BỘ Y TẾ	CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Số: 18 /2015/TT-BYT	*Hà Nội, ngày 14 tháng 7 năm 2015*

THÔNG TƯ

Ban hành quy trình giám định pháp y tâm thần và biểu mẫu sử dụng trong giám định pháp y tâm thần

Căn cứ Luật giám định tư pháp số 13/2012/QH13 ngày 20 tháng 6 năm 2012;

Căn cứ Nghị định số 85/2013/NĐ-CP ngày 29 tháng 7 năm 2013 của Chính phủ quy định chi tiết và biện pháp thi hành Luật giám định tư pháp;

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh,

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư ban hành quy trình giám định pháp y tâm thần và biểu mẫu sử dụng trong giám định pháp y tâm thần.

Điều 1. Ban hành quy trình giám định pháp y tâm thần

Ban hành kèm theo Thông tư này quy trình giám định pháp y tâm thần, bao gồm:

1. Phần I. Quy trình chung của giám định pháp y tâm thần;

2. Phần II. Quy trình giám định pháp y tâm thần của 21 bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần thường gặp.

Điều 2. Ban hành biểu mẫu sử dụng trong giám định pháp y tâm thần

Ban hành kèm theo Thông tư này biểu mẫu sử dụng trong giám định pháp y tâm thần, bao gồm 13 biểu mẫu.

Điều 3. Phạm vi áp dụng

Quy trình giám định pháp y tâm thần, các biểu mẫu sử dụng trong giám định pháp y tâm thần kèm theo Thông tư này được áp dụng thống nhất trong giám định pháp y tâm thần.

Điều 4. Hiệu lực thi hành

Thông tư này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2015.

Điều 5. Trách nhiệm thi hành

1. Cục Quản lý Khám, chữa bệnh chủ trì, phối hợp với các cơ quan, đơn vị liên quan có trách nhiệm chỉ đạo, hướng dẫn và kiểm tra việc thực hiện Thông tư này trên phạm vi toàn quốc.

2. Viện Pháp y tâm thần Trung ương có trách nhiệm hướng dẫn, kiểm tra về chuyên môn, nghiệp vụ pháp y tâm thần đối với các Trung tâm Pháp y tâm thần khu vực, các tổ chức thực hiện giám định pháp y tâm thần trong toàn quốc thực hiện theo đúng quy định tại Thông tư này.

Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc, đề nghị các cơ quan, tổ chức, cá nhân phản ánh kịp thời về Bộ Y tế để được xem xét giải quyết./.

Nơi nhận:
- Tòa án NDTC, Viện KSNDTC;
- Ủy ban Tư pháp của Quốc hội;
- Văn phòng Chủ tịch nước;
- Văn phòng Chính phủ;
- Ban Chỉ đạo Đề án 258 của CP;
- Các Bộ: Công an, Quốc phòng, Tư pháp;
- UBND tỉnh thành phố trực thuộc TƯ;
- Vụ PL, Công báo, Cổng TT điện tử CP, VPCP;
- Cục Kiểm tra văn bản QPPL, BTP;
- Bộ Y tế: Cục QLKCB, Vụ PC, Thanh tra Bộ, Viện PYTT TW, các Trung tâm PYTT khu vực, Cổng TTĐT Bộ Y tế;
- Lưu: VT, PC, KCB, (02).

