đoán, điều trị cho đối tượng hoặc Kết quả xét nghiệm lại từ khối nền của bệnh nhân đang lưu giữ tại cơ sở điều trị được chỉ định thực hiện tại thời điểm khám giám định) có bằng chứng Ung thư phần mềm đáp ứng quy định tại Mục 2.1 nêu trên.

2.3. Trường hợp không còn khối u tại thời điểm khám giám định

Xác định mắc bệnh Ung thư phần mềm căn cứ Hồ sơ bệnh án chẩn đoán, điều trị (bản sao hợp pháp, hợp lệ) đáp ứng một trong hai tiêu chí sau:

a) Hồ sơ bệnh án chẩn đoán, điều trị (bản sao) hợp pháp, hợp lệ của cơ sở y tế đã chẩn đoán, điều trị cho đối tượng, trong đó Phiếu kết quả mô bệnh học thường quy hoặc kết quả hóa mô miễn dịch phải là bản chính, có bằng chứng Ung thư phần mềm phù hợp với quy định tại Mục 2.1; Biên bản phẫu thuật hoặc can thiệp khác và kết quả xét nghiệm cận lâm sàng trong bệnh án điều trị phù hợp kết quả xét nghiệm cận lâm sàng tại thời điểm giám định.

b) Hồ sơ bệnh án chẩn đoán, điều trị (bản sao) hợp pháp, hợp lệ của cơ sở y tế đã chẩn đoán, điều trị cho đối tượng và Phiếu kết quả mô bệnh học thường quy hoặc kết quả hóa mô miễn dịch xét nghiệm lại từ khối nền của bệnh nhân đang lưu giữ tại cơ sở điều trị được chỉ định thực hiện tại thời điểm khám giám định có bằng chứng Ung thư phần mềm theo quy định tại Mục 2.1.

Biên bản phẫu thuật hoặc can thiệp khác và kết quả xét nghiệm cận lâm sàng trong bệnh án chẩn đoán, điều trị phù hợp kết quả xét nghiệm cận lâm sàng tại thời điểm giám định.

2.4. Trường hợp không đáp ứng các tiêu chí tại Mục 2.2 hoặc 2.3 nêu trên thì:

a) GDV ghi rõ nội dung không đáp ứng tiêu chí chẩn đoán vào phần kết quả khám hiện tại và kết luận: "Tại thời điểm khám giám định không đáp ứng tiêu chí xác định bệnh ung thư phần mềm".

b) Hội đồng GDYK căn cứ hồ sơ khám giám định và hồ sơ chẩn đoán, điều trị bệnh hợp pháp hợp lệ của cơ sở y tế đã điều trị cho đối tượng theo qui định

hiện hành để xem xét quyết định đảm bảo đúng quy định của TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH.

2.5. Xác định giai đoạn bệnh, di căn hoặc chưa di căn

a) Căn cứ kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định để chẩn đoán xác định giai đoạn bệnh, và chẩn đoán di căn hoặc chưa di căn. GDV, Hội đồng GDYK có thể sử dụng Bản sao hồ sơ chẩn đoán, điều trị hợp pháp, hợp lệ để chẩn đoán xác định giai đoạn bệnh và/hoặc chẩn đoán xác định di căn hoặc chưa di căn trong trường hợp kết quả lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định không đáp ứng tiêu chí xác định giai đoạn bệnh và/hoặc chẩn đoán xác định di căn hoặc chưa di căn.

b) Trường hợp không đủ căn cứ chẩn đoán giai đoạn bệnh, di căn hoặc chưa di căn thì GDV ghi rõ vào phần Kết luận: "Tại thời điểm khám giám định không đủ căn cứ xác định giai đoạn bệnh, di căn hoặc chưa di căn".

3. Xác định tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định phải bảo đảm nêu rõ tên bệnh theo quy định tại TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH, mức độ bệnh, giai đoạn bệnh.

3.2. Trường hợp ung thư phần mềm tại các cơ quan, bộ phận đã có qui định cụ thể về u ác tính tại các cơ quan, bộ phận tương ứng trong TTLT số 28/2013/TTLB-BYT-BLĐTBXH thì áp dụng theo Thông tư này.

3.3. Trường hợp ung thư mô mềm tại các cơ quan, bộ phận không có qui định cụ thể trong TTLT số 28/2013/TTLB-BYT-BLĐTBXH thì áp dụng theo các tổn thương ác tính tương ứng về mặt giải phẫu, chức năng trong Thông tư. Ví dụ:

a) U trung biểu mô Leiomyosarcoma là u trung mô ác tính của mạc treo ruột non hoặc hồi tràng hoặc đại tràng ngang. Vì vậy, khi xác định tỷ lệ % TTCT sẽ áp dụng theo các tổn thương ác tính có ảnh hưởng về chức năng ở ruột non hoặc hồi tràng hoặc đại tràng ngang... trong Bảng tỷ lệ TTCTbệnh, tập hệ Tiêu hóa.

b) U trung biểu mô màng ngoài tim, ảnh hưởng tới các mô bao quanh tim khi xác định tỷ lệ % TTCT sẽ áp dụng theo các tổn thương ác tính tại Mục 10 (U thứ phát) trong Bảng tỷ lệ TTCTbệnh, tập hệ Tim mạch.

c) Đối với ung thư phần mềm vùng ngoại biên (khối u nằm trong phần mềm) thì tỷ lệ % TTCT được áp dụng theo Mục 6.2.3 (Các ung thư da) trong phần Bệnh tật Da và mô dưới da ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH.

4. Lưu ý

Cơ quan thường trực Hội đồng GDYK gửi văn bản đề nghị cơ sở đã khám, chẩn đoán và/ hoặc điều trị cho đối tượng cung cấp cho Hội đồng GDYK các nội dung cụ thể như sau

4.1. Bản sao y Hồ sơ bệnh án điều trị;

4.2. Bản chính phiếu kết quả mô bệnh học thường quy hoặc kết quả hóa mô miễn dịch của bệnh nhân theo qui định hiện hành;

4.3. Mụn khối nén của bệnh nhân đang lưu giữ tại cơ sở điều trị để làm xét nghiệm./.

HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA BỆNH U LYMPHO KHÔNG HODGKIN

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa huyết học và/hoặc ung bướu.

1.2. Xét nghiệm mô bệnh học, hóa mô miễn dịch tại thời điểm khám giám định do GĐV hoặc Hội đồng GĐYK xem xét chỉ định.

1.3. Xét nghiệm huyết đồ, tủy đồ và sinh thiết tủy tại thời điểm khám giám định do GĐV xem xét chỉ định.

1.4. Tùy từng trường hợp chỉ định xét nghiệm: Công thức máu, Sinh hóa máu, Chụp X-quang, Chụp CT, chụp MRI, siêu âm lồng ngực, siêu âm ổ bụng hoặc xét nghiệm cận lâm sàng khác để hỗ trợ kết luận bệnh.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Trường hợp còn khối u tại thời điểm khám giám định

Xác định mắc bệnh khi đáp ứng một trong hai tiêu chí sau:

a) Kết quả xét nghiệm mô bệnh học tại thời điểm khám giám định đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán mô bệnh học bệnh U lympho không Hodgkin: Có biểu hiện đặc điểm tổn thương tổ chức của hạch lympho đặc trưng như: Mất cấu trúc hạch, sự có mặt của các tế bào lympho ác tính với hình thái bất thường, tính đơn dòng của tế bào ác tính dựa trên đặc điểm hình thái và kết quả xét nghiệm hóa mô miễn dịch.

b) Trường hợp theo ý kiến của GĐV chuyên khoa không thực hiện xét nghiệm mô bệnh học tại thời điểm khám giám định: Căn cứ kết quả xét nghiệm mô bệnh học đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán tại Điểm a Mục 2.1 nêu trên ghi trong Bản chính hoặc Bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị để kết luận bệnh (có thể xem xét lại tiêu bản xét nghiệm mô bệnh học đã được thực hiện đang lưu giữ tại các cơ sở y tế chẩn đoán, điều trị cho bệnh nhân để làm căn cứ xác định).

2.2. Trường hợp không còn khối u tại thời điểm khám giám định

Căn cứ Bản sao hồ sơ chẩn đoán, điều trị (trong đó phải có Biên bản phẫu thuật hoặc can thiệp khác, kết quả xét nghiệm mô bệnh học) đáp ứng tiêu chí trong Mục 2.1 nêu trên để kết luận có mắc bệnh.

2.3. Trường hợp không đáp ứng các tiêu chí tại Mục 2.1 hoặc 2.2 nêu trên thì:

a) GĐV kết luận “Tại thời điểm khám giám định, không đáp ứng tiêu chí chẩn đoán xác định bệnh U lympho không Hodgkin”.

b) Hội đồng GDYK căn cứ hồ sơ khám giám định và hồ sơ chẩn đoán, điều trị bệnh của cơ sở y tế đã điều trị cho đối tượng theo qui định hiện hành để xem xét quyết định, đảm bảo đúng quy định của TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐT BXH.

2.4. Xác định giai đoạn bệnh

Dựa trên kết quả khám lâm sàng kết hợp với kết quả xét nghiệm, u lympho không Hodgkin được phân chia thành các giai đoạn lâm sàng như sau:

a) Giai đoạn I: Tôn thương một vùng hạch hoặc một cơ quan ngoài hạch duy nhất;

b) Giai đoạn II: Tôn thương hai hay nhiều vùng hạch ở cùng một phía của cơ hoành;

c) Giai đoạn III: Tôn thương các vùng hạch hoặc cơ quan ở cả hai phía của cơ hoành;

d) Giai đoạn IV: Ngoài các tổn thương mô tả ở giai đoạn III còn có thêm tổn thương của một hay nhiều cơ quan ngoài hạch khác.

Căn cứ kết quả khám giám định lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định để xác định giai đoạn. Trường hợp kết quả lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định không đáp ứng tiêu chí xác định giai đoạn bệnh GDV, Hội đồng GDYK sử dụng Bản sao hồ sơ chẩn đoán, điều trị hợp pháp, hợp lệ để xác định giai đoạn bệnh.

3. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với bệnh u lympho Hodgkin, các bệnh lý có hạch to trên lâm sàng như bệnh lý Viêm mạn tính, Ung thư di căn, Lêxêmi dòng Lympho.

4. Xác định bệnh và tỷ lệ % TTCT

4.1. Kết luận giám định phải bảo đảm nêu rõ tên bệnh theo quy định tại TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐT BXH, mức độ bệnh, giai đoạn bệnh..

4.2. Áp dụng tỷ lệ %TTCT tại Mục 4 (U lympho ác tính) trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh lý máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tạt ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐT BXH./.

HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA BỆNH U LYMPHO HODGKIN

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa huyết học và/hoặc ung bướu.

1.2. Xét nghiệm mô bệnh học, hóa mô miễn dịch tại thời điểm khám giám định do GDV xem xét chỉ định.

1.3. Xét nghiệm huyết đồ, tủy đồ và sinh thiết tủy tại thời điểm khám giám định do GDV xem xét chỉ định.

1.4. Tùy từng trường hợp chỉ định xét nghiệm: Công thức máu, Sinh hóa máu, Chụp X-quang, chụp CT, chụp MRI, siêu âm lồng ngực, ổ bụng hoặc xét nghiệm cận lâm sàng khác để hỗ trợ kết luận bệnh.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Trường hợp còn khối u tại thời điểm khám giám định

a) Kết quả xét nghiệm mô bệnh học tại thời điểm khám giám định đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán mô bệnh học bệnh U lympho Hodgkin:

- Có tế bào Reed-Sternberg (RS) hoặc biến thể của tế bào RS. Các tế bào này dương tính với CD30 và CD15 nhưng âm tính với các Marker dòng lympho B.

- Đặc điểm tổ chức học của hạch lympho: có biểu hiện tình trạng viêm, có các tế bào hỗn hợp lymphocyte, bạch cầu trung tính, bạch cầu ưa acid, đại thực bào.

b) Trường hợp theo ý kiến của GDV chuyên khoa không thực hiện được xét nghiệm mô bệnh học tại thời điểm khám giám định: Căn cứ kết quả xét nghiệm mô bệnh học đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán như Điểm a Mục 2.1 nêu trên trong Bản chính hoặc Bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị hợp pháp, hợp lệ của đối tượng để kết luận mắc bệnh (có thể xem xét lại tiêu bản xét nghiệm mô bệnh học đã được thực hiện, lưu giữ tại các cơ sở y tế chẩn đoán, điều trị cho bệnh nhân).

2.2. Trường hợp không còn khối u tại thời điểm khám giám định: Căn cứ Bản sao hồ sơ chẩn đoán, điều trị (trong đó phải có Biên bản phẫu thuật hoặc can thiệp khác, kết quả xét nghiệm mô bệnh học) đáp ứng tiêu chí trong Mục 2.1 nêu trên để kết luận có mắc bệnh.

2.3. Trường hợp không đáp ứng các tiêu chí tại Mục 2.1 hoặc Mục 2.2 nêu trên thì:

a) GDV kết luận “Tại thời điểm khám giám định không đáp ứng tiêu chí để chẩn đoán xác định bệnh U Lympho Hodgkin”.

b) Hội đồng GDYK căn cứ hồ sơ khám giám định và hồ sơ chẩn đoán, điều trị bệnh của của cơ sở y tế đã điều trị cho đối tượng theo qui định hiện hành để xem xét quyết định đảm bảo đúng quy định của TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐT BXH.

3. Xác định giai đoạn bệnh

3.1. Dựa trên thăm khám lâm sàng kết hợp với kết quả xét nghiệm, u lympho Hodgkin được phân chia thành các giai đoạn lâm sàng như sau:

a) Giai đoạn I: Tôn thương một vùng hạch hoặc một cơ quan ngoài hạch duy nhất;

b) Giai đoạn II: Tôn thương hai hay nhiều vùng hạch ở cùng một phía của cơ hoành;

c) Giai đoạn III: Tôn thương các vùng hạch hoặc cơ quan ở cả hai phía của cơ hoành;

d) Giai đoạn IV: Ngoài các tổn thương mô tả ở giai đoạn III còn có thêm tổn thương của một hay nhiều cơ quan ngoài hạch khác.

3.2. Căn cứ kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định để xác định giai đoạn. Trường hợp kết quả lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định không đáp ứng tiêu chí chẩn đoán xác định giai đoạn bệnh thì GDV, Hội đồng GDYK sử dụng Bản sao hồ sơ chẩn đoán, điều trị hợp pháp, hợp lệ để chẩn đoán xác định giai đoạn bệnh.

4. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với các bệnh: U lympho không Hodgkin, bệnh lý viêm hạch mạn tính, di căn hạch của các ung thư khác.

5. Xác định bệnh và tỷ lệ % TTCT

5.1. Kết luận giám định phải bảo đảm nêu rõ tên bệnh theo quy định tại TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐT BXH, mức độ bệnh, giai đoạn bệnh..

5.2. Áp dụng tỷ lệ % TTCT tại Mục 4 (U lympho ác tính) trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh lý máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐT BXH./.

HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA BỆNH UNG THƯ PHẾ QUẢN - PHỔI (UNG THƯ PHỔI)

1. Chỉ định giám định

1.1. Giám định chuyên khoa hô hấp và/hoặc chuyên khoa ung bướu.

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng:

a) Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng: Chụp X-quang tim phổi, chụp CT hoặc chụp MRI lồng ngực;

b) Nội soi phế quản;

c) Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng tùy trường hợp: Xét nghiệm Mô bệnh học tại thời điểm khám giám định do GDV chuyên khoa hô hấp và/hoặc chuyên khoa ung bướu xem xét chỉ định.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Trường hợp còn khối u tại thời điểm khám giám định

Xác định mắc bệnh Ung thư phổi nếu đáp ứng một trong các tiêu chí sau:

a) Kết quả xét nghiệm mô bệnh học tại thời điểm khám giám định có bằng chứng giải phẫu bệnh là Ung thư phổi:

+ Ung thư phổi tế bào nhỏ;

+ Ung thư phổi không phải tế bào nhỏ;

+ Ung thư biểu mô tế bào vảy;

+ Ung thư biểu mô tuyến (tuyến nhú, tuyến nang, phế quản, phế nang);

+ Ung thư biểu mô tuyến vảy;

+ Ung thư biểu mô tuyến với các phân typ hỗn hợp;

+ Ung thư biểu mô tế bào lớn và các biến thể;

b) Các khối u carcinoid: Không xếp loại.

c) Trường hợp theo ý kiến của GDV chuyên khoa không thực hiện được xét nghiệm mô bệnh học tại thời điểm giám định: Căn cứ Bản chính kết quả mô bệnh học có bằng chứng giải phẫu bệnh là Ung thư phổi trong Bản chính hoặc Bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị của đối tượng để kết luận có mắc bệnh (có thể xem xét lại tiêu bản xét nghiệm mô bệnh học đã được thực hiện, lưu giữ tại các cơ sở y tế chẩn đoán, điều trị để làm căn cứ xác định nếu cần).

