HỒ SƠ ĐĂNG KÝ THAM GIA
CHƯƠNG TRÌNH ƯƠM MẦM HẠNH PHÚC 2027

1. **Thông tin hành chính**
   - ☐ Mẫu đăng ký tham gia chương trình (phụ lục trang 3)
   - ☐ Tóm tắt bệnh án của bác sĩ điều trị (Nội dung cần được đánh máy và ghi nhận đầy đủ bệnh sử. Tóm tắt bệnh án chỉ cần chữ ký và tên bác sĩ, không cần đóng dấu bệnh viện)
   - ☐ Bản photo căn cước công dân của cả 2 vợ chồng
   - ☐ Bản photo giấy đăng ký kết hôn (≥ 1 năm tại thời điểm nộp hồ sơ)
   - ☐ Giấy xác nhận gia đình có hoàn cảnh khó khăn hoặc hộ nghèo của chính quyền địa phương

2. **Xét nghiệm (bản photo) của người vợ**
   - ☐ HIV
   - ☐ Giang mai
   - ☐ Xét nghiệm AMH HOẶC / VÀ siêu âm đếm nang noãn thứ cấp đầu chu kỳ (AFC)
   - ☐ Siêu âm phụ khoa
   - ☐ Giấy tờ liên quan đến tiền căn nội khoa, tiền căn phẫu thuật, tiền căn bệnh lý (nếu có)
   - ☐ Các xét nghiệm khác (nếu có)

3. **Xét nghiệm (bản photo) của người chồng**
   - ☐ HIV
   - ☐ Giang mai
   - ☐ Tinh dịch đồ
   - ☐ Các xét nghiệm khác (nếu có)

Lưu ý:

Các xét nghiệm và siêu âm cần thực hiện trong vòng 06 tháng tại thời điểm nộp hồ sơ.
Vui lòng gửi kèm thêm một bộ photocopy các giấy tờ và xét nghiệm trên trong bộ hồ sơ

1. **Hình thức hồ sơ:**

   Toàn bộ hồ sơ được cho vào phong bì, bên ngoài ghi rõ:

   Hồ sơ đăng ký tham gia
   ƯƠM MẦM HẠNH PHÚC 2027 - Chương trình hỗ trợ chi phí thụ tinh trong ống nghiệm

2. **Nơi nhận hồ sơ:**

   Vui lòng gửi duy nhất 01 bộ hồ sơ về địa chỉ bên dưới:

   - **BỘ PHẬN LỄ TÂN - LẦU 3 – ĐƠN VỊ HỖ TRỢ SINH SẢN IVF VẠN HẠNH**
   - 700 Sư Vạn Hạnh, Phường Hoà Hưng, TPHCM

   Hình thức gửi hồ sơ: Gửi trực tiếp hoặc gửi bưu điện (hồ sơ nên gửi bảo đảm để tránh thất lạc) đến địa điểm nhận hồ sơ bên trên.

TIÊU CHUẨN THAM GIA

ƯƠM MẦM HẠNH PHÚC 2027

Chương trình hỗ trợ chi phí thụ tinh trong ống nghiệm dành cho các gia đình có hoàn cảnh khó khăn