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

(đã ký)

Nguyễn Viết Tiến

BỘ Y TẾ

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

QUY TRÌNH GIÁM ĐỊNH PHÁP Y TÂM THẦN

(Ban hành kèm theo Thông tư số:18 /2015/TT-BYT ngày 14 tháng 7 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Phần I

QUY TRÌNH CHUNG CỦA GIÁM ĐỊNH PHÁP Y TÂM THẦN

I. Chuẩn bị các điều kiện cần thiết để tiến hành giám định

1. Người tham gia giám định

1.1. Người giám định pháp y tâm thần là bác sỹ chuyên ngành tâm thần, đã được cấp có thẩm quyền bổ nhiệm là giám định viên pháp y tâm thần hoặc là người giám định pháp y tâm thần theo vụ việc (gọi chung là giám định viên). Mỗi trường hợp giám định pháp y tâm thần thông thường có 03 giám định viên tham gia. Trường hợp phức tạp, có khó khăn trong việc xác định bệnh cũng như đánh giá năng lực hành vi thì có thể có 05 giám định viên tham gia. Trường hợp giám định lại lần thứ hai, có tính chất phức tạp, có sự tham gia của nhiều chuyên khoa khác nhau thì có thể mời thêm chuyên gia về giám định pháp y tâm thần, nhưng tổng số không quá 09 người/01 ca giám định.

1.2. Điều dưỡng quản lý, theo dõi và chăm sóc đối tượng giám định. Mỗi trường hợp giám định cần 02 điều dưỡng giúp việc.

1.3. Người được người trưng cầu giám định cử tới để phối hợp quản lý đối tượng giám định (trường hợp đối tượng đang bị giam giữ).

2. Trang thiết bị, phương tiện, thuốc

2.1. Phòng lưu đối tượng giám định: Đảm bảo an toàn, dễ quan sát.

2.2. Camera theo dõi (những trường hợp cần thiết).

2.3. Máy chụp ảnh, máy ghi âm.

2.4. Phương tiện xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng.

2.5. Phương tiện, dụng cụ tiến hành các nghiệm pháp tâm lý.

2.6. Thuốc, phương tiện, dụng cụ khám, chữa bệnh khi cần thiết.

2.7. Phương tiện để đi xác minh, thăm khám chuyên khoa, cấp cứu đối tượng giám định khi cần thiết.

Tùy hình thức giám định, tổ chức giám định pháp y tâm thần phải chuẩn bị trang thiết bị, phương tiện, thuốc phù hợp. Trong trường hợp tổ chức giám định pháp y tâm thần không có đủ các phương tiện như quy định thì có thể hợp đồng với cơ quan, tổ chức khác có đủ phương tiện và năng lực để thực hiện.

3. Hồ sơ trưng cầu hoặc yêu cầu giám định

3.1. Hồ sơ trưng cầu hoặc yêu cầu giám định do người trưng cầu hoặc người yêu cầu giám định cung cấp và chịu trách nhiệm về tính pháp lý của hồ sơ theo quy định tại Điểm c Khoản 2 Điều 21, Điểm a Khoản 3 Điều 22 Luật giám định tư pháp.

3.2. Hồ sơ gửi tới tổ chức pháp y tâm thần trước ít nhất 10 ngày làm việc để nghiên cứu.

3.3. Hồ sơ trưng cầu giám định gồm:

a) Quyết định trưng cầu giám định pháp y tâm thần của người trưng cầu giám định có các nội dung theo quy định tại Khoản 2 Điều 25 Luật giám định tư pháp, do người có thẩm quyền ký, đóng dấu.

b) Các tài liệu liên quan đến việc giám định pháp y tâm thần bao gồm:

- Lý lịch đối tượng giám định;

- Tài liệu điều tra thu thập được trong vụ án;

- Các bản cung của đối tượng giám định;

- Các bản khai của đối tượng giám định;

- Các bản ghi lời khai của nhân chứng;

- Các bản khai của bị hại;

- Nhận xét của tổ chức giam giữ (nếu có) bao gồm nhận xét của: Quản giáo, y tế trại tạm giam, can phạm cùng phòng về quá trình sinh hoạt và những hoạt động hằng ngày của đối tượng;

- Cáo trạng (nếu có);

- Biên bản phiên tòa (nếu có).

c) Các tài liệu liên quan đến sức khoẻ của đối tượng giám định (đặc biệt là sức khoẻ tâm thần của đối tượng giám định), bao gồm:

- Nhận xét của cơ quan hoặc chính quyền địa phương về đối tượng giám định;

- Nhận xét của y tế địa phương về tình hình bệnh tật của đối tượng giám định, có xác nhận của Trưởng trạm y tế xã, phường, thị trấn (sau đây gọi chung

là y tế cấp xã);

- Nhận xét của 02 người hàng xóm trở lên (người không có quan hệ họ hàng, thân thích với đối tượng giám định);

- Báo cáo của gia đình về đặc điểm, tình hình bệnh tật, quá trình phát triển từ nhỏ tới hiện tại của đối tượng giám định, trong đó cần nêu rõ việc có hay không sử dụng rượu, ma tuý của đối tượng giám định;

- Bản sao bệnh án của cơ sở y tế đã khám và điều trị bệnh cho đối tượng giám định, các tài liệu liên quan đến khám chữa bệnh của đối tượng giám định (nếu có).

3.4. Hồ sơ yêu cầu giám định bao gồm:

a) Văn bản yêu cầu giám định tư pháp gồm các nội dung theo quy định tại Khoản 2 Điều 26 Luật giám định tư pháp;

b) Bản sao giấy tờ theo quy định tại Khoản 1 Điều 26 Luật giám định tư pháp;

c) Các tài liệu quy định tại Điểm 3.3.c Khoản 3 Mục I Phần I Quy trình này.

4. Đối tượng giám định

4.1. Đối tượng giám định là người đang còn sống, do người trưng cầu hoặc người yêu cầu đưa tới khi được tổ chức pháp y tâm thần đồng ý tiếp nhận giám định.

4.2. Trường hợp đối tượng trưng cầu hoặc yêu cầu giám định đã chết hoặc mất tích được cơ quan có thẩm quyền xác nhận hoặc trường hợp khác theo quy định của pháp luật có liên quan, tổ chức pháp y tâm thần sẽ giám định trên hồ sơ do người trưng cầu hoặc người yêu cầu cung cấp.

II. Quy trình của các hình thức giám định pháp y tâm thần

Căn cứ tình hình thực tế, tính chất từng vụ việc, các tổ chức pháp y tâm thần lựa chọn hình thức giám định phù hợp theo quy trình của một trong các hình thức giám định sau:

1. Giám định nội trú

Là giám định tại cơ sở giám định pháp y tâm thần, áp dụng đối với những trường hợp chẩn đoán bệnh và xác định năng lực hành vi của đối tượng giám định khó khăn và phức tạp.

1.1. Tiếp nhận hồ sơ trưng cầu hoặc yêu cầu giám định:

a) Hồ sơ trưng cầu hoặc yêu cầu giám định theo quy định tại Điểm 3.3 hoặc Điểm 3.4 Khoản 3 Mục I Phần I Quy trình này. Hồ sơ phải được gửi tới tổ

chức pháp y tâm thần trước ít nhất là 10 ngày làm việc để nghiên cứu, xem xét, quyết định việc tiếp nhận trưng cầu hoặc yêu cầu giám định, phân công người thực hiện giám định;

b) Việc tiếp nhận trưng cầu hoặc yêu cầu giám định và giao nhận hồ sơ trưng cầu hoặc yêu cầu giám định theo quy định tại Khoản 1, Khoản 2, Khoản 3 Điều 27 Luật giám định tư pháp;

c) Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ trưng cầu hoặc yêu cầu giám định, tổ chức pháp y tâm thần phải có văn bản trả lời người trưng cầu hoặc người yêu cầu giám định về việc tiếp nhận đối tượng giám định. Trường hợp không đồng ý tiếp nhận trưng cầu hay yêu cầu giám định thì trong văn bản phải nêu rõ lý do từ chối.

1.2. Từ chối giám định:

Tổ chức pháp y tâm thần từ chối giám định khi có một trong các trường hợp được quy định tại Khoản 2 Điều 11 Luật Giám định tư pháp.