2.2. Trường hợp không còn khối u tại thời điểm khám giám định:

Căn cứ Bản sao hồ sơ chẩn đoán, điều trị, bao gồm Biên bản phẫu thuật hoặc can thiệp khác, kết quả xét nghiệm cận lâm sàng (kết quả xét nghiệm mô bệnh học), nếu đáp ứng tiêu chí trong Mục 2.1 nêu trên và phù hợp với các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng tại thời điểm giám định và thì xác định có mắc bệnh Ung thư phổi.

2.3. Trường hợp không đáp ứng các tiêu chí tại Mục 2.1 hoặc Mục 2.2 nêu trên thì:

a) GDV ghi rõ kết luận “Tại thời điểm khám giám định không đủ tiêu chí xác định bệnh Ung thư phổi”.

b) Hội đồng GDYK căn cứ hồ sơ khám giám định và hồ sơ chẩn đoán, điều trị bệnh hợp pháp, hợp lệ để xem xét quyết định đảm bảo đúng quy định của TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐT BXH.

2.4. Xác định di căn hoặc chưa di căn

a) Căn cứ kết quả khám giám định lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định để xác định di căn hoặc chưa di căn. GDV, Hội đồng GDYK có thể sử dụng Bản sao hồ sơ chẩn đoán, điều trị để xác định di căn hoặc chưa di căn trong trường hợp kết quả lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định không đáp ứng tiêu chí xác định giai đoạn bệnh.

b) Trường hợp không đủ căn cứ chẩn đoán di căn hoặc chưa di căn thì GDV ghi rõ vào phần Kết luận: "Tại thời điểm khám giám định không đủ căn cứ xác định di căn hoặc chưa di căn".

3. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với các bệnh: Lao phổi, viêm phổi, áp xe phổi, các u lành ở phổi, nấm phổi, di căn phổi của các ung thư khác.

4. Xác định bệnh và tỷ lệ % TTCT

4.1. Kết luận giám định phải bảo đảm nêu rõ tên bệnh theo quy định tại TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐT BXH, mức độ bệnh, giai đoạn bệnh..

4.2. Xác định tỷ lệ % TTCT thể theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật hệ Hô hấp ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐT BXH./.

HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA BỆNH UNG THƯ KHÍ QUẢN

1. Chỉ định giám định

1.1. Giám định chuyên khoa hô hấp và/hoặc chuyên khoa ung bướu.

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng:

a) Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng bắt buộc: chụp X-quang tim phổi, chụp X-quang tim phổi hoặc chụp CT hoặc chụp MRI lồng ngực.

b) Nội soi khí quản: do GĐV chuyên khoa Hô hấp và/hoặc chuyên khoa ung bướu xem xét chỉ định.

c) Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng tùy trường hợp: Xét nghiệm Mô bệnh học tại thời điểm khám giám định do GĐV chuyên khoa Hô hấp và/hoặc chuyên khoa ung bướu xem xét chỉ định.

d) Đo chức năng hô hấp hoặc thông khí phổi.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Trường hợp còn khối u tại thời điểm khám giám định

Xác định mắc bệnh Ung thư khí quản nếu đáp ứng một trong các tiêu chí sau:

a) Kết quả xét nghiệm mô bệnh học tại thời điểm khám giám định có bằng chứng giải phẫu bệnh là Ung thư khí quản:

+ Ung thư biểu mô tế bào vảy;

+ Carcinom tuyến nang.

b) Trường hợp theo ý kiến của GĐV chuyên khoa không thực hiện xét nghiệm mô bệnh học tại thời điểm khám giám định: Căn cứ Bản chính kết quả mô bệnh học có bằng chứng giải phẫu bệnh là Ung thư khí quản ghi nhận trong Bản chính hoặc Bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị của đối tượng để kết luận có mắc bệnh (có thể xem xét lại tiêu bản xét nghiệm mô bệnh học lưu giữ tại các cơ sở y tế chẩn đoán, điều trị để làm căn cứ xác định nếu cần).

2.2. Trường hợp không còn khối u tại thời điểm khám giám định:

Căn cứ Bản sao hồ sơ chẩn đoán, điều trị, bao gồm Biên bản phẫu thuật hoặc can thiệp khác, kết quả xét nghiệm cận lâm sàng (Bản chính kết quả mô bệnh học), nếu đáp ứng tiêu chí trong Mục 2.1 nêu trên và phù hợp với các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng tại thời điểm giám định và thì xác định có mắc bệnh.

2.3. Trường hợp không đáp ứng các tiêu chí tại Mục 2.1 hoặc Mục 2.2 nêu

trên thì:

a) GDV ghi rõ vào phần kết quả khám hiện tại và kết luận “Tại thời điểm khám giám định không đáp ứng tiêu chí xác định bệnh Ung thư khí quản”.

b) Hội đồng GDYK căn cứ hồ sơ khám giám định và hồ sơ chẩn đoán, điều trị bệnh để xem xét quyết định đảm bảo đúng quy định của TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH.

2.4. Xác định di căn hoặc chưa di căn

a) Căn cứ kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định để xác định di căn hoặc chưa di căn. GDV, Hội đồng GDYK có thể sử dụng Bản sao hồ sơ chẩn đoán, điều trị hợp pháp, hợp lệ để xác định di căn hoặc chưa di căn trong trường hợp kết quả lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định không đáp ứng tiêu chí xác định giai đoạn bệnh.

b) Trường hợp không đủ căn cứ chẩn đoán di căn hoặc chưa di căn thì GDV ghi rõ vào phần Kết luận: "Tại thời điểm khám giám định không đủ căn cứ xác định di căn hoặc chưa di căn".

3. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với các bệnh: Các U lành khí quản, polyp khí quản, di căn khí quản của các ung thư khác.

4. Xác định bệnh và tỷ lệ % TTCT

4.1. Kết luận giám định phải bảo đảm nêu rõ tên bệnh theo quy định tại TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH, mức độ bệnh, giai đoạn bệnh..

4.2. Xác định tỷ lệ % TTCT theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh tật hệ Hô hấp ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH./.

HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA BỆNH UNG THƯ THANH QUẢN

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám GDV chuyên khoa Tai mũi họng và/hoặc ung bướu.

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng:

Tùy trường hợp cụ thể mà chỉ định một hoặc nhiều xét nghiệm cận lâm sàng sau: siêu âm vùng cổ, chọc hạch làm xét nghiệm tế bào, chụp CT có bơm thuốc cản quang vùng hầu họng, chụp MRI có bơm thuốc đối quang, chụp PET/CT.

1.3. Xét nghiệm mô bệnh học ung thư thanh quản (tùy từng trường hợp GDV có chỉ định cụ thể).

2. Tiêu chí xác định

2.1. Trường hợp còn khối u tại thời điểm khám giám định:

Xác định có mắc bệnh Ung thư Thanh quản nếu đáp ứng 1 trong 2 tiêu chí sau:

a) Có kết quả mô bệnh học chẩn đoán là ung thư Thanh quản tại thời điểm giám định, như: Ung thư biểu mô vảy, ung thư của tổ chức liên kết (rất ít gặp), ung thư biểu mô tuyến, hoặc sarcoma, u hắc tố (melanoma) hoặc được ghi nhận trong tóm tắt bệnh án hoặc bệnh án chẩn đoán, điều trị là ung thư thanh quản trong trường hợp theo ý kiến của GDV chuyên khoa không thực hiện xét nghiệm mô bệnh học.

b) Khám tại thời điểm giám định chẩn đoán là ung thư lan rộng cả thanh quản và hạ họng. Ung thư lan rộng cả thanh quản và hạ họng cũng được ghi nhận trong tóm tắt bệnh án hoặc bệnh án chẩn đoán, điều trị (có kết quả mô bệnh học là ung thư thanh quản kèm).

2.2. Trường hợp không còn khối ung thư tại thời điểm khám giám định

Xác định có mắc bệnh Ung thư Thanh quản nếu đáp ứng tiêu chí sau:

Căn cứ vào hồ sơ bệnh án của cơ sở khám, chẩn đoán, điều trị bệnh cho đối tượng đã xác định là ung thư thanh quản hoặc ung thư lan rộng cả thanh quản và hạ họng: thể hiện qua kết quả khám nội soi, cận lâm sàng, phương pháp điều trị khối u và kết quả xét nghiệm mô bệnh học là ung thư thanh quản.

2.3. Trường hợp không đáp ứng tiêu chí tại Mục 2.1 hoặc Mục 2.2

Trường hợp không đáp ứng tiêu chí tại Mục 2.1 hoặc Mục 2.2 nêu trên thì:

a) GDV ghi rõ vào phần kết quả khám hiện tại và kết luận “Tại thời điểm

khám giám định không đáp ứng tiêu chí xác định ung thư thanh quản”.

b) Hội đồng GDYK căn cứ hồ sơ khám giám định và hồ sơ chẩn đoán, điều trị bệnh hợp pháp, hợp lệ để xem xét quyết định, đảm bảo đúng quy định của TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH.

2.4. Xác định giai đoạn bệnh

a) Căn cứ vào kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định để đánh giá giai đoạn bệnh.

b) Trường hợp tại thời điểm khám giám định: khối u đã được điều trị can thiệp, bệnh không tiến triển thì dựa vào hồ sơ bệnh án điều trị gần nhất để có căn cứ chẩn đoán xác định giai đoạn bệnh.

c) Trường hợp không đủ căn cứ chẩn đoán xác định giai đoạn bệnh thì GDV ghi rõ vào phần Kết luận: "Tại thời điểm khám giám định không đủ căn cứ xác định giai đoạn bệnh".

3. Chẩn đoán phân biệt

Trên cơ sở kết quả phiếu mô bệnh học chẩn đoán là ung thư, cần chẩn đoán phân biệt Ung thư thanh quản với Ung thư hạ họng dựa trên 1 hoặc 2 tiêu chí sau:

3.1. Căn cứ kết quả khám tại thời điểm giám định thể hiện hình ảnh khối u khởi phát từ hạ họng qua khám nội soi tại mũi họng(có hoặc không kèm kết quả chẩn đoán hình ảnh);

3.2. Hồi cứu Bản sao hồ sơ bệnh án điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể hiện khối u khởi phát từ vùng hạ họng.

4. Xác định bệnh và tỷ lệ % TTCT

4.1. Kết luận giám định phải bảo đảm nêu rõ tên bệnh theo quy định tại TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH, mức độ bệnh, giai đoạn bệnh.

4.2. Xác định Tỷ lệ % TTCT theo mục 12.3 tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật hệ Tai - Mũi - Họng ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH./.

HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA BỆNH UNG THƯ TIỀN LIỆT TUYẾN (TUYẾN TIỀN LIỆT)

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa: Thận tiết niệu và/hoặc ung bướu.

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng:

a) Xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt PSA (Prostate Specific Antigen).

b) Chẩn đoán hình ảnh (Siêu âm nội trực tràng, chụp CT, MRI vùng tiểu khung...): Tùy từng trường hợp.

c) Xét nghiệm mô bệnh học tuyến tiền liệt (sinh thiết) do GDV chuyên khoa chỉ định.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Trường hợp còn khối u tại thời điểm khám giám định

Xác định mắc bệnh Ung thư Tuyến tiền liệt nếu đáp ứng tiêu chí sau:

a) Xét nghiệm mô bệnh học tại thời điểm khám giám định có bằng chứng ung thư tuyến tiền liệt (Carcinôm mô tuyến, Carcinôm tuyến ống hoặc Carcinôm tuyến nhầy, Carcinôm tế bào nhỏ, Carcinôm tế bào chuyển tiếp, Carcinôm vảy và tuyến vảy, Carcinôm dạng sarcom, khối u tế bào đáy tuyến và các khối u trung mô ác tính) và chỉ số PSA (Prostate Specific Antigen) tăng.

b) Trường hợp theo ý kiến của GDV chuyên khoa không thực hiện xét nghiệm mô bệnh học tại thời điểm khám giám định: Căn cứ Bản chính kết quả mô bệnh học có bằng chứng ung thư tuyến tiền liệt và kết quả xét nghiệm PSA của cơ sở y tế chẩn đoán, điều trị để kết luận bệnh (có thể xem xét lại tiêu bản xét nghiệm mô bệnh học đã được thực hiện, lưu giữ tại các cơ sở y tế chẩn đoán, điều trị theo quy định để làm căn cứ xác định nếu cần).

2.2. Trường hợp không còn khối u tại thời điểm khám giám định

Căn cứ Bản sao hồ sơ chẩn đoán, điều trị và Biên bản phẫu thuật hoặc can thiệp khác, kết quả mô bệnh học, xét nghiệm PSA. Nếu đáp ứng tiêu chí trong Mục 2.1 nêu trên và phù hợp với các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng tại thời điểm giám định, thì kết luận có mắc bệnh.

2.3. Trường hợp không đáp ứng các tiêu chí tại Mục 2.1 hoặc Mục 2.2 nêu trên thì:

a) GDV ghi rõ vào kết luận “Tại thời điểm khám giám định không đáp

ứng tiêu chí xác định bệnh Ung thư tuyến tiền liệt”.

b) Hội đồng GDYK căn cứ hồ sơ khám giám định và hồ sơ chẩn đoán, điều trị bệnh hợp pháp, hợp lệ để xem xét quyết định, đảm bảo đúng quy định của TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐT BXH.

2.4. Xác định di căn hoặc chưa di căn

a) Căn cứ kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định để xác định di căn hoặc chưa di căn. GDV, Hội đồng GDYK có thể sử dụng Bản sao hồ sơ chẩn đoán, điều trị hợp pháp, hợp lệ để xác định di căn hoặc chưa di căn trong trường hợp kết quả lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định không đáp ứng tiêu chí xác định giai đoạn bệnh.

b) Trường hợp không đủ căn cứ chẩn đoán di căn hoặc chưa di căn thì GDV ghi rõ vào phần Kết luận: "Tại thời điểm khám giám định không đủ căn cứ xác định di căn hoặc chưa di căn".

3. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt ung thư tuyến tiền liệt với Phì đại lành tính tuyến tiền liệt; Viêm tuyến tiền liệt.

4. Xác định bệnh và tỷ lệ % TTCT

4.1. Kết luận giám định phải bảo đảm nêu rõ tên bệnh theo quy định tại TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐT BXH, mức độ bệnh, giai đoạn bệnh..

4.2. Xác định tỷ lệ % TTCT thể theo Mục 8.3 tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật hệ Tiết niệu - Sinh dục ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐT BXH./.

HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA BỆNH UNG THƯ GAN (TẾ BÀO GAN) NGUYÊN PHÁT

1. Chỉ định giám định

1.1. Giám định chuyên khoa tiêu hóa và/hoặc chuyên khoa ung bướu.

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng:

a) Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng bắt buộc: Chụp MRI ổ bụng hoặc chụp CT ổ bụng, xét nghiệm α FP (Alpha Feto Protein).

b) Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng tùy trường hợp: Xét nghiệm Mô bệnh học tại thời điểm khám giám định do GDV chuyên khoa tiêu hóa và/ hoặc chuyên khoa ung bướu xem xét chỉ định.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Trường hợp còn khối u tại thời điểm khám giám định

Xác định mắc bệnh nếu đáp ứng một trong hai tiêu chí sau:

a) Kết quả xét nghiệm mô bệnh học tại thời điểm khám giám định có bằng chứng giải phẫu bệnh là ung thư tế bào gan nguyên phát.

Trường hợp theo ý kiến của GDV chuyên khoa không thực hiện được xét nghiệm mô bệnh học tại thời điểm khám giám định: Căn cứ kết quả mô bệnh học có bằng chứng là ung thư tế bào gan nguyên phát ghi nhận trong Bản chính hoặc Bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị của đối tượng để kết luận bệnh (có thể xem xét lại tiêu bản xét nghiệm mô bệnh học đã được thực hiện, lưu giữ tại các cơ sở y tế chẩn đoán, điều trị cho bệnh nhân để làm căn cứ xác định nếu cần).

b) Hình ảnh trên chụp CT ổ bụng hoặc chụp MRI ổ bụng (vì đã ghi cụ thể ở Mục 1 rồi) tại thời điểm khám giám định:

- Có hình ảnh điển hình: Khối u tăng quang trên thì động mạch gan và thoát thuốc (wash out) trên thì tĩnh mạch cửa hay thì chậm; hoặc khối u giảm quang trên thì chưa tiêm cản quang và tăng quang trên thì động mạch gan; và chỉ số α FP trên 400 ng/ml.