STT	Tiêu chuẩn	Ghi chú
1	Cặp vợ chồng chưa có con chung	Thời gian mong con ≥ 01 năm và đã có giấy đăng ký kết hôn từ 01 năm trở lên (tại thời điểm nộp hồ sơ)
2	Có chỉ định làm thụ tinh trong ống nghiệm	Chưa điều trị hoặc đã thất bại ≤ 02 lần chuyển phôi Không có phôi đông lạnh
3	Cả hai vợ chồng không mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục	HIV, Giang mai Xét nghiệm thực hiện trong vòng 06 tháng (tại thời điểm nộp hồ sơ)
4	Tuổi vợ	≤ 35 tuổi (theo CCCD, tại thời điểm nộp hồ sơ)
5	Chỉ số BMI (*) vợ (*) BMI (Body Mass Index) là chỉ số khối cơ thể được tính bằng cân nặng (kg) chia cho bình phương của chiều cao (mét)	BMI ≤ 25kg/m² (tại thời điểm nộp hồ sơ)
6	Dự trữ buồng trứng bình thường	AMH ≥ 02 ng/ml HOẶC / VÀ AFC ≥ 10 nang Không có khối u buồng trứng ≥ 04 cm (01 hay 02 bên) Xét nghiệm thực hiện trong vòng 06 tháng (tại thời điểm nộp hồ sơ)
7	Tử cung không bất thường	Không có u xơ tử cung to (> 03 cm) Lòng tử cung bình thường Không có tổn thương dạng adenomyosis (bệnh tuyến - cơ tử cung) Tử cung không bị dị dạng, nhi hóa Siêu âm thực hiện trong vòng 06 tháng (tại thời điểm nộp hồ sơ)
8	Tiêu chuẩn khác (vợ)	Không có bệnh lý ác tính tuyến vú Ống dẫn trứng không ứ dịch, nếu có thì đã được xử trí bằng kẹp hoặc cắt
9	Tinh trùng chồng	≥ 1 triệu tinh trùng di động trong tinh dịch (công thức tính: tổng số tinh trùng x tỉ lệ tinh trùng di động tiến tới) Không bất thường nặng về hình dạng tinh trùng (như tinh trùng đầu kim, đầu tròn) Xét nghiệm thực hiện trong vòng 06 tháng (tại thời điểm nộp hồ sơ)
10	Điều kiện kinh tế khó khăn	Giấy xác nhận gia đình có hoàn cảnh khó khăn hoặc hộ nghèo của chính quyền địa phương Đủ điều kiện tự túc ăn ở, đi lại trong quá trình điều trị

MẪU ĐĂNG KÝ THAM GIA

ƯƠM MẦM HẠNH PHÚC 2027

Chương trình hỗ trợ chi phí thụ tinh trong ống nghiệm dành cho các gia đình có hoàn cảnh khó khăn

Họ và tên vợ: .....

Ngày, tháng, năm sinh: .....

Nghề nghiệp: ..... Trình độ văn hóa: .....

Nơi làm việc: .....

Số điện thoại: ..... Email: .....

Họ và tên chồng: .....

Ngày, tháng, năm sinh: .....

Nghề nghiệp: ..... Trình độ văn hóa: .....

Nơi làm việc: .....

Số điện thoại: ..... Email: .....

Nơi ở hiện nay: .....

Tình trạng gia đình:

➢ Năm lập gia đình: .....

➢ Chưa có con ☐ Đã có con ☐

Nguyện vọng muốn tham gia chương trình .....

.....

.....

.....

Chúng tôi cam kết mọi thông tin cá nhân và bệnh sử gửi về chương trình đều chính xác và đầy đủ.

Chúng tôi đã đọc, hiểu rõ và cam đoan sẽ thực hiện đúng các thủ tục, quy định chương trình yêu cầu.

Ngày …… tháng …… năm ……

Ký và ghi rõ họ tên

Chồng Vợ

Bệnh viện/Phòng khám: .....

TÓM TẮT BỆNH ÁN

Họ tên vợ: ..... Tuổi: ..... PARA: .....

Chiều cao vợ: ..... Cân nặng vợ: ..... Chỉ số BMI vợ: .....

Họ tên chồng: ..... Tuổi: .....

Địa chỉ: .....

Lập gia đình năm: .....

Thời gian mong con: .....

Kinh nguyệt: ..... ngày. Ngày kinh cuối: .....

Tiền căn phẫu thuật:

Sản khoa: .....

Nội khoa: .....

Ngoại khoa: .....

Tóm tắt quá trình điều trị trước đây (nếu có):

.....

.....

.....

Các kết quả cận lâm sàng:

– Xét nghiệm nội tiết: FSH ..... LH: ..... E2: .....

Hoặc AMH (nếu có):

.....

– Kết quả nội soi (nếu có): .....

– HSG: .....

– Siêu âm phụ khoa (AFC nếu có): .....

.....

– Tinh dịch đồ: .....

– Các xét nghiệm khác: .....

Chẩn đoán: .....

Hướng điều trị: .....

Ngày ..... tháng ……..... năm .....

Bác sĩ điều trị

Họ tên: .....

SĐT: .....

Email: .....

Lưu ý: Tóm tắt bệnh án cần được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên ngành đang làm việc tại một trong các trung tâm thụ tinh trong ống nghiệm được Bộ Y tế công nhận. Tóm tắt bệnh án được đánh máy và ghi nhận đầy đủ thông tin về bệnh sử của bệnh nhân.