1.3. Tiếp nhận đối tượng giám định:

Sau khi Thủ trưởng hoặc người được ủy quyền của tổ chức pháp y tâm thần đồng ý tiếp nhận bằng văn bản, người trưng cầu hoặc người yêu cầu giám định đưa đối tượng giám định đến bàn giao cho tổ chức pháp y tâm thần. Việc giao, nhận đối tượng giám định thực hiện theo quy định tại Khoản 4, Khoản 5 Điều 27 Luật giám định tư pháp và phải lập biên bản giao nhận đối tượng giám định theo mẫu ban hành kèm theo Thông tư này, tùy theo đối tượng giám định.

1.4. Phân công người tham gia giám định:

Thủ trưởng tổ chức pháp y tâm thần ra quyết định phân công người tham gia giám định pháp y tâm thần. Các giám định viên pháp y tâm thần được phân công tham gia giám định pháp y tâm thần (sau đây gọi tắt là giám định viên tham gia giám định) hoạt động theo cơ chế giám định tập thể quy định tại Khoản 3 Điều 28 của Luật giám định tư pháp, trong đó phân công một giám định viên chủ trì và một giám định viên thư ký.

1.5. Nghiên cứu hồ sơ trưng cầu hoặc yêu cầu giám định:

Giám định viên tham gia giám định đều phải nghiên cứu hồ sơ do người trưng cầu hoặc người yêu cầu giám định cung cấp. Trường hợp cần thiết, giám định viên tham gia giám định thống nhất yêu cầu tổ chức trưng cầu hoặc người yêu cầu bổ sung tài liệu hoặc cử giám định viên trực tiếp cùng người được người trưng cầu hoặc yêu cầu giám định đi thu thập thêm tài liệu. Giám định viên thư ký tổng hợp tất cả các tài liệu có liên quan đến đối tượng giám định.

1.6. Theo dõi đối tượng giám định:

a) Đối tượng giám định được đưa vào buồng theo dõi. Trường hợp cần thiết phải theo dõi bằng camera.

b) Giám định viên tham gia giám định theo dõi sát, ghi chép tỷ mỉ, đầy đủ mọi diễn biến của đối tượng giám định vào bệnh án theo dõi giám định:

- Trường hợp cần điều trị cho đối tượng giám định: Đối tượng giám định được tổ chức pháp y tâm thần hội chẩn theo quy định của Bộ Y tế và thống nhất hướng điều trị. Ngoài giờ hành chính, đối tượng giám định cần xử trí cấp cứu thì bác sĩ trực khám, xử trí và ghi chép diễn biến của đối tượng giám định vào bệnh án theo dõi giám định.

- Thời gian theo dõi giám định tối đa là 06 tuần/01 đối tượng giám định.

Trường hợp cần kéo dài thời gian theo dõi giám định, giám định viên tham gia giám định thống nhất báo cáo Thủ trưởng tổ chức pháp y tâm thần để xem xét quyết định việc kéo dài thời gian theo dõi và thông báo cho cơ quan hoặc cá nhân yêu cầu hoặc trưng cầu giám định bằng văn bản và nêu rõ lý do.

1.7. Thăm khám lâm sàng đối tượng giám định:

a) Khám tâm thần: khám chi tiết, tỷ mỉ tất cả các hoạt động tâm thần;

b) Khám nội khoa và thần kinh;

c) Khám các chuyên khoa khác (nếu cần thiết);

Giám định viên tham gia giám định phải trực tiếp khám lâm sàng đối tượng giám định trước khi giám định.

Giám định viên thư ký ghi chép đầy đủ mọi diễn biến lâm sàng vào bệnh án theo dõi giám định.