- Không có hình ảnh điển hình:

+ Để chẩn đoán xác định bệnh, GDV, Hội đồng GDYK căn cứ các tài liệu, như: Bản sao hồ sơ chẩn đoán, điều trị, hoặc Biên bản phẫu thuật hoặc can thiệp khác và kết quả cận lâm sàng, như: chỉ số α FP trên 400 ng/ml và phim chụp CT ổ bụng hoặc MRI ổ bụng của cơ sở y tế dùng để chẩn đoán bệnh Ung thư gan nguyên phát trước khi điều trị có hình ảnh điển hình như nêu trên.

+ Trường hợp không có hình ảnh điển hình trên phim chụp CT ổ bụng hoặc MRI ổ bụng và/hoặc chỉ số $\alpha\text{FP} \leq 400\text{ng/ml}$ (trong hồ sơ chẩn đoán điều trị hoặc tại thời điểm khám giám định), thì bắt buộc thực hiện xét nghiệm mô bệnh học. Kết quả mô bệnh học phải có bằng chứng là ung thư tế bào gan nguyên phát thì xác định có mắc bệnh.

2.2. Trường hợp không còn khối u tại thời điểm khám giám định:

Căn cứ Bản sao hồ sơ khám, chẩn đoán, điều trị của cơ sở y tế theo quy định và Biên bản phẫu thuật hoặc can thiệp khác, kết quả xét nghiệm cận lâm sàng đáp ứng tiêu chí trong Mục 2.1 nêu trên và phù hợp kết quả xét nghiệm cận lâm sàng tại thời điểm giám định để kết luận có mắc bệnh.

2.3. Trường hợp không đáp ứng các tiêu chí tại Mục 2.1 hoặc Mục 2.2 nêu trên thì:

a) GDV ghi rõ và kết luận “Tại thời điểm khám giám định không đáp ứng tiêu chí xác định bệnh Ung thư gan (tế bào gan) nguyên phát”.

b) Hội đồng GDYK căn cứ hồ sơ khám giám định và hồ sơ chẩn đoán, điều trị bệnh hợp pháp, hợp lệ để xem xét quyết định đảm bảo đúng quy định của TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH.

2.4. Xác định di căn hoặc chưa di căn

a) Căn cứ kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định để xác định di căn hoặc chưa di căn. GDV, Hội đồng GDYK có thể sử dụng Bản sao hồ sơ chẩn đoán, điều trị hợp pháp, hợp lệ để xác định di căn/chưa di căn trong trường hợp kết quả lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định không đáp ứng tiêu chí xác định giai đoạn bệnh.

b) Trường hợp không đủ căn cứ chẩn đoán di căn hoặc chưa di căn thì GDV ghi rõ vào phần Kết luận: "Tại thời điểm khám giám định không đủ căn cứ xác định di căn hoặc chưa di căn".

3. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với các bệnh: U máu ở gan, các U lành ở gan, Ung thư đường mật trong gan, Di căn gan của các ung thư khác.

4. Xác định bệnh và tỷ lệ % TTCT

4.1. Kết luận giám định phải bảo đảm nêu rõ tên bệnh theo quy định tại TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH, mức độ bệnh, giai đoạn bệnh.

4.2. Kết luận giám định bảo đảm nêu rõ tên bệnh và mức độ tổn thương Ung thư gan (tế bào gan) nguyên phát theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tập hệ Tiêu hóa ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH./.

HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA BỆNH ĐA U TỦY XƯƠNG (ác tính)

1. Chỉ định giám định

- 1.1. Khám chuyên khoa Huyết học và/hoặc Ung bướu;
- 1.2. Khám giám định chuyên khoa Cơ-xương-khớp, Thần kinh, Tiết niệu, nếu có biểu hiện tổn thương cơ, xương, khớp, thần kinh, thận;
- 1.3. Tùy trường hợp cụ thể mà chỉ định một hoặc nhiều xét nghiệm cận lâm sàng theo các tiêu chí xác định bệnh ở Mục 2 dưới đây. Xét nghiệm Mô bệnh học, miễn dịch do GĐV chuyên khoa huyết học hoặc ung bướu chỉ định.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Trường hợp chưa điều trị đặc hiệu

Xác định có mắc bệnh khi đáp ứng một trong các thể bệnh sau đây:

a) Thể bệnh lý gamma đơn dòng có ý nghĩa không xác định (Monoclonal gammopathy of undetermined significance - MGUS)

Trường hợp này phải đáp ứng tất cả 3 tiêu chuẩn sau:

- Protein đơn dòng trong huyết thanh <3g/dl; và
- Tế bào dòng Plasmô trong tủy xương < 10%; và
- Không thấy tổn thương cơ quan (tăng canxi máu, suy thận, thiếu máu, tổn thương xương),

b) Thể Đa u tủy xương tiềm tàng (Smouldering multiple myeloma SMM)

Trường hợp này phải đáp ứng cả hai tiêu chuẩn sau:

- Protein đơn dòng trong huyết thanh (IgG hoặc IgA) \geq 3g/dl; và/hoặc
- Các tế bào dòng Plasmô trong tủy xương \geq 10%; và
- Không thấy tổn thương cơ quan (tăng canxi máu, suy thận, thiếu máu, tổn thương xương).

c) Thể Đa u tủy xương có triệu chứng (Multiple myeloma - MM)

Trường hợp này phải đáp ứng tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Tế bào dòng Plasmô trong tủy xương \geq 10% hoặc sinh thiết chứng minh có tế bào dòng Plasmô; và
- Có tổn thương cơ quan:
 - + Tăng canxi máu > 11.5mg/dl;

- + Suy thận;
- + Thiếu máu bình sắc;
- + Tồn thương xương: Loãng xương, tiêu xương, gãy xương bệnh lý.

2.2. Trường hợp đã điều trị đặc hiệu

GDV, Hội đồng GDYK sử dụng Bản sao hồ sơ chẩn đoán, điều trị của cơ sở y tế, trong đó kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng là bản chính hoặc bản sao bảo đảm đúng quy định về sao lục, nếu đáp ứng tiêu chuẩn tại Mục 2.1 nêu trên và phù hợp với các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng tại thời điểm giám định thì xác định mắc bệnh.

2.3. Trường hợp không đáp ứng các tiêu chí tại Mục 2.1 hoặc Mục 2.2 nêu trên thì:

a) GDV ghi rõ và kết luận “Tại thời điểm khám giám định không đáp ứng tiêu chí xác định bệnh Đa u tủy xương (ác tính)”.

b) Hội đồng GDYK căn cứ hồ sơ khám giám định và hồ sơ chẩn đoán, điều trị bệnh hợp pháp, hợp lệ để xem xét quyết định đảm bảo đúng quy định của TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐT BXH.

3. Xác định giai đoạn

3.1. Căn cứ kết quả khám giám định lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định để xác định giai đoạn.

a) Giai đoạn I: Đáp ứng một trong 2 tiêu chí sau:

- β^2 Microglobulin huyết thanh $< 3.5\text{mG/L}$; và
- Albumin $\geq 3.5\text{g/dl}$.

b) Giai đoạn II

- β^2 Microglobulin huyết thanh $< 3.5\text{mG/L}$ và Albumin $< 3.5\text{g/dl}$; hoặc
- β^2 Microglobulin huyết thanh $3.5 - 5.5\text{mG/L}$ và nồng độ Albumin bất kỳ.

c) Giai đoạn III

- β^2 Microglobulin huyết thanh $\geq 5,5\text{ mG/L}$.

3.2. Trường hợp kết quả lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định không đáp ứng tiêu chí xác định giai đoạn bệnh thì GDV, Hội đồng GDYK có thể sử dụng Bản sao hồ sơ chẩn đoán, điều trị để xác định giai đoạn bệnh theo tiêu chí quy định tại Mục 3.1 nêu trên.

3.3. Trường hợp không đủ căn cứ chẩn đoán di căn hoặc chưa di căn thì GDV ghi rõ vào phần Kết luận: "Tại thời điểm khám giám định không đủ căn cứ

xác định giai đoạn bệnh".

4. Xác định mức độ đáp ứng điều trị

4.1. Điều trị kết quả tốt (*Theo Bảng tiêu chuẩn đáp ứng điều trị IMWG 2011*) khi đáp ứng 1 trong 3 tiêu chí sau:

a) Đáp ứng hoàn toàn (Complect Response - CR);

- Miễn dịch cố định huyết thanh và nước tiểu âm tính;
- Biến mất các khối u tế bào dòng Plasmô;
- Tỷ lệ dòng Plasmô trong tủy xương < 5%.

b) Đáp ứng hoàn toàn nghiêm ngặt (Stringent CR)

- Tiêu chuẩn như CR; và
- Tỷ lệ Kappa/lamda bình thường; và
- Không phát hiện thấy tế bào dòng plasmô bất thường bằng xét nghiệm hóa mô miễn dịch (immunohistochemistry).

c) Đáp ứng một phần rất tốt (Very good Partial Respond –VGPR)

Phát hiện được Protein đơn dòng trong huyết thanh và nước tiểu bằng điện di miễn dịch cố định, nhưng không phát hiện được bằng điện di thường, hoặc giảm $\geq 90\%$ Protein đơn dòng trong huyết thanh và Protein đơn dòng trong nước tiểu < 100mg/24 giờ.

4.2. Điều trị kết quả không tốt (*Theo Bảng tiêu chuẩn đáp ứng điều trị IMWG-2011*). Đáp ứng một trong 2 tiêu chí sau:

a) Đáp ứng một phần (Partial Respond – PR)

- Giảm $\geq 50\%$ Protein đơn dòng trong huyết thanh và Protein đơn dòng trong nước tiểu $\geq 90\text{mg}/24$ giờ hoặc < 200mg/24 giờ; hoặc

- Giảm $\geq 50\%$ nồng độ chuỗi nhẹ tự do (huyết thanh) liên quan và không liên quan (nếu không đo được Protein đơn dòng trong huyết thanh và trong nước tiểu); hoặc

- Giảm $\geq 50\%$ tế bào dòng Plasmô với tỷ lệ tế bào dòng Plasmô trước đó $\geq 30\%$ (nếu không đo được Protein đơn dòng trong huyết thanh và trong nước tiểu, nồng độ chuỗi nhẹ tự do huyết thanh).

- Ngoài các tiêu chuẩn trên nếu có ngưỡng ban đầu cần có tiêu chuẩn giảm $\geq 50\%$ kích thước của u tế bào dòng Plasmô mềm.

b) Bệnh ổn định (Stable Disease – S'I')

Không đủ các tiêu chuẩn CR, VGPR, PR hoặc PD nêu trên.

4.3. Điều trị không kết quả (Theo Bảng tiêu chuẩn đáp ứng điều trị IMWG-2011). Đáp ứng tiêu chí Bệnh tiến triển (Progress Disease – PD) khi tăng 25% từ giá trị đáp ứng thấp nhất của bất kỳ các tiêu chuẩn sau:

a) Protein đơn dòng trong huyết thanh trị số tuyệt đối $\geq 0,5\text{g/dl}$; và hoặc
- Protein đơn dòng trong nước tiểu trị số tuyệt đối $\geq 200\text{mg/dl}$; và hoặc
- Có sự khác biệt giữa nồng độ chuỗi nhẹ tự do liên quan và không liên quan số tuyệt đối $\geq 10\text{mg/dl}$ trong trường hợp không đo được Protein đơn dòng trong huyết thanh và trong nước tiểu.

b) Tỷ lệ tế bào dòng Plasmô trong tủy xương $\geq 10\%$ trong trường hợp không đo được Protein đơn dòng trong huyết thanh và trong nước tiểu và nồng độ chuỗi nhẹ tự do.

c) Xuất hiện những tổn thương mới hoặc tăng rõ về kích thước của những tổn thương cũ ở xương hoặc u Plasmô ở mô mềm.

d) Tăng Canxi máu (can xi huyết thanh được hiệu chỉnh $> 11.5\text{mg/dl}$) chỉ do rối loạn tăng sinh dòng Plasmô.

5. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt đa u tủy xương (ác tính) với bệnh Lơ xê mi tế bào dòng Plasmô; Bệnh Waldenstrom; Bệnh Di căn xương của các ung thư khác hoặc bệnh Viêm tủy xương.

6. Xác định bệnh và tỷ lệ % TTCT

6.1. Kết luận giám định phải bảo đảm nêu rõ tên bệnh theo quy định tại TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH, mức độ bệnh, giai đoạn bệnh.

6.2. Xác định tỷ lệ % TTCT theo Mục 6 Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tât Máu và cơ quan tạo máu ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH./.

HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA BỆNH THẦN KINH NGOẠI BIÊN (NGOẠI VI) CẤP TÍNH HOẶC BÁN CẤP TÍNH

Nguyên tắc

Giám định bệnh thần kinh ngoại biên cấp hoặc bán cấp tính liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học bảo đảm các nguyên tắc sau:

- Hội đồng GDYK tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương: GDV phải có chứng chỉ đào tạo chuyên khoa sơ bộ hoặc định hướng chuyên khoa thần kinh trở lên; Hội đồng GDYK cấp trung ương: GDV phải có trình độ chuyên khoa thần kinh từ cấp II và tương đương trở lên. Trường hợp đặc biệt do Chủ tịch Hội đồng GDYK quyết định.

- Khi gửi khám chuyên khoa thần kinh, Cơ quan thường trực Hội đồng GDYK phải cung cấp cho GDV “giấy tờ có giá trị pháp lý được xác lập trước ngày 30 tháng 4 năm 1975 trong hồ sơ GDYK ghi nhận bị mắc bệnh thuộc nhóm bệnh thần kinh ngoại biên” theo quy định tại TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐT BXH.

1. Chỉ định giám định

1.1. Giám định chuyên khoa

a) Giám định chuyên khoa thần kinh.

b) Giám định chuyên khoa khác (nếu cần).

c) Căn cứ vào kết quả khám thăm khám lâm sàng có biểu hiện tổn thương thần kinh ngoại biên để chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp, giúp cho chẩn đoán xác định và chẩn đoán loại trừ các nguyên nhân khác gây tổn thương thần kinh ngoại biên.

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng

a) Ghi Điện cơ đồ

Xét nghiệm ghi điện cơ được chỉ định khi GDV chuyên khoa thần kinh khám lâm sàng xác định có tổn thương thần kinh ngoại biên. Kết quả ghi điện cơ chỉ có vai trò hỗ trợ cho chẩn đoán lâm sàng.

Tại Hội đồng GDYK cấp tỉnh, xét nghiệm ghi điện cơ đồ không phải là thăm dò chức năng bắt buộc trong trường hợp di chứng tổn thương dây thần kinh biểu hiện điển hình qua thăm khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng khác.

b) Xét nghiệm cận lâm sàng khác

Căn cứ tình trạng tổn thương dây thần kinh trên lâm sàng, chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán nguyên nhân gây tổn thương dây thần cũng như chẩn đoán phân biệt tổn thương thần kinh ngoại biên nhưng không phải tổn thương dây thần kinh.

Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp như: Chẩn đoán hình ảnh, sinh thiết cơ, xét nghiệm... để có bằng chứng chẩn đoán phân biệt.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Có teo cơ, yếu vận động (liệt) do tổn thương dây thần kinh (bao gồm cả dây thần kinh sọ não) ở các mức độ khác nhau, có thể kèm theo giảm hoặc mất phản xạ gân xương và/hoặc rối loạn dinh dưỡng và/hoặc rối loạn cảm giác nông nơi tổn thương. Tổn thương dây thần kinh tại thời điểm giám định phù hợp với nội dung ghi nhận bị mắc bệnh thuộc nhóm bệnh thần kinh ngoại biên trong giấy tờ có giá trị pháp lý được xác lập trước ngày 30/4/1975 trong hồ sơ GDYK theo quy định tại TTLT số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐT BXH.

2.2. Thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng không phát hiện nguyên nhân khác gây tổn thương dây thần kinh.

