

**PHỤ LỤC I**  
**BẢNG TIÊU CHUẨN SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE,**  
**NGƯỜI ĐIỀU KHIỂN XE MÁY CHUYÊN DÙNG**  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 36 /2024/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2024*  
*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

SỐ TT	CHUYÊN KHOA	<b>TIÊU CHUẨN SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE,</b> <b>NGƯỜI ĐIỀU KHIỂN XE MÁY CHUYÊN DÙNG</b> Người có một trong các tình trạng bệnh, tật sau đây thì không đủ điều kiện để lái xe theo các hạng xe tương ứng		
		<b>NHÓM 1</b>  Áp dụng đối với người lái xe hạng: A1, B1 và người điều khiển xe máy chuyên dùng	<b>NHÓM 2</b>  Áp dụng đối với người lái xe hạng: A và B	<b>NHÓM 3</b>  Áp dụng đối với người lái xe hạng: C1,C,D1,D2,D,BE,C1E, CE, D1E, D2E và DE
1	TÂM THẦN	Bệnh lý tâm thần đang ở giai đoạn cấp tính hoặc đang tiến triển	Bệnh lý tâm thần đã được điều trị ổn định hoàn toàn nhưng chưa đủ 06 tháng	Bệnh lý tâm thần đã được điều trị ổn định hoàn toàn nhưng chưa đủ 24 tháng
2	THẦN KINH	Liệt vận động từ hai chi trở lên	- Động kinh còn cơn trong vòng 24 tháng gần nhất (không/có dùng thuốc điều trị); - Liệt vận động từ hai chi trở lên; - Hội chứng ngoại tháp; - Rối loạn cảm giác sâu; - Chóng mặt do các nguyên nhân bệnh lý	- Động kinh; - Liệt vận động một chi trở lên; - Hội chứng ngoại tháp; - Rối loạn cảm giác nông hoặc rối loạn cảm giác sâu; - Chóng mặt do các nguyên nhân bệnh lý
3	MẮT	- Thị lực nhìn xa bằng hai mắt: <4/10 (kể cả điều chỉnh bằng kính); - Nếu còn một mắt, thị lực <4/10 (kể cả điều chỉnh bằng kính); - Rối loạn nhận biết 3 màu cơ bản: đỏ, vàng, xanh lá cây;	- Thị lực nhìn xa bằng hai mắt: < 5/10 (kể cả điều chỉnh bằng kính); - Nếu còn một mắt, thị lực <5/10 (kể cả điều chỉnh bằng kính); - Rối loạn nhận biết 3 màu cơ bản: đỏ, vàng, xanh lá cây; - Song thị kể cả có điều chỉnh bằng lăng kính.	- Thị lực nhìn xa từng mắt: mắt tốt < 8/10 hoặc mắt kém <5/10 (kể cả điều chỉnh bằng kính); - Tật khúc xạ có số kính: > + 5 diop hoặc > - 8 diop; - Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương): < 160° mở rộng về bên phải < 70°, mở rộng về bên trái < 70°; - Thị trường đứng (chiều trên-dưới) trên dưới đường ngang <30°; - Bán manh, ám điểm góc; - Rối loạn nhận biết 3 màu cơ bản: đỏ, vàng, xanh lá cây;

*1/10*

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Song thị;</li> <li>- Các bệnh chói sáng;</li> <li>- Giảm thị lực lúc chập tối (quáng gà).</li> </ul>
4	TAI - MŨI - HỌNG			<p>Thính lực ở tai tốt hơn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nói thường &lt; 4m (kể cả sử dụng máy trợ thính)</li> <li>- Hoặc nghe tiếng nói thầm tối thiểu (ở tai tốt hơn) &lt; 0,4 m (kể cả sử dụng máy trợ thính).</li> </ul>
5	TIM MẠCH		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Block nhĩ thất độ II hoặc có nhịp chậm kèm theo các triệu chứng lâm sàng (kể cả đã được điều trị nhưng không ổn định);</li> <li>- Suy tim độ III trở lên (theo phân loại của Hiệp hội tim mạch New York - NYHA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bệnh tăng HA khi có điều trị mà HA tối đa <math>\geq 180</math> mmHg và/hoặc HA tối thiểu <math>\geq 100</math> mmHg;</li> <li>- HA thấp (HA tối đa &lt; 90 mmHg) kèm theo tiền sử có các triệu chứng như chóng mặt, mệt mỏi, buồn ngủ hoặc ngất xỉu;</li> <li>- Các bệnh viêm tắc mạch (động-tĩnh mạch), dị dạng mạch máu biểu hiện lâm sàng ảnh hưởng đến khả năng thao tác vận hành lái xe ô tô;</li> <li>- Các rối loạn nhịp: nhịp nhanh trên thất, nhịp nhanh thất, cuồng nhĩ, rung nhĩ, nhịp nhanh nhĩ và nhịp nhanh xoang &gt; 120 chu kỳ/phút, đã điều trị nhưng chưa ổn định;</li> <li>- Ngoại tâm thu thất ở người có bệnh tim thực tổn và/hoặc từ độ III trở lên theo phân loại của Lown;</li> <li>- Block nhĩ thất độ II hoặc có nhịp chậm kèm theo các triệu chứng lâm sàng (kể cả đã được điều trị nhưng không ổn định);</li> <li>- Con đau thắt ngực do bệnh lý mạch vành;</li> <li>- Ghép tim;</li> <li>- Sau can thiệp tái thông mạch vành;</li> <li>- Suy tim độ II trở lên (theo phân loại của Hiệp hội tim mạch New York - NYHA).</li> </ul>