1.8. Thăm khám cận lâm sàng đối với đối tượng giám định:

a) Các xét nghiệm cần thiết:

- Xét nghiệm máu (sinh hoá, huyết học);

- Xét nghiệm nước tiểu;

- X.quang tim, phổi thẳng hoặc có thể chỉ định chụp nghiêng;

- X.quang sọ não thẳng và nghiêng;

- Điện não đồ;

- Điện tâm đồ;

- Các trắc nghiệm tâm lý.

b) Các xét nghiệm khác:

Tùy từng trường hợp cụ thể, giám định viên chỉ định cho đối tượng giám định làm xét nghiệm cần thiết trong các xét nghiệm sau và chịu trách nhiệm về chỉ định của mình:

- Lưu huyết não;

- CT.Scanner sọ não hoặc MRI sọ não;

- Xét nghiệm HIV;

- Xét nghiệm khác khi cần thiết.

1.9. Giám định viên thư ký tổng hợp tất cả các tài liệu có liên quan đến đối tượng giám định.

1.10. Họp giám định viên tham gia giám định:

- Giám định viên thư ký báo cáo tóm tắt hồ sơ vụ án và diễn biến quá trình theo dõi giám định;

- Giám định viên tham gia giám định trực tiếp thăm khám lâm sàng đối tượng giám định, nêu ý kiến của mình;

- Thảo luận, kết luận giám định và biên bản giám định.

1.11. Kết luận giám định và biên bản giám định:

Căn cứ vào: kết quả nghiên cứu tài liệu của đối tượng giám định; các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và mức độ mắc bệnh/không mắc bệnh của từng đối tượng giám định; từng vụ việc cụ thể liên quan đến đối tượng giám định, giám định viên tham gia giám định đưa ra kết luận giám định và biên bản giám định.

Kết luận giám định, biên bản giám định phải trả lời đầy đủ các nội dung của quyết định trưng cầu hoặc của yêu cầu giám định và được lập thành văn bản.

Giám định viên tham gia giám định đều phải ký vào kết luận giám định và biên bản giám định. Nếu có giám định viên không thống nhất thì ghi rõ ý kiến của giám định viên đó. Giám định viên có quyền bảo lưu kết luận của mình và chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết luận đó.

a) Kết luận về y học:

- Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

- Họ và tên

- Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (ghi mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc?

b) Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc):

- Mất khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi;

- Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi;

- Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi.

1.12. Lập hồ sơ giám định và lưu trữ hồ sơ

a) Lập hồ sơ giám định:

Ngoài các tài liệu theo quy định tại Điểm 3.3 hoặc Điểm 3.4 Khoản 3 Mục I Phần I Quy trình này, hồ sơ giám định còn có các tài liệu kèm theo (các bút lục sử dụng trong quá trình giám định pháp y tâm thần):

- Biên bản bàn giao tài liệu và biên bản giao, nhận đối tượng giám định;

- Văn bản ghi nhận quá trình giám định, bao gồm: Bệnh án theo dõi giám định; Biên bản giám định pháp y tâm thần;

- Kết luận giám định;

- Ảnh đối tượng giám định;

- Tài liệu khác có liên quan đến việc giám định (nếu có).

b) Hồ sơ giám định do tổ chức pháp y tâm thần lưu trữ. Thời gian lưu trữ hồ sơ giám định theo quy định của pháp luật về lưu trữ (lưu trữ vĩnh viễn).

1.13. Kết thúc giám định:

a) Tổ chức pháp y tâm thần bàn giao lại đối tượng giám định cho người trưng cầu hoặc người yêu cầu giám định. Tùy theo đối tượng giám định mà hai bên ký biên bản bàn giao đối tượng giám định (đối tượng giám định có lệnh tạm giam hoặc không có lệnh tạm giam);

b) Trả kết luận giám định và biên bản giám định: tổ chức pháp y tâm thần trả kết luận giám định và biên bản giám định trực tiếp cho người được người trưng cầu giám định hoặc người yêu cầu giám định cử tới (có chữ ký biên nhận) hoặc trả gián tiếp theo đường bưu điện, có dấu xác nhận của bưu điện (thư bảo đảm).