Trường hợp qua thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng, nếu xác định được nguyên nhân gây tổn thương dây thần kinh thì tổn thương dây thần kinh đó không được xác định là do liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học.

3. Chẩn đoán phân biệt

3.1. Di chứng bệnh Bại liệt do vi rút Polio;

3.2. Viêm nhiều rễ và dây thần kinh;

3.3. Loạn dưỡng cơ tiến triển;

3.4. Bệnh thần kinh ngoại biên liên quan đến rối loạn chuyển hóa.

4. Xác định bệnh

Kết luận nêu rõ loại tổn thương và mức độ tổn thương dây thần kinh.

4.1. Trường hợp tại thời điểm khám giám định không có biểu hiện tổn thương, nội dung kết luận ghi: Hiện tại không tổn thương dây thần kinh do bệnh thần kinh ngoại biên (*"cấp, bán cấp tính"* ghi theo Giấy giới thiệu của ngành LĐTBXH) có liên quan đến phơi nhiễm với CDHH/dioxin.

4.2. Trường hợp tại thời điểm khám giám định có biểu hiện tổn thương, nội dung kết luận ghi: Hiện tại có tổn thương dây thần kinh (*nêu rõ tên dây thần kinh và mức độ tổn thương*) do bệnh thần kinh ngoại biên (*"cấp, bán cấp tính"*

5. Xác định tỷ lệ % TTCT

Căn cứ tổn thương dây thần kinh ngoại biên tương ứng tại Bảng tỷ lệ TTCTdo bệnh, tật hệ Thần kinh thuộc Bảng tỷ lệ TTCTdo bệnh, tật ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLDTBXH./.

HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA BỆNH TRÚNG CÁ DO CLO

1. Chỉ định giám định

- 1.1. Khám giám định chuyên khoa da liễu.
- 1.2. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng nếu cần để chẩn đoán phân biệt.

2. Tiêu chí xác định

Dựa vào các tổn thương da tại thời điểm khám giám định:

2.1. Các triệu chứng lâm sàng của tổn thương da bắt buộc phải có sản trứng cá màu vàng có nhân màu đen (nhân mỡ), có mù (nhân kín hay mụn đầu trắng) ở vị trí: bụng, đùi, bộ phận sinh dục ngoài (biu, dương vật...), có thể quanh mắt, có thể lan đến vùng má và trước tai. Trường hợp nặng hơn, tổn thương có thể xuất hiện ở sau tai, dọc theo cánh tay.

2.2. Ngoài ra có thể kèm: Đám da đậm sắc tố, sạm da, rậm lông, tăng sắc tố ở móng, lợi, răng, tăng tiết mồ hôi ở bàn tay.

3. Chẩn đoán phân biệt

Với trứng cá thường, trứng cá hạt dầu, kén đa nang tuyến bã.

4. Xác định tỷ lệ % tổn thương cơ thể

Áp dụng tỷ lệ % TTCT theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐT BXH, trong đó:

4.1. Những tổn thương da được áp dụng tại Bảng 2 Mục 11 - Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật Da và mô dưới da. Cụ thể:

a) Những tổn thương trứng cá: Mục 5.2. Trứng cá dạng sần đỏ, nang bọc, xơ xung quanh kèm theo quá phát lỗ, lỗm.

b) Đám da đậm sắc tố, sạm da: Mục 1.1. Tổn thương dạng dát thay đổi màu sắc da hoặc rối loạn sắc tố.

c) Rậm lông: Mục 7.3. Rậm lông ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

d) Tăng sắc tố ở móng: Mục 8. Bệnh về móng và các di chứng

4.2. Tăng sắc tố ở lợi, răng áp dụng tại Bảng 2 Mục 13 - Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật Răng – Hàm – Mặt, Mục 11.2 (Viêm loét niêm mạc miệng: ecpet; áp tơ ... hay tái phát, ảnh hưởng nhiều đến ăn uống).

4.3. Tăng tiết mồ hôi ở bàn tay áp dụng tại Bảng 2 Mục 1 - Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật hệ Thần kinh, Mục 18 (Rối loạn thần kinh thực vật)/.

HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA BỆNH PORPHYRIN XUẤT HIỆN CHẬM (BỆNH PORPHYRIA MUỘN)

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa da liễu để xác định bệnh: các tổn thương cơ bản và phát hiện porphyrin trong nước tiểu.

1.2. Xét nghiệm porphyrin trong nước tiểu (bắt buộc).

1.3. Xét nghiệm khác để chẩn đoán phân biệt nguyên nhân (nếu cần).

2. Tiêu chí xác định

Dựa vào các tổn thương da và xét nghiệm tại thời điểm khám giám định:

2.1. Cận lâm sàng có porphyrin trong nước tiểu là bắt buộc;

2.2. Kèm theo các thương tổn cơ bản đặc trưng sau:

a) Bọng nước khu trú trên nền da đậm sắc tố, dịch trong hoặc có máu. Khi dập vỡ đóng vảy tiết và khi lành thường để lại sẹo teo, vị trí ở vùng da hở;

b) Sạm da vùng tiếp xúc với ánh nắng;

c) Ngoài ra, có thể có rụng lông, rụng tóc, xơ cứng bì thành dải hoặc xơ cứng đầu chi, tách móng.

3. Chẩn đoán phân biệt

3.1. Sạm da nghề nghiệp ở những người tiếp xúc với carbuhydro, công nhân mỏ than. Tuy nhiên, ở những người này không có bọng nước trên da; không có porphyrin ở nước tiểu.

3.2. Sạm da do bệnh suy tuyến thượng thận.

3.3. Nhiễm độc asen mạn tính: Bệnh nhân có dấu hiệu sạm da đặc trưng ở bàn chân (dấu hiệu bàn chân đen), dày sừng thành từng điểm. Xét nghiệm có asen ở nước tiểu và tóc.

3.4. Khô da sắc tố: Bệnh nhân có biểu hiện tăng nhạy cảm với ánh sáng mặt trời, rối loạn sắc tố ở vùng da hở, tổn thương ở mắt, chậm phát triển về trí tuệ và thể chất, không có porphyrin ở nước tiểu.

4. Xác định tỷ lệ % TTCT

Áp dụng tỷ lệ % TTCT tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật Da và mô dưới da hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTĐBXH, cụ thể:

4.1. Sạm da: Mục 1.1 (Tổn thương dạng dát thay đổi màu sắc da hoặc rối

loạn sắc tố).

4.2. Bọng nước, vảy tiết: Mục 1.2 (Tổn thương da dạng bong vảy, mụn nước, da dày lichen hóa).

4.3. Sẹo teo da: Mục 1.3 (Tổn thương da dạng dày sừng, teo da, sần, nút, củ, cục, sùi).

4.4. Xơ cứng bì thành dải, xơ cứng đầu chi: Mục 2 (Tổn thương da dạng xơ cứng da hoặc nứt da hoặc giãn da hoặc tổn thương da gây co kéo biến dạng ảnh hưởng chức năng da, chức năng cơ quan liên quan và thẩm mỹ).

4.5. Rụng tóc: Mục 7.2 (Rụng tóc có sẹo, kèm theo tổn thương da đầu).

4.6. Rậm lông: Mục 7.3 (Rậm lông ảnh hưởng đến thẩm mỹ).

4.7. Tách móng: Mục 8.1 (Tổn thương móng tay hoặc móng chân của 1 chi để lại di chứng).

Ghi chú: Nếu có nhiều loại tổn thương da trên cùng một vị trí thì lấy tỷ lệ của tổn thương có tỷ lệ % TTCT cao nhất./.

HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa nội tiết.

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng (tùy theo từng trường hợp cụ thể, hướng dẫn tại Mục 2. Tiêu chí xác định dưới đây):

a) Công thức máu;

b) Glucose huyết tương (bất kỳ);

c) HbA1c (Bằng phương pháp sắc ký lỏng cao áp);

d) Nghiệm pháp tăng đường huyết, kết quả Glucose máu phải là của huyết tương (làm đường tĩnh mạch).

e) Xét nghiệm khác nếu cần để chẩn đoán phân biệt do GDV chuyên khoa chỉ định.

1.3. Lưu ý: Không chỉ định khám chuyên khoa lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng khác đánh giá biến chứng của bệnh Đái tháo đường type 2.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Đối tượng xét nghiệm lần đầu:

a) Bắt buộc làm xét nghiệm sau:

+ Công thức máu;

+ Glucose máu bất kỳ hai lần vào hai ngày khác nhau, trong cùng 01 (một) tuần;

+ HbA1c: làm một lần, cùng thời điểm với xét nghiệm Glucose máu bất kỳ lần 1.

b) Chẩn đoán xác định mắc bệnh đái tháo đường type 2 khi:

+ Glucose máu bất kỳ cả hai lần xét nghiệm $\geq 11,1$ mmol/l (tiêu chí 1); và

+ HbA1c $\geq 6,5\%$ (tiêu chí 2).

(Lưu ý: Chỉ số Glucose máu và HbA1c áp dụng khi xét nghiệm công thức máu có chỉ số hồng cầu trong giới hạn bình thường).

c) Trường hợp kết quả xét nghiệm không đáp ứng Điểm b nêu trên, thì:

+ Chỉ định đối tượng làm xét nghiệm theo quy định tại Mục 2.2 (dưới đây) sau 02 (hai) đến 03 (ba) tháng, tính từ thời điểm kết luận của Hội đồng

GĐYK. Các bước được thực hiện theo quy định tại Mục 2.2.

+ Đối tượng có bằng chứng đang điều trị bằng Insulin hoặc Hồ sơ, bệnh án, sổ y bạ thể hiện rõ ràng quá trình điều trị bệnh Đái tháo đường type 2 liên tục đến thời điểm khám giám định, Hội đồng GĐYK có thể chỉ định điều trị nội trú.

Trong quá trình điều trị nội trú, cho đối tượng ngừng thuốc có giám sát chặt chẽ của nhân viên y tế. Nếu đáp ứng tiêu chí nêu tại Điểm b Mục 2.1 hoặc tiêu chí nêu tại Điểm c Mục 2.2 thì chẩn đoán mắc bệnh Đái tháo đường type 2. Nếu không đáp ứng thì xác định tại thời điểm khám giám định không mắc bệnh Đái tháo đường type 2.

* Lưu ý: Trường hợp Hội đồng GĐYK đề nghị đối tượng giám định điều trị nội trú như nêu trên thì sau khi ra viện, phải có bản Tóm tắt bệnh án điều trị nội trú của đối tượng để Hội đồng làm căn cứ xem xét kết luận.

2.2. Đối tượng đến xét nghiệm lần thứ hai (sau lần thứ nhất 02 (hai) đến 03 (ba) tháng, theo chỉ định của Hội đồng GĐYK) thực hiện như sau:

a) Cơ sở GĐYK gửi giấy mời kèm hướng dẫn đối tượng thực hiện chế độ ăn, dùng thuốc điều trị bệnh bảo đảm đúng quy định chuẩn bị đối tượng trước khi làm nghiệm pháp tăng đường huyết (Theo tiêu chuẩn của WHO) và yêu cầu đối tượng giám định phải thực hiện theo hướng dẫn.

b) Thực hiện các xét nghiệm sau:

+ Glucose máu bất kỳ hai lần vào hai ngày khác nhau, trong cùng 01 tuần;

+ HbA1c: làm một lần, cùng thời điểm với xét nghiệm Glucose máu bất kỳ lần 1 của lần xét nghiệm này;

+ Nghiệm pháp tăng đường huyết.

c) Chẩn đoán xác định mắc bệnh đái tháo đường type 2 khi đạt 2/3 tiêu chí sau, trong đó tiêu chí 2 là bắt buộc:

+ Glucose máu bất kỳ (cả hai lần) $\geq 11,1$ mmol/l (tiêu chí 1);

+ HbA1c $\geq 6,5\%$ (tiêu chí 2);

+ Nghiệm pháp tăng đường huyết: Glucose máu giờ thứ hai $\geq 11,1$ mmol/l (tiêu chí 3).

d) Trường hợp không đạt cả 03 tiêu chí trên: Xác định tại thời điểm khám giám định không mắc bệnh Đái tháo đường type 2.

e) Trường hợp tiêu chí 1 và 3 đạt yêu cầu chẩn đoán nhưng tiêu chí 2 không đạt: Hội đồng GĐYK có thể chỉ định bệnh nhân điều trị nội trú để chẩn đoán xác định như hướng dẫn tại Điểm c Tiểu mục 2.1 nêu trên.

3. Không khám biến chứng do bệnh đái tháo đường type 2.

4. Xác định tỷ lệ % TTCT

Xác định tỷ lệ % TTCT do bệnh Đái tháo đường type 2 căn cứ theo Mục 5.1.2 tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh lý hệ Nội tiết và rối loạn chuyển hóa, ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐT BXH.

Cụ thể: Tỷ lệ % TTCT là: 31-35%.

5. Quy trình mã hóa trong lấy máu xét nghiệm

Tùy điều kiện của từng cơ sở GDYK mà xem xét, vận dụng Quy trình mã hóa trong lấy máu xét nghiệm, đảm bảo có Kiểm tra – Đối chiếu (Đúng người, đúng mẫu máu, đúng kết quả); Giám sát chặt chẽ; Mã hóa mẫu máu theo sơ đồ dưới đây.

5.1. Lấy mẫu máu xét nghiệm

a) Đối tượng cầm Phiếu chỉ định xét nghiệm (gồm: giấy xét nghiệm và tờ giấy nhỏ ghi tên, tuổi... của đối tượng) đến bộ phận lấy máu (*có chức năng lấy máu làm xét nghiệm*).

b) Sau kiểm tra, giám sát thủ tục hành chính, Người có nhiệm vụ lấy máu tiến hành lấy máu của đối tượng cho vào ống nghiệm (bệnh phẩm).

5.2. Mã hóa Bệnh phẩm

a) Ống đựng máu xét nghiệm (không ghi tên).

b) Giấy chỉ định (Bác sĩ thụ lý ghi tên, tuổi đối tượng được gập để giấu phần tên, tuổi của đối tượng giám định) được thực hiện như sau:

- Các ống đựng máu xét nghiệm của các đối tượng trong phiên khám giám định được đánh mã từ 1 đến n; các Phiếu chỉ định xét nghiệm cũng được đánh mã tương ứng từ 1 – n;

- Các ống đựng máu xét nghiệm đã được mã hóa (từ 1 đến n) được cho vào hộp niêm phong để đưa đến Khoa Sinh hóa (*nơi thực hiện xét nghiệm*);

- Các giấy ghi tên, tuổi đối tượng đã mã hóa được cho vào phong bì niêm phong, gửi về Khoa/ Phòng khám giám định (*theo phân công của Lãnh đạo Cơ quan thường trực Hội đồng GDYK*).

5.3. Khoa làm xét nghiệm

a) Kiểm tra niêm phong của hộp đựng mẫu xét nghiệm và ký nhận.

b) Trả kết quả xét nghiệm về nơi gửi mẫu bệnh phẩm (*tùy theo phân công của cơ sở GDYK*).