*1/18*

6	HÔ HẤP		Các bệnh, tật gây khó thở mức độ III trở lên (theo phân loại mMRC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Các bệnh, tật gây khó thở mức độ II trở lên (theo phân loại mMRC);</li> <li>- Hen phế quản kiểm soát một phần hoặc không kiểm soát;</li> <li>- Lao phổi đang giai đoạn lây nhiễm.</li> </ul>
7	CỖ - XƯƠNG - KHỚP	Cụt hoặc mất chức năng 01 bàn tay hoặc 01 bàn chân và một trong các chân hoặc tay còn lại không toàn vẹn (cụt hoặc giảm chức năng).	Cụt hoặc mất chức năng 01 bàn tay hoặc 01 bàn chân và một trong các chân hoặc tay còn lại không toàn vẹn (cụt hoặc giảm chức năng).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cứng/dính một khớp lớn;</li> <li>- Khớp giả ở một vị các xương lớn;</li> <li>- Gù, vẹo cột sống quá mức gây uốn cột sống; cứng/dính cột sống ảnh hưởng tới chức năng vận động;</li> <li>- Chiều dài tuyệt đối giữa hai chi trên hoặc hai chi dưới có chênh lệch từ 5 cm trở lên mà không có dụng cụ hỗ trợ;</li> <li>- Cụt hoặc mất chức năng 02 ngón tay của 01 bàn tay trở lên hoặc cụt hoặc mất chức năng 01 bàn chân trở lên.</li> </ul>
8	NỘI TIẾT			Đái tháo đường (tiểu đường) có tiền sử hôn mê do đái tháo đường trong vòng 01 tháng.
9	SỬ DỤNG THUỐC, CHẤT CÓ CỒN, MA TÚY VÀ CÁC CHẤT HƯỞNG THẦN	Sử dụng các chất ma túy	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sử dụng các chất ma túy;</li> <li>- Sử dụng chất có nồng độ cồn (áp dụng khi khám sức khỏe định kỳ).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sử dụng các chất ma túy;</li> <li>- Sử dụng chất có nồng độ cồn (áp dụng khi khám sức khỏe định kỳ);</li> <li>- Sử dụng thuốc điều trị làm ảnh hưởng tới khả năng thức tỉnh;</li> <li>- lạm dụng chất kích thần, chất gây ảo giác.</li> </ul>

**PHỤ LỤC II**  
**MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE,**  
**NGƯỜI ĐIỀU KHIỂN XE MÁY CHUYÊN DÙNG**  
(Ban hành kèm theo Thông tư số 36 /2024/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2024  
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CƠ QUAN CHỦ QUẢN  
TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ

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

Số: ... (1) ... /GKSKLX/Mã Cơ  
sở khám chữa bệnh/Năm

**MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**  
**CỦA NGƯỜI LÁI XE, NGƯỜI ĐIỀU KHIỂN XE MÁY CHUYÊN DÙNG**

Ảnh (4 x 6 cm) đóng dấu giáp lai hoặc Scan ảnh  (ảnh được chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 06 (sáu) tháng tính đến ngày nộp hồ sơ khám sức khỏe)
---

- Họ và tên (viết chữ in hoa): .....
- Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐
- Ngày tháng năm sinh: (Tuổi:.....)
- Số CCCD /CC/Hộ chiếu/Định danh công dân: .....(2).....
- Cấp ngày...../...../..... Tại.....
- Chỗ ở hiện tại:.....
- Đề nghị khám sức khỏe để lái xe hạng: .....(3).....

**\* Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD/CC gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư không cần ghi mục 2, mục 5, mục 6

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

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không ☐; b) Có ☐;

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:.....  
.....  
.....

2. Tiền sử, bệnh sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không (Bác sỹ hỏi bệnh và đánh dấu X vào ô tương ứng)

Có/Không		Có/Không	
Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>
Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>

/ *HC*

Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)			Mất ý thức, rối loạn ý thức		
Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng			Ngất, chóng mặt, mệt mỏi, buồn ngủ hoặc ngất xỉu		
Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác			Bệnh tiêu hóa		
Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)			Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to		
Tăng huyết áp			Tai biến mạch máu não hoặc liệt		
Khó thở			Bệnh hoặc tổn thương cột sống		
Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính			Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục		
Bệnh thận, lọc máu			Sử dụng ma túy và chất gây nghiện		

Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:.....

3. Câu hỏi khác (nếu có):

Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

.....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật. Nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

.....ngày.....tháng.....năm.....

