

[Mẫu 2-1] Chứng nhận kết quả điều trị Lao (Việt- Anh)

GIẤY CHỨNG NHẬN ĐIỀU TRỊ LAO PHỔI
Certificate of TB Treatment Result

Họ và tên (Name)	Giới tính (Sex) <input type="checkbox"/> Nam (M) <input type="checkbox"/> Nữ (F)	Ảnh/sa-jin (Photo) 3.5cm×4.5cm ※철인 압인(간인) 날인 Bệnh viện đóng dấu giáp lại
Ngày tháng năm sinh (Date of Birth)	전화번호(Phone Number)	
Số hộ chiếu (Passport Number)	Địa chỉ (Address)	

I. Chuẩn đoán lao (TB diagnosis)

1. Ngày điều trị lao (Date of TB confirmation) dd / mm / yyyy
2. Kết quả kháng sinh đồ thuốc lao (Drug susceptibility results of TB)
- A. Lao không kháng thuốc (Drug-sensitive TB) ☐
- B. Lao đa kháng (MDR/RR-TB)
- C. Lao tiền siêu kháng (Pre XDR-TB) ☐ D. Lao siêu kháng thuốc (XDR-TB) ☐
- E. Những loại lao kháng thuốc khác (Other drug resistance TB) ☐

II. Kết quả điều trị Lao (TB treatment outcomes)

1. Thời gian điều trị(Treatment duration): dd / mm / yyyy ~ dd / mm / yyyy
2. Kết quả điều trị (Treatments Outcome)
- A. Chữa khỏi (Cured) ☐
- B. Hoàn thành điều trị (Completed Treatment) ☐
- C. Thất bại (Failed) ☐
- D. Dừng điều trị (Defaulted) ☐
- E. Đang điều trị (Under treatment) ☐
3. Ngày hoàn thành điều trị (Treatment completion date): dd / mm / yyyy

Kết quả điều trị trên được thực hiện.

The treatment was performed as above

Số Giấy phép (License No.): / Tên Bác sỹ (Name of Physician): (ký tên/signature)

Chúng tôi xác nhận kết quả điều trị của bệnh nhân như trên

We hereby certify that the patient's treatment status is assessed as above.

ngày /tháng/ năm (dd. mm. yyyy.)

○○○○Giám đốc Bệnh viện (Ký tên/đóng dấu)
(○○○○ Chief of Hospital) (signature)