5.4. Nơi nhận kết quả xét nghiệm (*theo phân công của Lãnh đạo Cơ quan thường trực Hội đồng GDYK*)

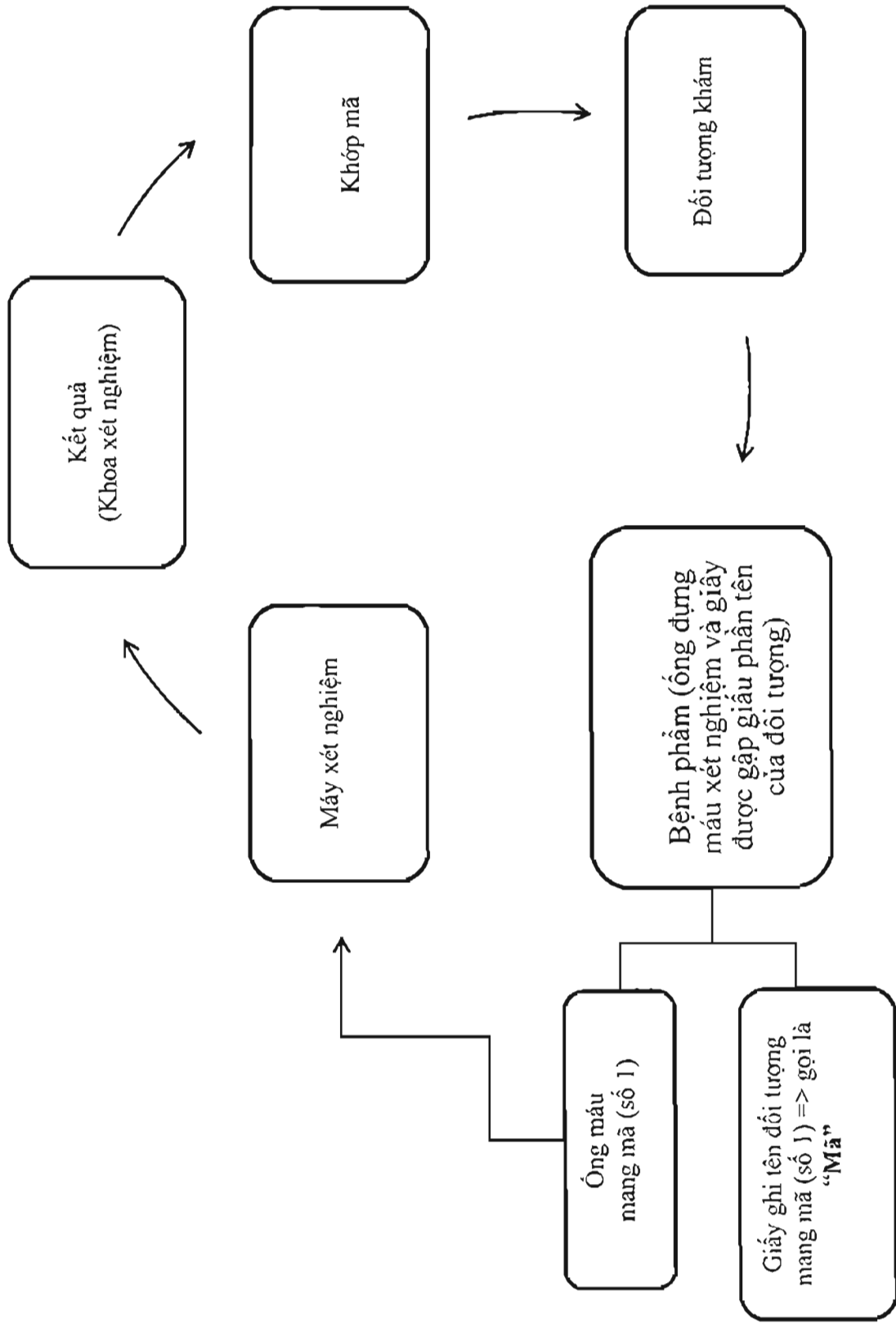
Nhận kết quả xét nghiệm, vào sổ ghi kết quả xét nghiệm, với nội dung:

Mã	Tên	Kết quả
• 1	• (trống)	• ... (đã có)
• ...	• (trống)	• ... (đã có)
• n	• (trống)	• ... (đã có)

5.5. Khớp mã:

Việc khớp mã được thực hiện tại Khoa/ Phòng khám giám định (*tùy theo phân công của Lãnh đạo Cơ quan thường trực Hội đồng GDYK*)

- a) Kiểm tra niêm phong của phong bì mã;
- b) Mở phong bì, khớp mã với kết quả từ mã 1 đến mã n;
- c) Khi khớp mã thì cùng nhau mở để điền tên vào phiếu kết quả và sổ ghi kết quả của nơi đã lấy máu;
- d) Ký nhận trong sổ ghi kết quả;
- e) Trả kết quả cho Bác sĩ thụ lý hồ sơ.



Quy trình mã hóa hóa mẫu xét nghiệm

HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN

Nguyên tắc

Giám định các Rối loạn tâm thần liên quan đến phơi nhiễm với CĐHH/dioxin cần bảo đảm các nguyên tắc sau:

- Yêu cầu GĐV chuyên khoa tâm thần phải có trình độ chuyên khoa tâm thần từ cấp I và tương đương trở lên đối với cấp tỉnh, trình độ chuyên khoa tâm thần cấp II và tương đương trở lên đối với cấp trung ương. Trường hợp đặc biệt do Chủ tịch Hội đồng GĐYK quyết định.

- Tiêu chí chẩn đoán Rối loạn tâm thần có liên quan đến phơi nhiễm với CĐHH/dioxin căn cứ các mục tương ứng trong Tài liệu Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) về các rối loạn tâm thần và hành vi – Mô tả lâm sàng và nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), Geneva, 1992. (Sau đây viết tắt là “Rối loạn tâm thần – ICD.10”).

- Bắt buộc phải chẩn đoán loại trừ rối loạn tâm thần do liên quan đến phơi nhiễm CĐHH/dioxin với các bệnh tâm thần có triệu chứng, hội chứng tương tự và/hoặc nguyên nhân khác như: Tổn thương hệ thần kinh, do bệnh, tật hoặc nghiện chất,... Nếu tìm được nguyên nhân này thì rối loạn tâm thần đó không được xác nhận có liên quan đến phơi nhiễm với CĐHH/dioxin.

- Đối tượng giám định rối loạn tâm thần liên quan đến phơi nhiễm với CĐHH/dioxin phải có hồ sơ quá trình điều trị bệnh tâm thần tại cơ sở y tế có chức năng, nhiệm vụ khám, điều trị rối loạn tâm thần và hành vi theo quy định của pháp luật về tham khảo, xem xét, lượng giá tình trạng bệnh tại thời điểm khám giám định. Cơ quan thường trực Hội đồng GĐYK phải cung cấp Bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị hợp pháp, hợp lệ cho GĐV. Hồ sơ chẩn đoán điều trị này có giá trị tham khảo.

- Thông tin liên quan đến biểu hiện tâm thần của đối tượng trong quá trình thụ lý hồ sơ khám GĐYK cần được Bác sĩ thụ lý hồ sơ ghi nhận đầy đủ trong Bệnh án GĐYK và cung cấp cho GĐV chuyên khoa.

- Trường hợp Hội đồng GĐYK đề nghị đối tượng giám định điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần để làm căn cứ xác nhận Có hoặc Không mắc bệnh tâm thần thì hồ sơ khám giám định phải có bản Tóm tắt bệnh án điều trị nội trú của Bệnh viện Tâm thần nơi điều trị để Hội đồng GĐYK làm căn cứ xem xét kết luận.

Bảng tỷ lệ TTCTdo bệnh lý tâm thần và rối loạn hành vi, ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH, áp dụng như sau:

- + Điều trị khỏi: Hiện tại không uống thuốc và không có rối loạn tâm thần.
- + Điều trị ổn định: Không có triệu chứng rối loạn tâm thần nhưng vẫn phải điều trị (ngoại trú) tại thời điểm khám giám định.
- + Điều trị không ổn định: Điều trị đúng liệu trình nhưng rối loạn tâm thần thuyên giảm ít và/hoặc tái phát từng đợt.
- + Điều trị không kết quả: Điều trị đúng liệu trình nhưng rối loạn tâm thần không thuyên giảm và/hoặc nặng lên so với trước khi điều trị và/hoặc xuất hiện thêm các triệu chứng tâm thần khác.

HỘI CHỨNG QUÊN THỰC TỒN KHÔNG DO RƯỢU VÀ CÁC CHẤT TÁC ĐỘNG TÂM THẦN

1. Chỉ định giám định

Khám giám định chuyên khoa tâm thần để xác định bệnh và phân biệt loại trừ các bệnh lý tâm thần khác, bao gồm:

1.1. Trắc nghiệm tâm lý tùy trường hợp sử dụng thang đánh giá trí nhớ ngắn hạn, thang đánh giá trí nhớ Wechsler, thang đánh giá trạng thái tâm thần rút gọn MMSE (Mini-Mental State Examination) .

1.2. Khám giám định chuyên khoa thần kinh để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân tổn thương não.

1.3. Khám giám định chuyên khoa khác (nếu cần) để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân khác.

1.4. Xét nghiệm cận lâm sàng (chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm...) nếu cần thiết để chẩn đoán phân biệt do nguyên nhân khác.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán Hội chứng quên thực tồn áp dụng mục **F04** trong Tài liệu Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) về các “Rối loạn tâm thần”, đã được ghi nhận trong tài liệu chuyên môn ban hành kèm theo Quyết định số 3201/QĐ-BYT.

2.2. Kết quả trắc nghiệm tâm lý: Đạt đủ tiêu chí theo quy định.

2.3. Trường hợp được xác định có tổn thương não và/hoặc Hội chứng quên (suy giảm trí nhớ) là biểu hiện của bệnh Mất trí hoặc sáng, Quên phân ly, Suy giảm trí nhớ trong rối loạn trầm cảm, Giả bệnh có phần nản mất nhớ hoặc bệnh lý tâm thần khác thì Hội chứng quên thực tồn này không được xác nhận có liên quan đến phơi nhiễm với CDHH.

3. Xác định mức độ bệnh và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận mức độ Hội chứng quên thực tồn theo hiệu quả điều trị:

- a) Điều trị khỏi;
- b) Điều trị ổn định;
- c) Điều trị không ổn định;
- d) Điều trị không kết quả.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT áp dụng tại Mục 6 trong Bảng tỷ lệ TTCT do di chứng rối loạn tâm thần và hành vi sau chấn thương, vết thương sọ não ban hành kèm theo TLLT số 28/2013/TLLT-BYT-BLĐT BXH./.

RỐI LOẠN CĂNG TRƯƠNG LỰC THỰC TỔN

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa tâm thần để xác định bệnh và phân biệt loại trừ các bệnh lý tâm thần.

1.2. Khám giám định chuyên khoa thần kinh để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân tổn thương não.

1.3. Khám giám định chuyên khoa khác (nếu cần) để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân khác.

1.4. Xét nghiệm cận lâm sàng (chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm...) nếu cần thiết để chẩn đoán phân biệt do nguyên nhân khác.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán căn cứ mục **F06.1** trong Tài liệu Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) về các “Rối loạn tâm thần”, đã được ghi nhận trong tài liệu chuyên môn ban hành kèm theo Quyết định số 3201/QĐ-BYT.

2.2. Trường hợp đối tượng giám định được xác định có tổn thương não và/hoặc mắc bệnh Tâm thần phân liệt thể căng trương lực, hoặc Sững sờ phân ly, Sững sờ không biệt định, Loạn trương lực cơ do nguyên nhân thần kinh, Giả bệnh thì Rối loạn căng trương lực thực tổn không được xác nhận có liên quan đến phơi nhiễm với CĐHH/dioxin.

3. Xác định mức độ bệnh và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận mức độ Rối loạn căng trương lực thực tổn theo hiệu quả điều trị:

- a) Điều trị khỏi;
- b) Điều trị ổn định;
- c) Điều trị không ổn định;
- d) Điều trị không kết quả.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: áp dụng Mục 3- Bệnh tâm thần phân liệt tại Bảng tỷ lệ TTCT (phần Bệnh, tật) ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTĐ để xếp hoặc đánh giá tỷ lệ tạm thời.

Hội đồng GDYK quyết định thời gian giám định lại nhưng không quá 03 (ba) năm.

RỐI LOẠN HOANG TƯỞNG THỰC TỔN (GIÓNG TÂM THẦN PHÂN LIỆT)

1. Chỉ định giám định

1.1. Giám định chuyên khoa tâm thần để xác định bệnh và phân biệt loại trừ các bệnh lý tâm thần. Trong đó bao gồm trắc nghiệm tâm lý PANSS - (Positive and Negative Syndrom Scale - Thang đánh giá triệu chứng âm tính và dương tính) hoặc trắc nghiệm khác tùy trường hợp.

1.2. Khám giám định chuyên khoa thần kinh để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân tổn thương não.

1.3. Khám giám định chuyên khoa khác (nếu cần) để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân khác.

1.4. Xét nghiệm cận lâm sàng (chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm...) nếu cần thiết để chẩn đoán phân biệt do nguyên nhân khác.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán căn cứ mục **F06.2** trong Tài liệu Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) về các “Rối loạn tâm thần”, đã được ghi nhận trong tài liệu chuyên môn ban hành kèm theo Quyết định số 3201/QĐ-BYT.

2.2. Kết quả trắc nghiệm tâm lý: Đạt đủ tiêu chí theo quy định.

2.3. Trường hợp đối tượng giám định được xác định có tổn thương não/ và/ hoặc mắc Các rối loạn loạn thần do ma túy, rượu, Các rối loạn hoang tưởng dai dẳng, Các rối loạn loạn thần cấp nhất thời, Hoang tưởng do bệnh lý khác, Giả bệnh thì Rối loạn hoang tưởng thực tổn không được xác nhận có liên quan đến phơi nhiễm với CĐHH/dioxin.

3. Xác định mức độ bệnh và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận mức độ Hoang tưởng thực tổn theo hiệu quả điều trị:

- a) Điều trị khỏi;
- b) Điều trị ổn định;
- c) Điều trị không ổn định;
- d) Điều trị không kết quả.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: Áp dụng Mục 8 - Hoang tưởng hoặc rối loạn dạng tâm thần phân liệt, trong Bảng tỷ lệ TTCT đo đi chứng rối loạn tâm thần và hành vi sau chấn thương, vết thương sọ não ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐT BXH./.

CÁC RỐI LOẠN KHÍ SẮC (CẢM XÚC) THỰC TỒN

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa tâm thần để xác định bệnh và chẩn đoán loại trừ các bệnh lý tâm thần. Trong đó bao gồm trắc nghiệm tâm lý, tùy trường hợp sử dụng: Thang đánh giá trầm cảm Beck, Hamintol (HDRS - Hamilton Depression Rating Scale), Thang đánh giá hưng cảm Young (Young Mania Rating Scale).

1.2. Khám giám định chuyên khoa thần kinh để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân tổn thương não, rối loạn chức năng não.

1.3. Khám giám định chuyên khoa khác nếu cần thiết để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân khác.

1.4. Xét nghiệm cận lâm sàng (chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm...) nếu cần thiết để chẩn đoán phân biệt do nguyên nhân khác.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán căn cứ mục **F06.3** trong Tài liệu Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD 10) về các “Rối loạn tâm thần”, đã được ghi nhận trong tài liệu chuyên môn ban hành kèm theo Quyết định số 3201/QĐ-BYT.

2.2. Kết quả trắc nghiệm tâm lý: Đạt đủ tiêu chí theo quy định.

2.3. Trường hợp đối tượng giám định được xác định có tổn thương não/ và/hoặc các Rối loạn khí sắc, cảm xúc không thực tồn, Rối loạn hưng cảm thực tồn, Rối loạn lưỡng cực thực tồn, Rối loạn trầm cảm thực tồn, Rối loạn cảm xúc hỗn hợp thực tồn, rối loạn cảm xúc trong các bệnh tật cơ thể hoặc nguyên nhân khác (sau phẫu thuật, tiểu đường, căn nguyên tâm lý,..) thì rối loạn khí sắc (cảm xúc) thực tồn không được xác nhận có liên quan đến phơi nhiễm với CĐHH/dioxin.

3. Xác định mức độ và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận mức độ rối loạn khí sắc (cảm xúc) thực tồn theo hiệu quả điều trị:

- a) Điều trị khỏi;
- b) Điều trị ổn định;
- c) Điều trị không ổn định;
- d) Điều trị không kết quả.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: Áp dụng Mục 6 - Rối loạn khí sắc (cảm xúc) trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh lý rối loạn tâm thần và hành vi ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTĐBXH./.

RỐI LOẠN LO ÂU THỰC TỒN

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa tâm thần để xác định bệnh và phân biệt loại trừ các bệnh lý tâm thần khác. Trong đó, bao gồm trắc nghiệm tâm lý tùy trường hợp sử dụng: Thang đánh giá lo âu: Zung, Spilbeger, Hamilton (HARS - Hamilton Anxiety Rating Scale).

1.2. Khám giám định chuyên khoa thần kinh để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân tổn thương não, rối loạn chức năng não.

1.3. Khám giám định chuyên khoa khác (nếu cần) để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân khác.

1.4. Xét nghiệm cận lâm sàng (Ghi điện tim, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm) nếu cần thiết để chẩn đoán phân biệt do nguyên nhân khác.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán căn cứ mục **F06.4** trong Tài liệu Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD 10) về các “Rối loạn tâm thần”, đã được ghi nhận trong tài liệu chuyên môn ban hành kèm theo Quyết định số 3201/QĐ-BYT.