2. Giám định tại phòng khám

Áp dụng đối với những trường hợp đơn giản, không khó khăn trong chẩn

đoán, xác định năng lực và trách nhiệm hành vi.

2.1. Tiếp nhận hồ sơ trưng cầu hoặc yêu cầu giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.1 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

2.2. Phân công người tham gia giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.4 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

2.3. Nghiên cứu tài liệu trưng cầu hoặc yêu cầu giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.5 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

2.4. Tiếp nhận và thăm khám lâm sàng đối tượng giám định:

Tiếp nhận đối tượng giám định tại phòng khám của tổ chức pháp y tâm thần để giám định viên tham gia giám định thăm khám đối tượng giám định. Việc thăm khám đối tượng theo quy định tại Điểm 1.7 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

2.5. Thăm khám cận lâm sàng đối tượng giám định:

Tùy từng trường hợp cụ thể mà giám định viên tham gia giám định thống nhất chỉ định cho đối tượng giám định làm các thăm khám cận lâm sàng (xét nghiệm) theo quy định tại Điểm 1.8 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này. Người trưng cầu hoặc người yêu cầu giám định đưa đối tượng giám định đi làm xét nghiệm.

2.6. Giám định viên thư ký tổng hợp tất cả các tài liệu có liên quan đến đối tượng giám định.

2.7. Họp giám định viên tham gia giám định:

Dựa trên cơ sở nghiên cứu tài liệu trưng cầu hoặc yêu cầu giám định, kết quả thăm khám trực tiếp đối tượng giám định tại phòng khám và các kết quả cận lâm sàng đã làm, giám định viên tham gia giám định thảo luận, kết luận giám định và lập biên bản giám định.

2.8. Kết luận giám định và biên bản giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.11 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

2.9. Lập hồ sơ giám định và lưu trữ hồ sơ giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.12 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

2.10. Kết thúc giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.13 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

3. Giám định tại chỗ

Áp dụng đối với những trường hợp đối tượng giám định đang bị giam giữ

nếu đưa ra ngoài sẽ khó khăn và không an toàn trong công tác quản lý đối tượng giám định hoặc một số trường hợp đặc biệt không thể đưa đối tượng đến giám định tại tổ chức giám định.

3.1. Tiếp nhận hồ sơ trưng cầu hoặc yêu cầu giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.1 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

3.2. Phân công người tham gia giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.4 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

3.3. Nghiên cứu hồ sơ trưng cầu hoặc yêu cầu giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.5 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

3.4. Tiếp xúc và thăm khám đối tượng giám định:

Tiếp xúc đối tượng giám định tại nơi đối tượng đang bị giam giữ để các giám định viên thăm khám đối tượng giám định. Việc thăm khám đối tượng theo quy định tại Điểm 1.7 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

3.5. Đưa đối tượng giám định đi thăm khám cận lâm sàng cần thiết:

Tùy từng trường hợp cụ thể mà giám định viên tham gia giám định thống nhất chỉ định cho đối tượng giám định làm các thăm khám cận lâm sàng (xét nghiệm) cần thiết theo quy định tại điểm 1.8 Khoản 1 Mục III Phần I Quy trình này. Người trưng cầu hoặc người yêu cầu giám định đưa đối tượng giám định đi làm xét nghiệm.

3.6. Giám định viên thư ký tổng hợp tất cả các tài liệu có liên quan đến đối tượng giám định.

3.7. Họp giám định viên tham gia giám định:

Dựa trên cơ sở nghiên cứu hồ sơ trưng cầu hoặc yêu cầu giám định, kết quả thăm khám trực tiếp đối tượng giám định và các kết quả cận lâm sàng đã làm, giám định viên tham gia giám định thảo luận, lập kết luận giám định và lập biên bản giám định.