Người đề nghị khám sức khỏe  
(Ký và ghi rõ họ, tên)

*1.11*

## II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám				Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Tâm thần:				
.....				
.....				
Kết luận.....				.....
2. Thần kinh:				
.....				
.....				
Kết luận.....				.....
3. Mắt:				
- Thị lực nhìn xa từng mắt:				
+ Không kính: Mắt phải:.....Mắt trái:.....				
+ Có kính: Mắt phải:.....Mắt trái:.....				
- Thị lực nhìn xa hai mắt: Không kính.....Có kính.....				
- Thị trường:				
Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)		Thị trường đứng (chiều trên-dưới)		
Bình thường	Hạn chế	Bình thường	Hạn chế	
-Sắc giác				
+ Bình thường <input type="checkbox"/>				
+ Mù màu toàn bộ <input type="checkbox"/> Mù màu: - Đỏ <input type="checkbox"/> - Xanh lá cây <input type="checkbox"/> - vàng <input type="checkbox"/>				
Các bệnh về mắt (nếu có):				
.....				
.....				
Kết luận.....				
4.Tai-Mũi-Họng				
- Kết quả khám thính lực (có thể sử dụng máy trợ thính)				
+ Tai trái: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m				
+ Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m				
- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):				

.....	
.....	
Kết luận.....	.....
5. Tim mạch:	
+ Mạch: .....lần/phút;	
+ Huyết áp:...../.....mmHg	
.....	
.....	
Kết luận.....	.....
6. Hô hấp:	
.....	
.....	
Kết luận.....	.....
7. Cơ Xương Khớp:	
.....	
.....	
Kết luận.....	.....
8. Nội tiết:	
.....	
.....	
Kết luận.....	.....

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ/Trưởng bộ phận
1. Xét nghiệm ma túy (Xét nghiệm sàng lọc và định tính các loại ma túy theo quy định của Bộ Y tế: Amphetamin, Marijuana, Morphine, Codein, Heroin) Kết quả: .....	
2. Các xét nghiệm chỉ thực hiện khi có chỉ định của bác sĩ khám sức khỏe: Xét nghiệm nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở/huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác (điện não đồ, điện	

*1/10*

tim...)	
a) Kết quả:.....	
b) Kết luận:.....	

#### IV. KẾT LUẬN (4)

.....  
 .....  
 .....

*(Giấy khám sức khỏe này có giá trị sử dụng trong vòng 12 tháng kể từ ngày ký kết luận)*

....., ngày.....tháng..... năm.....

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

*(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)*

#### HƯỚNG DẪN CÁCH GHI ĐỐI VỚI MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE, SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

**1. Hướng dẫn ghi đối với mẫu giấy khám sức khỏe của người lái xe, người điều khiển xe máy chuyên dùng**

(1) Số: ...../GKSKLX/Mã Cơ sở khám chữa bệnh/Năm: Ghi số giấy khám theo quy tắc 5 (năm) số thứ tự tăng dần/GKSKLX/Mã CSKCB/Năm XX (VD: 00001/GKSKLX/34001/24).

(2) Số CCCD/CC/Hộ chiếu/Định danh công dân: Ghi số Chứng minh nhân dân hoặc Căn cước công dân hoặc Căn cước hoặc Hộ chiếu hoặc số Định danh công dân.

(3) Đề nghị khám sức khỏe để lái xe hạng: Ghi rõ hạng giấy phép lái xe đề nghị và ghi rõ cấp đổi hoặc cấp mới hoặc cấp lại.

(4) Kết luận: Ghi rõ kết luận về tình trạng sức khỏe để lái xe theo một trong các trường hợp sau:

+ Đủ điều kiện sức khỏe lái xe/điều khiển xe máy chuyên dùng hạng (ghi rõ hạng giấy phép lái xe).

+ Không đủ điều kiện sức khỏe lái xe/điều khiển xe máy chuyên dùng hạng (ghi rõ hạng giấy phép lái xe).

+ Đạt tiêu chuẩn sức khỏe lái xe/điều khiển xe máy chuyên dùng hạng (ghi rõ hạng giấy phép lái xe) nhưng yêu cầu khám lại (ghi cụ thể thời gian khám lại).

*1.11*

+ Đủ điều kiện sức khỏe lái xe hạng A1 đối với người khuyết tật điều khiển xe mô tô ba bánh dùng cho người khuyết tật.

+ Đủ điều kiện sức khỏe lái xe hạng B đối với người khuyết tật điều khiển xe ô tô số tự động có kết cấu phù hợp với tình trạng khuyết tật.

**2. Hướng dẫn ghi đối với mẫu sổ khám sức khỏe định kỳ của người lái xe ô tô ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT**

(1) Sau mục 9 Phần I. Khám lâm sàng: Ghi bổ sung

+ Mục 10: khám Răng - Hàm - Mặt;

+ Mục 11: khám Da liễu, Ngoại khoa.

(2) Phần III. Kết luận:

+ Ghi theo hướng dẫn tại phần (4) Kết luận tại Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này.

+ Bổ sung mục "Phân loại sức khỏe"

*1.12*