2.2. Kết quả trắc nghiệm tâm lý: Đạt đủ tiêu chí theo quy định.

2.3. Trường hợp đối tượng giám định được xác định có tổn thương não và/hoặc Các rối loạn lo âu không thực tổn hoặc không biệt định, Giả bệnh, có Bệnh, tật và nguyên nhân khác (các bệnh tim mạch, tiêu hóa, rối loạn thần kinh thực vật, rối loạn do sang chấn tâm lý...) gây rối loạn lo âu, thì Rối loạn lo âu thực tổn không được xác nhận có liên quan đến phơi nhiễm với CĐHH/dioxin.

3. Xác định mức độ bệnh và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận mức độ Rối loạn lo âu thực tổn theo hiệu quả điều trị:

- a) Điều trị khỏi;
- b) Điều trị ổn định;
- c) Điều trị không ổn định;
- d) Điều trị không kết quả.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: Áp dụng Mục 10 - Rối loạn lo âu trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh lý rối loạn tâm thần và hành vi ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐT BXH./.

CÁC RỐI LOẠN CẢM XÚC KHÔNG ỔN ĐỊNH (SUY NHƯỢC) THỰC TỒN

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa tâm thần để xác định bệnh và phân biệt các bệnh lý tâm thần khác. Trong đó bao gồm trắc nghiệm tâm lý: Thang đánh giá trầm cảm Beck .

1.2. Khám giám định thần kinh để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân tổn thương não, rối loạn chức năng não.

1.3. Khám giám định chuyên khoa khác (nếu cần) để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân khác.

1.4. Xét nghiệm cận lâm sàng (chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm) nếu cần thiết để chẩn đoán phân biệt do nguyên nhân khác.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán căn cứ mục **F06.6** trong Tài liệu Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) về các “Rối loạn tâm thần”, đã được ghi nhận trong tài liệu chuyên môn ban hành kèm theo Quyết định số 3201/QĐ-BYT.

2.2. Kết quả trắc nghiệm tâm lý: Đạt đủ tiêu chí theo quy định.

2.3. Trường hợp đối tượng giám định được xác định có tổn thương não và/hoặc các rối loạn dạng cơ thể không thực tổn hoặc không biệt định, Rối loạn khí sắc, cảm xúc trong các bệnh tật cơ thể hoặc nguyên nhân khác thì Rối loạn cảm xúc không ổn định (suy nhược) thực tổn không được xác nhận có liên quan đến phơi nhiễm với CDHH/dioxin.

3. Xác định mức độ bệnh và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận mức độ Rối loạn cảm xúc không ổn định (suy nhược) thực tổn theo hiệu quả điều trị:

- a) Điều trị khỏi;
- b) Điều trị ổn định;
- c) Điều trị không ổn định;
- d) Điều trị không kết quả.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: Áp dụng Mục 6- Rối loạn khí sắc (cảm xúc) trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh lý rối loạn tâm thần và hành vi ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐT BXH./.

RỐI LOẠN NHÂN CÁCH THỰC TỒN

1. Chỉ định giám định

1.1. Giám định chuyên khoa tâm thần để xác định bệnh và phân biệt các bệnh lý tâm thần khác. Trong đó, bao gồm thực hiện trắc nghiệm MMPI (Minnesota Multiphasic Personality – Bảng nghiệm kê đa diện nhân cách Minnesota).

1.2. Giám định thần kinh để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân tổn thương não, rối loạn chức năng não.

1.3. Giám định chuyên khoa khác (nếu cần) thiết để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân khác.

1.4. Xét nghiệm cận lâm sàng (chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm) nếu cần thiết để chẩn đoán phân biệt do nguyên nhân khác.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán áp dụng mục **F07.0** trong Tài liệu Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) về các “Rối loạn tâm thần”, đã được ghi nhận trong tài liệu chuyên môn ban hành kèm theo Quyết định số 3201/QĐ-BYT.

2.2. Kết quả trắc nghiệm tâm lý: Đạt đủ tiêu chí theo quy định.

2.3. Trường hợp đối tượng giám định được xác định có tổn thương não và/hoặc Rối loạn nhân cách đặc hiệu (F60), Biến đổi nhân cách do các bệnh tâm thần và bệnh lý thực tổn và nguyên nhân khác (sau khi trải qua thảm họa, sau chấn động não...) thì Rối loạn nhân cách thực tổn không được xác nhận có liên quan đến phơi nhiễm với CĐHH/dioxin.

3. Xác định mức độ bệnh và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận mức độ Rối loạn nhân cách thực tổn theo hiệu quả điều trị:

- a) Điều trị khỏi;
- b) Điều trị ổn định;
- c) Điều trị không ổn định;
- d) Điều trị không kết quả.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: Áp dụng Mục 15- Các rối loạn nhân cách khác trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh lý rối loạn tâm thần và hành vi ban hành kèm theo Thông tư số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTĐXH./.

CÁC RỐI LOẠN NHÂN CÁCH VÀ HÀNH VI THỰC TỒN KHÁC DO BỆNH NÃO, TỔN THƯƠNG NÃO HOẶC RỐI LOẠN CHỨC NĂNG NÃO

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa tâm thần để xác định bệnh và phân biệt, loại trừ các bệnh lý tâm thần khác.

1.2. Khám giám định chuyên khoa thần kinh để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân tổn thương não, rối loạn chức năng não.

1.3. Khám giám định chuyên khoa khác (nếu cần) để loại trừ bệnh lý do nguyên nhân khác.

1.4. Xét nghiệm cận lâm sàng (chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm) nếu cần thiết để chẩn đoán phân biệt do nguyên nhân khác.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán áp dụng mục **F07.8** trong Tài liệu Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) về các “Rối loạn tâm thần”, đã được ghi nhận trong tài liệu chuyên môn ban hành kèm theo Quyết định số 3201/QĐ-BYT.

2.2. Trường hợp đối tượng giám định được xác định có tổn thương não và/ hoặc Biến đổi nhân cách của các bệnh tâm thần (ví dụ: các rối loạn nhân cách và hành vi ở người vị thành niên F60 – F69) và bệnh lý thực tồn khác, thì không được xác nhận có liên quan đến phơi nhiễm với CĐHH/dioxin.

3. Xác định mức độ bệnh và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận mức độ Rối loạn nhân cách và hành vi thực tồn khác theo hiệu quả điều trị:

- a) Điều trị khỏi;
- b) Điều trị ổn định;
- c) Điều trị không ổn định;
- d) Điều trị không kết quả.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: Áp dụng Mục 15- Các rối loạn nhân cách khác trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh lý rối loạn tâm thần và hành vi ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTĐBXH./.

HƯỚNG DẪN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA DỊ DẠNG, DỊ TẬT BẨM SINH

A. CÁC DỊ DẠNG, DỊ TẬT BẨM SINH Ở SỌ NÃO VÀ CỘT SỐNG

THAI VÔ SỌ

1. Chỉ định giám định

Khám giám định chuyên khoa thần kinh và chuyên khoa khác (nếu cần).

2. Tiêu chí xác định

Căn cứ lâm sàng và/hoặc cận lâm sàng; hoặc hồ sơ điều trị (Giấy ra viện hoặc Bệnh án điều trị của cơ sở y tế) hợp lệ, hợp pháp có ghi nhận biểu hiện không có sọ não: Một phần hay toàn bộ xương sọ bị khuyết làm lộ não hay tiểu não. Não hay tiểu não có thể không có mà chỉ có một phần của thân não. Xương trán, xương chẩm tiêu giảm, hố mắt nông, mắt lồi.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định bảo đảm nêu rõ loại tổn thương và mức độ tổn thương thần kinh, tâm thần và tổn thương chức năng khác do thoát vị não tủy, não- màng não gây ra (nếu có).

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT căn cứ theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐT BXH.

THOÁT VỊ NÃO TỦY, THOÁT VỊ NÃO - MÀNG NÃO

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa thần kinh.

1.2. Chụp MRI CT) sọ não để xác định tổn thương.

1.3. Khám giám định chuyên khoa tâm thần hoặc các chuyên khoa khác nếu có biểu hiện bệnh lý trên lâm sàng.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Hình ảnh thoát vị não tủy, thoát vị não - màng não trên phim chụp

MRI hoặc phim chụp CT não. Túi thoát vị thường ở vùng chằm, chằm-cột sống cổ. Vùng trán, vùng đỉnh sọ não cũng có gặp nhưng hiếm hơn.

Trường hợp đã can thiệp phẫu thuật và kết quả chụp MRI/CT sọ não của đối tượng được thực hiện tại thời điểm giám định không có hình ảnh thoát vị như nêu trên thì căn cứ bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị bao gồm: Phiếu chụp MRI hoặc CT sọ não trước phẫu thuật và/hoặc Biên bản phẫu thuật hoặc bệnh án điều trị hoặc bản chính Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ tại cơ sở y tế) có hình ảnh thoát vị não tủy, thoát vị não - màng não để xác định tật. Ghi nhận trong các giấy tờ điều trị phải phù hợp với tình trạng tại thời điểm khám giám định.

2.2. Có hoặc không kèm theo biểu hiện tổn thương chức năng hệ thần kinh, rối loạn tâm thần.

2.3. Không xác định được nguyên nhân mắc phải (chấn thương, vết thương...) gây tổn thương tương tự.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định bảo đảm nêu rõ loại tổn thương và mức độ tổn thương thần kinh, tâm thần và tổn thương chức năng khác do thoát vị não tủy, não- màng não gây ra.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT căn cứ theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH./.

TẬT ĐẦU NHỎ

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa thần kinh.

1.2. Khám giám định chuyên khoa tâm thần đánh giá mức độ chậm phát triển trí tuệ.

1.3. Chụp MRI hoặc CT sọ não.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Chu vi đầu nhỏ hơn 30% mức chỉ số nhỏ nhất trong bảng phát triển tiêu chuẩn (kèm theo tài liệu này).

2.2. Có hoặc không kèm theo biểu hiện tổn thương chức năng hệ thần kinh.

2.3. Chậm phát triển tâm thần.

2.4. Không xác định được nguyên nhân mắc phải (chấn thương, vết thương...) gây tổn thương tương tự.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định bảo đảm nêu rõ loại tổn thương và mức độ tổn thương thần kinh, tâm thần và tổn thương chức năng khác do Tật đầu nhỏ gây ra.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT căn cứ theo mục tổn thương chức năng tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh thần kinh, tâm thần, trong Bảng tỷ lệ TTCT ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐT BXH./.

TẬT NÃO ÚNG THỦY BẨM SINH

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa thần kinh.

1.2. Chụp MRI hoặc CT sọ não.

1.3 Khám giám định chuyên khoa tâm thần hoặc các chuyên khoa khác nếu có biểu hiện bệnh lý trên lâm sàng để xác định tổn thương và mức độ tổn thương do Não úng thủy gây ra.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Hình ảnh não úng thủy trên phim MRI hoặc CT sọ não.

Trường hợp đã can thiệp phẫu thuật và kết quả MRI hoặc CT sọ não của đối tượng được thực hiện tại thời điểm giám định không còn hình ảnh não úng thủy thì căn cứ bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị bao gồm: Phiếu chụp MRI/CT sọ não trước phẫu thuật và/hoặc Biên bản phẫu thuật/bệnh án điều trị hoặc bản chính Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ tại cơ sở y tế) có hình ảnh não úng thủy để xác định tật. Ghi nhận trong các giấy tờ điều trị phải phù hợp với tình trạng tại thời điểm khám giám định.

2.2. Có hoặc không kèm theo biểu hiện tổn thương chức năng hệ thần kinh, tâm thần, thính giác, thị giác.

2.3. Không xác định được nguyên nhân mắc phải (chấn thương, vết thương...) gây tổn thương tương tự.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định bảo đảm nêu rõ loại tổn thương và mức độ tổn thương thần kinh, tâm thần và tổn thương chức năng khác do Não úng thủy gây ra.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT căn cứ theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH.

Trường hợp Não úng thủy đã can thiệp phẫu thuật thì ngoài tỷ lệ % tổn thương chức năng trên cần xem xét xác định tổn thương và tỷ lệ % tổn thương xương sọ do can thiệp phẫu thuật gây ra./.

THIẾU HOẶC KHÔNG PHÁT TRIỂN MỘT PHẦN NÃO

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa thần kinh.

1.2. Chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) hoặc chụp cắt lớp vi tính sọ não.

1.3. Khám giám định chuyên khoa tâm thần hoặc các chuyên khoa khác nếu có biểu hiện bệnh lý trên lâm sàng.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Hình ảnh thiếu hoặc không phát triển một phần của não, não trước không tách trên phim chụp MRI hoặc phim chụp CT sọ não.

Trường hợp đã can thiệp phẫu thuật và kết quả MRI/CT sọ não của đối tượng được thực hiện tại thời điểm giám định không còn hình ảnh điển hình thì căn cứ bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị bao gồm: Phiếu chụp MRI/CT sọ não trước phẫu thuật và/hoặc Biên bản phẫu thuật/ bệnh án điều trị hoặc bản chính Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ tại cơ sở y tế) có hình ảnh như nêu trên để xác định tật. Ghi nhận trong các giấy tờ điều trị phải phù hợp với tình trạng tại thời điểm khám giám định.

2.2. Có hoặc không kèm theo biểu hiện tổn thương chức năng hệ thần kinh, tâm thần, dị dạng mặt.

2.3. Không xác định được nguyên nhân mắc phải (chấn thương, vết thương, bệnh lý mạch não...) gây tổn thương tương tự.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định bảo đảm nêu rõ loại tổn thương và mức độ tổn thương thần kinh, tâm thần và tổn thương chức năng khác do thiếu hoặc không phát triển một phần của não gây ra.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT căn cứ theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH./.

TẬT NÚT ĐÓT SỐNG (TẬT GAI SỐNG CHÈ ĐÔI)

1. Chỉ định giám định

- 1.1. Khám giám định chuyên khoa thần kinh.
- 1.2. Khám giám định chuyên khoa khác nếu có biểu hiện tổn thương.
- 1.3. Chụp MRI hoặc chụp CT cột sống.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Hình ảnh nút đốt sống (cung sau đóng không hoàn toàn hoặc không có ở một hay nhiều đốt sống) trên phim chụp MRI hoặc CT cột sống, có hoặc không kèm theo thoát vị màng tủy, tủy, dịch não tủy.

Trường hợp đã can thiệp phẫu thuật và kết quả chụp MRI hoặc CT cột sống thực hiện tại thời điểm giám định không có hình ảnh điển hình thì căn cứ bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị bao gồm: Phiếu chụp MRI hoặc CT cột sống trước phẫu thuật và/hoặc Biên bản phẫu thuật/bệnh án điều trị hoặc bản chính Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ tại cơ sở y tế) có hình ảnh như nêu trên xác định tật. Ghi nhận trong các giấy tờ điều trị phải phù hợp với tình trạng tại thời điểm khám giám định.

2.2. Có hoặc không kèm theo biểu hiện tổn thương chức năng hệ thần kinh.

2.3. Không xác định được tổn thương cột sống tương tự do nguyên nhân mắc phải (chấn thương, vết thương...) gây nên.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Xác định dị dạng, dị tật:

a) Tật nút đốt sống hoặc tật gai sống chẻ đôi chỉ được xác định đối với Con đẻ Người hoạt động kháng chiến bị phơi nhiễm với CDHH/dioxin.

b) Kết luận giám định bảo đảm nêu rõ loại tổn thương (Có Tật nút đốt sống hoặc tật gai sống chẻ đôi) và mức độ tổn thương thần kinh và tổn thương chức năng khác (nếu có) do Tật nút đốt sống hoặc tật gai sống chẻ đôi gây ra.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT căn cứ theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH./.

HỘI CHỨNG ARNOLD – CHIARI

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa thần kinh.

1.2. Chụp MRI hoặc CT sọ não và cột sống cổ để xác định tổn thương sọ não, não, cột sống cổ cao và tủy cổ và chẩn đoán phân biệt nguyên nhân khác.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Hình ảnh thoát vị tiểu não, chèn ép thân não, rỗng tủy cổ kèm dị dạng xương sọ vùng chẩm và cột sống Cổ 1 và 2 (ví dụ: nền sọ phẳng, ụ chẩm trong nằm thấp, lỗ chẩm dẫn rộng, tiêu đốt sống cổ 1 (C1), ống sống dẫn rộng, dính cột sống cổ, tiêu cung sau của đốt đốt...) trên phim chụp MRI/CT sọ não và cột sống cổ.

