

Phụ lục 03
MẪU PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM HIV DƯƠNG TÍNH

*(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

.....¹.....
.....².....
.....³.....
.....⁴.....

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

Mã QR

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM HIV DƯƠNG TÍNH

Họ, chữ đệm và tên khai sinh: Giới tính:

Năm sinh:

Số định danh cá nhân:

Nơi thường trú⁵ :

Nơi tạm trú/ nơi ở hiện tại (nếu khác với nơi thường trú)⁶ :

Ngày xét nghiệm:

Tên các sinh phẩm xét nghiệm/Kỹ thuật xét nghiệm:

Kết luận (Ghi rõ bằng chữ hoặc đóng dấu):

XÁC NHẬN CỦA THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)⁷

Ngày.....tháng năm
PHỤ TRÁCH PHÒNG XN
(Ký, ghi rõ họ tên)

¹ Ghi tên đơn vị ban hành phiếu

² Ghi tên cơ sở thực hiện xét nghiệm khẳng định HIV

³ Địa chỉ cơ sở thực hiện xét nghiệm khẳng định HIV

⁴ Số điện thoại cơ sở thực hiện xét nghiệm khẳng định HIV

⁵ Ghi đầy đủ thông tin theo quy định về địa giới hành chính.

⁶ Ghi đầy đủ thông tin theo quy định về địa giới hành chính.

⁷ Trường hợp thủ trưởng đơn vị ủy quyền cho người phụ trách phòng xét nghiệm sử dụng con dấu của đơn vị để thực hiện cấp Phiếu kết quả xét nghiệm HIV dương tính thì không cần xác nhận của thủ trưởng đơn vị.