Trường hợp đã can thiệp phẫu thuật và kết quả chụp MRI hoặc chụp CT sọ não và cột sống cổ của đối tượng được thực hiện tại thời điểm giám định không còn hình ảnh điển hình thì căn cứ bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị bao gồm: Phiếu chụp MRI hoặc CT cột sống trước phẫu thuật và/hoặc Biên bản phẫu thuật/ bệnh án điều trị hoặc bản chính Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ tại cơ sở y tế) có hình ảnh như nêu trên để xác định. Ghi nhận trong các giấy tờ điều trị phải phù hợp với tình trạng tại thời điểm khám giám định.

2.2. Tổn thương chức năng thần kinh do chèn ép thân não, tiểu não, rỗng tủy cổ cao.

2.3. Không xác định được tổn thương cột sống tương tự do nguyên nhân mắc phải (chấn thương, vết thương...) gây nên.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định bảo đảm nêu rõ loại tổn thương và mức độ tổn thương chức năng não do tổn thương thân não, tiểu não và rỗng tủy cổ.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT áp dụng nội dung tương ứng trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh lý hệ Thần kinh, bệnh lý Cơ, Xương, Khớp ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTĐBXH./.

B. CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM TRÍ

(Chậm phát triển tâm thần hoặc Thiếu năng trí tuệ)

1. Chỉ định giám định

- Giám định chuyên khoa tâm thần.
- Thực hiện trắc nghiệm tâm lý:
 - + Với người từ 16 tuổi trở lên thực hiện trắc nghiệm tâm lý Raven hoặc Wics.
 - + Với người từ trên 6 đến dưới 16 tuổi thực hiện trắc nghiệm tâm lý Raven màu hoặc Wais.
 - + Với trẻ dưới từ 0 đến 6 tuổi thực hiện trắc nghiệm tâm lý Denver.
- Ghi điện não đồ.
- Tùy từng trường hợp cụ thể có thể chỉ định khám thêm chuyên khoa thần kinh, làm các xét nghiệm cận lâm sàng khác để tìm nguyên nhân loại trừ.

2. Tiêu chí xác định: Bao gồm các tiêu chí sau:

- Biểu hiện chậm phát triển tâm thần trước 18 tuổi: Biểu hiện chậm phát triển tâm thần trước 18 tuổi do bệnh rối loạn chức năng não bẩm sinh, không do bệnh não mắc phải. Triệu chứng biểu hiện từ khi sinh ra nhưng thường khó nhận biết ở những tháng đầu của cuộc đời, càng lớn triệu chứng càng rõ hơn.
- Triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán Chậm phát triển tâm thần nhẹ (Mild mental retardation) áp dụng mục F70; Chậm phát triển tâm thần vừa (Moderate mental retardation) áp dụng mục F71; Chậm phát triển tâm thần nặng (Severe mental retardation) áp dụng mục F72; Chậm phát triển tâm thần trầm trọng (Profound mental retardation) áp dụng mục F73 trong Tài liệu Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD 10) về các rối loạn tâm thần và hành vi – Mô tả lâm sàng và nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán, Tổ chức Y tế thế giới (WHO), Geneva 1992.
- Kết quả trắc nghiệm tâm lý: Đạt đủ tiêu chí theo quy định.

3. Chẩn đoán phân biệt

Phải chẩn đoán phân biệt với các trường hợp sau:

- Sa sút trí tuệ (Demence): Xác định được nguyên nhân gây bệnh cụ thể, thứ phát sau một bệnh do tổn thương não, nhiễm độc hay bệnh cơ thể khác. Sa sút trí tuệ khác với chậm phát triển tâm thần ở chỗ trí tuệ giảm đi sau khi bị bệnh.
- Chậm phát triển tâm thần có liên quan đến bệnh lý não mắc phải không

do bẩm sinh: chấn thương sọ não, viêm não..., bệnh lý tâm thần hoặc bệnh lý cơ quan khác.

4. Xác định tỷ lệ % TTCT

4.1. Kết luận chậm phát triển tâm thần theo các mức độ:

- + Chậm phát triển tâm thần mức độ nhẹ.
- + Chậm phát triển tâm thần mức độ vừa.
- + Chậm phát triển tâm thần mức độ nặng.
- + Chậm phát triển tâm thần mức độ trầm trọng.

4.2. Xác định tỷ lệ tổn thương cơ thể:

- Áp dụng Mục 2 Trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh lý rối loạn Tâm thần và hành vi của TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH của liên Bộ Y tế - LĐTB&XH quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể do thương tích, bệnh, tật và bệnh nghề nghiệp.

- Trường hợp chậm phát triển tâm thần có kèm theo tổn thương não bẩm sinh thì tổng hợp tỷ lệ chậm phát triển tâm thần với tỷ lệ tổn thương não bẩm sinh theo quy định tại TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH của liên Bộ Y tế - Lao động-Thương binh và Xã hội./.

C. CÁC DỊ TẬT BẨM SINH Ở MẮT

TẬT KHÔNG CÓ MÍ MẮT, TẬT KHÔNG CÓ NHÃN CẦU, TẬT KHÔNG CÓ MỎNG MẮT

1. Chỉ định giám định

- 1.1. Khám giám định chuyên khoa mắt;
- 1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng do GDV chuyên khoa chỉ định.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Trường hợp chưa điều trị can thiệp

a) Tật không có mí mắt (Ablepharon) hoặc tật khuyết mí mắt (Coloboma of eyelid)

Là trường hợp không có mí mắt hoặc mí mắt bị khuyết một phần, khuyết của mí trên thường gặp phổ biến (70%), xảy ra một bên hay gặp hơn cả hai bên. Chỗ khuyết thường xảy ra chính giữa hai phía trong mí mắt. Đa số hình tam giác nhưng đôi khi có hình ellipse hay hình thang.

b) Tật không có nhãn cầu (Anophthalmus) hoặc tật nhãn cầu bé (Microphthalmos)

- Tật không có nhãn cầu là trường hợp không có hoàn toàn cấu trúc của một hoặc cả hai mắt.

- Khi một hoặc cả hai nhãn cầu đều rất bé thì được gọi là tật nhãn cầu bé.

c) Tật không có màng mắt (Absence of iris)

Là trường hợp bị thiếu toàn bộ màng mắt ngoại trừ phần nền của nó. Trong một nửa số trường hợp đi kèm chứng sợ ánh sáng, rối loạn khả năng nhìn và rung giật nhãn cầu.

2.2. Trường hợp đã điều trị can thiệp

Trường hợp đã điều trị can thiệp phẫu thuật làm thay đổi dị dạng, dị tật, không còn dấu hiệu điển hình của dị dạng, dị tật trên lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định căn cứ xác định:

a) Biên bản phẫu thuật, hoặc bệnh án điều trị (bản sao), hoặc bản chính Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ tại cơ sở y tế theo quy định) ghi nhận tổn thương trước điều trị như nêu tại Mục 3.1 đối với từng dạng tật.

b) Ghi nhận trong các giấy tờ điều trị phải phù hợp với tình trạng tổn thương được xác định tại thời điểm khám giám định.

3. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt các bệnh lý mắc phải gây tổn thương tương tự.

4. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

4.1. Xác định dị dạng, dị tật cần phải kết luận rõ dạng dị dạng, dị tật bẩm sinh ở mắt theo quy định và mức độ ảnh hưởng chức năng mắt.

4.2. Xác định tỷ lệ % TTCT căn cứ theo mục tổn thương tương ứng tại bảng tỷ lệ tổn thương cơ quan Thị giác trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH./.

D. CÁC DỊ DẠNG, DỊ TẬT BẨM SINH Ở TAI

TẬT TAI NHỎ (Microtia), TẬT THIẾU TAI NGOÀI BẨM SINH (TẬT KHÔNG TAI – Anotia)

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa tai mũi họng;

1.2. Chỉ định cận lâm sàng: tùy trường hợp cụ thể mà GDV chỉ định phù hợp, như làm các nghiệm pháp đánh giá chức năng tai (đo thính lực đơn âm, ABR, ASSR...); Chẩn đoán hình ảnh (chụp Schüller, chụp CT scanner xương thái dương; MRI ...).

2. Tiêu chí xác định

- Có biểu hiện tai nhỏ hoặc thiếu tai ngoài bẩm sinh.

Trường hợp đã điều trị can thiệp (phẫu thuật chỉnh hình tai) không còn dấu hiệu điển hình của dị dạng, dị tật trên tại thời điểm giám định thì căn cứ bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị, bao gồm: Biên bản phẫu thuật, hoặc bản chính Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ theo quy định) ghi nhận tổn thương trước điều trị như nêu trên.

Ghi nhận trong các giấy tờ điều trị phải phù hợp với tình trạng tại thời điểm khám giám định.

2.2. Có thể có nghe kém hoặc tổn thương dây thần kinh số VII kèm theo

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Xác định dị dạng, dị tật bảo đảm nêu rõ dị dạng dị tật và mức độ nghe kém (nếu có).

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT

a) Căn cứ theo mục tổn thương tương ứng quy định tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật Tai Mũi Họng ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLDTBXII.

b) Căn cứ theo mục tổn thương dây VII tương ứng quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương hệ Thần kinh ban hành kèm theo Thông tư số 28/2013/TTLT-BYT-BLDTBXH./.

TẬT TRÍT ỚNG TAI NGOÀI

(Atresia of the external auditory canal, atresia auris)

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa tai, mũi, họng.

1.2. Chỉ định cận lâm sàng tùy trường hợp cụ thể mà GDV chỉ định phù hợp như các nghiệm pháp đánh giá chức năng tai (đo thính lực đơn âm, ABR, ASSR...); Chẩn đoán hình ảnh (chụp Schüller, chụp CT scanner xương thái dương; MRI ...);

2. Tiêu chí xác định

2.1. Có biểu hiện trít hẹp ống tai ngoài.

Trường hợp đã điều trị can thiệp (phẫu thuật chỉnh hình tai) không còn dấu hiệu điển hình của dị dạng, dị tật trên tai thời điểm giám định thì căn cứ bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị, bao gồm: Biên bản phẫu thuật, hoặc bản chính Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ theo quy định) ghi nhận tổn thương trước điều trị có thiếu, teo, chít hẹp ống tai ngoài. Ghi nhận trong các giấy tờ điều trị phải phù hợp với tình trạng tại thời điểm khám giám định.

2.2. Có thể có nghe kém hoặc tổn thương dây thần kinh VII kèm theo.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Xác định dị dạng, dị tật bảo đảm nêu rõ dị dạng, dị tật và mức độ nghe kém (nếu có).

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT:

Căn cứ TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH, để xác định:

a) Theo mục tổn thương tương ứng quy định tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật Tai Mũi Họng.

b) Theo mục tổn thương dây VII quy định tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật hệ Thần kinh./.

TẬT BIẾN DẠNG VÀNH TAI

Tật biến dạng vành tai (Accessory auricle) gồm: **Gờ bình tai phụ** (Accessory tragus); **Tật thừa tai** (Polyotia); **Tật thịt thừa trước tai** (Preauricular appendage or tag); **Thừa tai, dải tai** (Supernumerary: ear, lobule); **Túi tai** (pocket ear), **tật tai vẹo** (lop ear), **khe hở thùy tai** (cleft ear lobe), **tật dính thùy tai** (attached ear lobe), **tật phì đại thùy tai** (hypertrophic ear lobe).

1. Chỉ định giám định

Khám giám định chuyên khoa tai mũi họng.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Có biểu hiện tật biến dạng vành tai đã nêu ở trên.

2.2. Trường hợp đã điều trị can thiệp (phẫu thuật chỉnh hình tai) không còn dấu hiệu điển hình của dị dạng, dị tật trên tai thời điểm giám định thì căn cứ bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị, bao gồm: Biên bản phẫu thuật, hoặc bản chính Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ theo quy định) ghi nhận tổn thương trước điều trị như mô tả trên. Ghi nhận trong các giấy tờ điều trị phải phù hợp với tình trạng tại thời điểm khám giám định.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Xác định dị dạng, dị tật bảo đảm nêu rõ dị dạng, dị tật.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT:

Căn cứ theo mục tổn thương tương ứng quy định tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật Tai Mũi Họng trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật ban hành kèm theo số TTT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐT BXH./.

Đ. DỊ DẠNG, DỊ TẬT BẨM SINH Ở HÀM MIỆNG **(Tật sứt môi có kèm hoặc không kèm nứt khẩu cái)**

1. Chỉ định giám định

- 1.1. Khám giám định chuyên khoa: Răng Hàm Mặt;
- 1.2. Chụp phim X-quang, CT scanner sọ, mặt tùy trường hợp cụ thể.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Lâm sàng có biểu hiện tật sứt môi kèm hoặc không kèm nứt khẩu cái (Sứt môi hở hàm).

2.2. Trường hợp đã điều trị can thiệp (phẫu thuật chỉnh hình răng hàm mặt) không còn dấu hiệu điển hình của dị dạng, dị tật tại thời điểm giám định thì căn cứ bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị, bao gồm: Biên bản phẫu thuật, hoặc bản chính Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ theo quy định) ghi nhận tổn thương trước điều trị như mô tả trên. Ghi nhận trong các giấy tờ điều trị phải phù hợp với tình trạng tại thời điểm khám giám định.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định bảo đảm nêu rõ được mắc tật sứt môi và có kèm theo hoặc không kèm theo nứt khẩu cái (Sứt môi hở hàm); đồng thời xác định mức độ tật.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: căn cứ theo Mục 5 - Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật Răng Hàm Mặt thuộc Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH./.

E. DỊ DẠNG, DỊ TẬT BẨM SINH Ở CHI

TẬT ĐA NGÓN, TẬT DÍNH NGÓN, BÀN TAY VỆO BẨM SINH, BÀN CHÂN VỆO

1. Chỉ định giám định

- 1.1. Khám giám định chuyên khoa xương khớp;
- 1.2. Khám giám định chuyên khoa nhi nếu cần thiết;
- 1.3. Chụp X-quang nếu cần thiết.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Lâm sàng có biểu hiện đa ngón, dính ngón, bàn tay/bàn chân vệo trong hoặc ngoài. Chụp X-quang bàn tay đối với trường hợp bàn tay vệo, bàn chân vệo và các trường hợp khác (nếu cần).

Trường hợp đã điều trị can thiệp (phẫu thuật cắt bỏ, tách, chỉnh hình...) không còn dấu hiệu điển hình của dị dạng, dị tật tại thời điểm giám định thì căn cứ bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị, bao gồm: Biên bản phẫu thuật, hoặc bản chính Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ theo quy định) có biểu hiện như nêu trên để xác định tật. Ghi nhận trong các giấy tờ điều trị phải phù hợp với tình trạng tại thời điểm khám giám định.

2.2. Không xác định được nguyên nhân mắc phải (chấn thương, vết thương...) gây tổn thương tương tự.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định bảo đảm nêu rõ loại tổn thương và mức độ tổn thương chức năng vận động ngón, bàn tay do dị dạng, dị tật đó gây nên.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: căn cứ theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ tổn thương hệ Cơ Xương Khớp trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH./.

CÁC KHUYẾT TẬT HOẶC THIẾU HỤT CỦA CHI TRÊN, CÁC KHUYẾT TẬT HOẶC THIẾU HỤT CỦA CHI DƯỚI, TẬT KHÔNG CÓ CHI

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám chuyên khoa cơ xương khớp.

1.2. Chụp X - quang.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Lâm sàng có biểu hiện:

a) Không có một hoặc nhiều chi;

b) Khuyết thiếu một hoặc nhiều đoạn chi: Thiếu ngón tay/chân, thiếu bàn tay/chân, thiếu cẳng tay/chân, thiếu cánh tay/dùi.

2.2. Xquang: Thiếu một hoặc nhiều xương: Đùi, chày, mác, cánh tay, quay, trụ, xương bàn tay/chân.

2.3. Không xác định được nguyên nhân mắc phải (chấn thương, vết thương...) gây tổn thương tương tự.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định bảo đảm nêu rõ loại tổn thương và mức độ tổn thương chức năng vận động đoạn chi thể do dạng tật đó gây nên;

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: căn cứ theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ tổn thương hệ Cơ Xương Khớp trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH./.

KHUYẾT TẬT CHI GIỐNG HẢI CÀU

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám chuyên khoa xương khớp;

1.2. Chụp Xquang.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Lâm sàng: Bàn tay/bàn chân như dính vào thân do thiếu xương cánh tay/ xương đùi và kém phát triển xương cẳng tay/cẳng chân. Biểu hiện ở một hoặc nhiều chi.

2.2. Xquang: Hình ảnh thiếu xương cánh tay/xương đùi, kém phát triển xương cẳng tay/cẳng chân.

2.3. Không xác định được nguyên nhân mắc phải (chấn thương, vết thương...) gây tổn thương tương tự.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định bảo đảm nêu rõ loại tổn thương và mức độ tổn thương chức năng vận động đoạn chi thể do dạng tật đó gây nên.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: căn cứ theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ tổn thương hệ Cơ Xương Khớp trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH./.

LOẠN SẢN SỰNG TỪNG ĐÁM NHỎ

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám chuyên khoa xương khớp;

1.2. Khám chuyên khoa mắt (nếu có đục thủy tinh thể);

1.3. Xét nghiệm cận lâm sàng theo chỉ định của GDV chuyên khoa xương khớp.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Lâm sàng: Thấp hơn nhiều so với chiều cao trung bình theo lứa tuổi, đùi và cẳng tay ngắn hơn bình thường, ngắn đốt 3 ngón tay/ngón chân, phần thân người vẫn có kích thước gần như bình thường, biến dạng khuôn mặt đặc trưng (trán quá dô, mũi phẳng hoặc mũi nhỏ lỗ mũi héch ngược, mắt cách xa, lõm giữa mặt (midface hypoplasia), má dầy)...Có thể kèm theo tật cong cột sống quá mức ra trước và đục thủy tinh thể.

3.2. Không xác định được nguyên nhân mắc phải (lùn do rối loạn nội tiết...) gây tổn thương tương tự.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định bảo đảm nêu rõ loại tổn thương và mức độ tổn thương chức năng vận động, thị lực (nếu có) do dạng tật đó gây nên.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: căn cứ theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ tổn thương hệ Cơ Xương Khớp trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH./.

LỜI XƯƠNG BẨM SINH NHIỀU NƠI

1. Chỉ định giám định

- 1.1. Khám giám định chuyên khoa xương khớp.
- 1.2. Khám giám định chuyên khoa Thần kinh nếu kèm theo tật não úng thủy. Tim mạch nếu có biểu hiện dị tật tim mạch.
- 1.3. Xét nghiệm cận lâm sàng theo chỉ định của GDV chuyên khoa xương khớp, thần kinh, tim mạch.

2. Tiêu chí xác định

- 2.1. Lâm sàng:
 - a) Có biểu hiện ngăn không cân đối giữa các phần chi thể (cánh tay/đùi, cẳng tay/chân, bàn tay/chân), hoặc thân (cổ ngắn, ngực nhỏ, bụng...).
 - b) Có thể kèm não úng thủy, tổn thương chức năng thần kinh do tổn thương tủy sống, dị tật tim mạch.
- 2.2. Xquang: Ngắn xương (cánh tay/đùi, cẳng tay/chân, bàn tay/chân)
- 2.3. Không xác định được nguyên nhân mắc phải (lùn do rối loạn nội tiết...) gây tổn thương tương tự.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

- 3.1. Kết luận giám định bảo đảm nêu rõ loại tổn thương và mức độ tổn thương chức năng vận động, chức năng hệ thần kinh, tim mạch do dạng tật đó gây nên.
- 3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: căn cứ theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ tổn thương do bệnh, tật hệ cơ xương khớp, thần kinh (nếu có tổn thương não úng thủy), tim mạch (nếu có dị tật tim mạch) trong Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐT BXH./.

G. DỊ DẠNG, DỊ TẬT BẨM SINH VỀ BẤT THƯỜNG NHIỄM SẮC THỂ

HỘI CHỨNG DOWN

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa tâm thần để xác định tình trạng chậm phát triển tâm thần.

1.2. Khám giám định chuyên khoa thần kinh (nếu cần) để xác định tình trạng chậm phát triển vận động.

1.3. Khám giám định chuyên khoa mắt để xác định tình trạng lác mắt ảnh hưởng thị lực.

1.4. Khám giám định chuyên khoa tim mạch để xác định dị tật tim mạch (nếu có).

1.5. Xét nghiệm Di truyền học (Nhiễm sắc thể) trong trường hợp hình ảnh lâm sàng không điển hình.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Các biểu hiện:

a) Chậm phát triển tâm thần – vận động ngay từ khi sinh.

b) Khuôn mặt điển hình: Khuôn mặt dẹt khi nhìn ngang, khe mắt xếch lên, phía góc trong của mắt có nếp quạt, mũi tẹt, lác mắt, tai nhỏ và dị dạng, miệng há, lưỡi lớn thè ra ngoài.

c) Nếp vân da: Bệnh nhân thường có nếp ngang đơn độc ở một hoặc cả hai bàn tay, ngã ba trục ở vị trí “t” ở bàn tay, có thể có hoa vân ở mô út, ngón tay út cong, chỉ có một nếp gấp gian ngón.

d) Có thể kèm theo các dị tật nội quan thường gặp: Dị tật ở tim như thông liên thất, thông liên nhĩ, còn ống động mạch. Dị tật ống tiêu hóa: Hẹp tá tràng, phình to đại tràng bẩm sinh...

2.2. Trường hợp đã can thiệp phẫu thuật không có triệu chứng dị tật như nêu trên thì căn cứ bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị bao gồm kết quả cận lâm sàng/hoặc Biên bản phẫu thuật/bệnh án điều trị hoặc bản chính Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ tại cơ sở y tế) có triệu chứng dị tật như nêu trên để xác định tật. Ghi nhận trong các giấy tờ điều trị phải phù hợp với tình trạng tại thời điểm khám giám định.

2.3. Xét nghiệm Di truyền học (Nhiễm sắc thể) trong trường hợp lâm sàng không điển hình: Có thêm một nhiễm sắc thể 21 hoặc chuyển đoạn của nhiễm sắc thể 21 với các nhiễm sắc thể khác, hoặc khảm (có dòng tế bào có ba nhiễm sắc thể 21).

Cơ sở GDYK có thể căn cứ kết quả xét nghiệm Di truyền học của cơ sở xét nghiệm khác (bản chính hoặc bản sao hợp pháp, hợp lệ) để xem xét kết luận.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định bảo đảm Xác định mức độ chậm phát triển tâm thần – vận động, dị tật tim mạch.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: căn cứ theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh lý Rối loạn Tâm thần và hành vi, Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật hệ Thần kinh, Cơ quan thị giác, hệ Tim mạch ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLB-BYT- BLĐTBXH./.

HỘI CHỨNG EDWARDS (HỘI CHỨNG BA NHIỄM SẮC THỂ 18)

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa tâm thần để xác định tình trạng chậm phát triển tâm thần.

1.2. Khám giám định chuyên khoa xương khớp, thần kinh, tim mạch, tiết niệu-sinh dục để xác định loại tổn thương và mức độ tổn thương do dị dạng dị tật hệ cơ quan đó gây ra.

1.3.- Xét nghiệm Di truyền học (Nhiễm sắc thể).

2. Tiêu chí xác định

2.1. Lâm sàng: Một hoặc nhiều dị dạng, dị tật sau:

a) Dị tật chi: Cẳng tay gập vào cánh tay. Sự sắp xếp các ngón tay rất đặc biệt. Ngón cái gập vào lòng bàn tay, ngón trỏ úp lên ngón giữa, ngón nhẫn phủ lên ngón trỏ, ngón út phủ lên ngón nhẫn. Bàn chân vẹo, gót chân và lòng bàn chân lõm. Nếp vân da: Thường có nhiều vân cung ở đầu ngón tay (7- 10 ngón). Hay thiếu các nếp gấp xa của các ngón tay, có thể có nếp ngang đơn độc ở bàn tay.

b) Dị dạng mặt: Trán bé, chòm nhô, khe mắt hẹp, tai ở vị trí thấp, ít quần và nhọn trông giống tai chồn. Miệng bé, hàm nhỏ và thụt về phía sau, có thể sứt môi hở hàm. Da cổ lỏng lẻo.

c) Chậm phát triển tâm thần và/hoặc tổn thương chức năng não khác.

d) Có thể kèm theo dị tật tim mạch, có thể kèm theo dị dạng, dị tật tiết niệu-sinh dục.

2.2. Trường hợp đã can thiệp phẫu thuật không có triệu chứng dị dạng, dị tật như nêu trên thì căn cứ bản sao hợp lệ hợp pháp Hồ sơ chẩn đoán, điều trị bao gồm kết quả cận lâm sàng/hoặc Biên bản phẫu thuật/bệnh án điều trị hoặc bản chính Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ tại cơ sở y tế) có triệu chứng dị tật như nêu trên để xác định tật. Ghi nhận trong các giấy tờ điều trị phải phù hợp với tình trạng tại thời điểm khám giám định.

2.3. Xét nghiệm Di truyền học (Nhiễm sắc thể): Ba nhiễm sắc thể 18 thuần (thể tam nhiễm 18), hoặc chuyển đoạn nhiễm sắc thể 18, hoặc thể khảm (có một dòng tế bào bình thường và một dòng tế bào có ba nhiễm sắc thể 18).

Cơ sở GDYK có thể căn cứ kết quả xét nghiệm Di truyền học của cơ sở y tế khác (bản chính hoặc bản sao) để xem xét kết luận.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định bảo đảm nội dung chính như sau:

a) Xác định mức độ chậm phát triển tâm thần.

b) Xác định loại tổn thương và mức độ tổn thương (nếu có) xương khớp, thần kinh, tim mạch, tiết niệu-sinh dục, răng hàm mặt do dị dạng, dị tật đó gây nên.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: căn cứ theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ TTCT do Bệnh lý rối loạn Tâm thần và hành vi, Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật hệ Thần kinh, hệ Tim mạch, hệ Cơ Xương Khớp, hệ Tiết niệu-Sinh dục ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLB-BYT- BLĐT BXH./.

HỘI CHỨNG PATAU

1. Chỉ định giám định

1.1. Khám giám định chuyên khoa tâm thần để xác định tình trạng chậm phát triển tâm thần.

1.2. Khám giám định chuyên khoa xương khớp, thần kinh, tim mạch, tiêu hóa, tiết niệu-sinh dục, răng-hàm-mặt, tai-mũi-họng để xác định loại tổn thương và mức độ tổn thương do dị dạng dị tật hệ cơ quan đó gây ra.

1.3. Xét nghiệm Di truyền học (Nhiễm sắc thể).

2.1 Lâm sàng:

Người mắc hội chứng Patau có biểu hiện:

a) Đầu nhỏ, nhãn cầu nhỏ hay không có nhãn cầu, tai thấp và biến dạng. Có u mạch máu ở vùng đầu và cằm;

b) Sứt môi có thể kèm theo nứt khẩu cái;

c) Thừa ngón tay, chân, bàn chân vẹo, các ngón thay gấp quá mức. Nếp vân da: Bệnh nhân thường có nếp ngang đơn độc ở một hoặc cả hai bàn tay, ngã ba trục ở vị trí “t” ở bàn tay, có thể có hoa vân ở mô út, ngón tay út cong, chỉ có một nếp gấp gian ngón;

d) Điếc;

e) Chậm phát triển trí tuệ - vận động;

f) Có thể kèm theo dị tật tim mạch, ống tiêu hóa, cơ quan sinh dục.

2.2. Trường hợp đã can thiệp phẫu thuật không có triệu chứng dị dạng, dị tật như nêu trên thì căn cứ bản sao Hồ sơ chẩn đoán, điều trị bao gồm kết quả cận lâm sàng/hoặc Biên bản phẫu thuật/bệnh án điều trị hoặc bản chính Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ tại cơ sở y tế) có triệu chứng dị tật như nêu trên để xác định tật. Ghi nhận trong các giấy tờ điều trị phải phù hợp với tình trạng tại thời điểm khám giám định.

2.3. Xét nghiệm Di truyền học (Nhiễm sắc thể): Ba nhiễm sắc thể 13 thuần, hoặc chuyển đoạn nhiễm sắc thể 13, hoặc thể khảm (có một dòng tế bào bình thường và một dòng tế bào có ba nhiễm sắc thể 13).

Cơ sở GDYK có thể căn cứ kết quả xét nghiệm Di truyền học của cơ sở y tế khác (bản chính hoặc bản sao) để xem xét kết luận.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định bảo đảm nội dung chính như sau:

a) Xác định mức độ chậm phát triển tâm thần.

b) Xác định loại tổn thương và mức độ tổn thương xương khớp, thần kinh, tim mạch, cơ quan sinh dục, hàm mặt, tai do dị dạng, dị tật gây nên.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: căn cứ theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ TTCT do Bệnh lý rối loạn Tâm thần và hành vi, Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật hệ Thần kinh, Tim mạch, Tiêu hóa, Cơ-Xương-khớp, Tiết niệu-Sinh dục, Răng-Hàm-Mặt, Tai-Mũi-Họng ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLB-BYT- BLDTBXII./.

H. TẬT SONG THAI DÍNH NHAU (SINH ĐÔI DÍNH NHAU- Conjoined twins)

SONG THAI DÍNH NHAU (CÒN SỐNG)

1. Chỉ định giám định

- 1.1 Chỉ định khám chuyên khoa tùy thuộc cơ quan bộ phận dính nhau.
- 1.2. Chỉ định cận lâm sàng nếu cần thiết để chẩn đoán xác định.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Hình ảnh lâm sàng: Hai trẻ dính nhau ở một phần nào đó của cơ thể. Có thể chung hoặc riêng cơ quan nội tạng.

2.2. Trường hợp đã điều trị can thiệp (phẫu thuật cắt bỏ, tách,...) làm thay đổi dị dạng, dị tật, không còn dấu hiệu điển hình của dị dạng, dị tật trên lâm sàng chẩn đoán xác định có tật căn cứ Biên bản phẫu thuật/bệnh án điều trị (bản sao), Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ) đáp ứng tiêu chí mục 2.2.1 nêu trên.

Ghi nhận trong các giấy tờ chẩn đoán, điều trị phải phù hợp với tình trạng tại thời điểm khám giám định.

3. Xác định dị dạng, dị tật và tỷ lệ % TTCT

3.1. Kết luận giám định bảo đảm nêu rõ loại tổn thương và mức độ tổn thương giải phẫu, chức năng các cơ quan bộ phận do tật song thai dính nhau hoặc sau can thiệp phẫu thuật dị tật song thai dính nhau gây nên.

3.2. Xác định tỷ lệ % TTCT: căn cứ theo mục tổn thương tương ứng tại Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH./.

BỘC THAI TRONG THAI (CÒN SỐNG)

1. Chỉ định giám định

- 1.1. Khám giám định chuyên khoa Sản phụ khoa;
- 1.2. Khám giám định chuyên khoa ung bướu (nếu cần thiết);
- 1.3. Cận lâm sàng: chụp X-quang hoặc chụp MRI, chụp CT ổ bụng nếu cần thiết để chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt nguyên nhân mắc phải.

2. Tiêu chí xác định

2.1. Trường hợp chưa phẫu thuật khối u (bọc thai):

Hình ảnh chụp X-quang hoặc cộng hưởng từ, cắt lớp vi tính ổ bụng: Khối u (bọc thai) ở trong khoang bụng của con đẻ Người hoạt động kháng chiến (còn sống). Trong bọc thai này có da bao bọc ở phía ngoài, bên trong có một số phần của cơ thể, một số cơ quan xếp hỗn độn.

2.2. Trường hợp đã điều trị can thiệp (phẫu thuật,...) làm thay đổi khối u (bọc thai) xác định có tật Thai trong thai căn cứ Biên bản phẫu thuật/bệnh án điều trị (bản sao) hoặc bản chính Giấy ra viện (trong trường hợp hồ sơ bệnh án đã bị hủy do hết thời hạn lưu trữ) đáp ứng tiêu chí nêu trên.

Ghi nhận trong các giấy tờ chẩn đoán, điều trị phải phù hợp với tình trạng tại thời điểm khám giám định.

3. Chẩn đoán phân biệt

Trường hợp này cần chẩn đoán phân biệt với U quái buồng trứng.

4. Xác định tỷ lệ % TTCT

4.1. Trường hợp chưa phẫu thuật:

Nếu còn khối u bọc thai áp dụng nội dung dị dạng, dị tật hệ Tiết niệu-Sinh dục khác trong Mục 15.2.1 hoặc Mục 15.2.2 Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật hệ Tiết niệu-Sinh dục ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐT BXH.

4.2. Trường hợp đã phẫu thuật:

Áp dụng Mục 10.1 - Phẫu thuật thăm dò ổ bụng do tổn thương hoặc lấy dị vật trong Bảng tỷ lệ TTCT do thương tích - Tổn thương hệ tiêu hóa ban hành kèm theo TTLT số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐT BXH./.