3.8. Kết luận giám định và biên bản giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.11 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

3.9. Lập hồ sơ giám định và lưu trữ hồ sơ giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.12 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

3.10. Kết thúc giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.13 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

4. Giám định trên hồ sơ (giám định vắng mặt)

Hình thức này chỉ áp dụng trong trường hợp đối tượng giám định đã bị chết hoặc bị mất tích hoặc trường hợp khác theo quy định của pháp luật có liên quan.

4.1. Tiếp nhận hồ sơ trưng cầu hoặc yêu cầu giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.1 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

4.2. Phân công người tham gia giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.4 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

4.3. Nghiên cứu tài liệu trưng cầu hoặc yêu cầu giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.5 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

4.4. Giám định viên thư ký tổng hợp tất cả các tài liệu có liên quan đến đối tượng giám định.

4.5. Họp giám định viên tham gia giám định:

Dựa trên cơ sở nghiên cứu hồ sơ trưng cầu hoặc yêu cầu giám định, giám định viên tham gia giám định thảo luận, lập kết luận giám định và lập biên bản giám định.

4.6. Kết luận giám định và biên bản giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.11 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

4.7. Lập hồ sơ giám định và lưu trữ hồ sơ giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.12 Khoản 1 Mục II Phần I quy trình này.

4.8. Kết thúc giám định:

Theo quy định tại Điểm 1.13 Khoản 1 Mục II Phần I quy trình này.

5. Giám định bổ sung

Hình thức này áp dụng trong trường hợp nội dung kết luận giám định chưa rõ, chưa đầy đủ hoặc khi phát sinh vấn đề mới liên quan đến tình tiết của vụ án, vụ việc đã được kết luận giám định trước đó hoặc theo trưng cầu, yêu cầu giám định bổ sung.

5.1. Tiếp nhận hồ sơ trưng cầu hoặc yêu cầu giám định bổ sung:

Theo quy định tại Điểm 1.1 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này kèm theo các tài liệu liên quan đến tình tiết mới của vụ án, vụ việc đã được kết luận, bản sao kết luận giám định pháp y tâm thần.

5.2. Phân công người tham gia giám định bổ sung:

Theo quy định tại Điểm 1.4 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

Giám định viên tham gia giám định bổ sung là các giám định viên đã tham gia giám định trước đó.

5.3. Nghiên cứu tài liệu trưng cầu hoặc yêu cầu giám định bổ sung:

Theo quy định tại Điểm 1.5 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

5.4. Giám định viên thư ký tổng hợp tất cả các tài liệu có liên quan đến đối tượng giám định.

5.5. Họp giám định viên tham gia giám định bổ sung:

Dựa trên cơ sở nghiên cứu hồ sơ trưng cầu hoặc yêu cầu giám định bổ sung, giám định viên tham gia giám định thảo luận, lập kết luận giám định và lập biên bản giám định bổ sung.

5.6. Kết luận giám định và biên bản giám định bổ sung:

Theo quy định tại Điểm 1.11 Khoản 1 Mục II Phần I Quy trình này.

Trả lời đầy đủ các nội dung của quyết định trưng cầu hoặc văn bản yêu cầu giám định bổ sung.

5.7. Lập hồ sơ giám định và lưu trữ hồ sơ giám định bổ sung:

Theo quy định tại Điểm 1.12 Khoản 1 Mục II Phần I quy trình này tùy theo nội dung của quyết định trưng cầu hoặc văn bản yêu cầu giám định bổ sung.

5.8. Kết thúc giám định bổ sung:

Theo quy định tại Điểm 1.13 Khoản 1 Mục II Phần I quy trình này.

Kết luận giám định bổ sung phải được lưu trong hồ sơ giám định.

6. Giám định lại

Hình thức này được thực hiện trong trường hợp có căn cứ cho rằng kết luận giám định lần đầu không chính xác hoặc trong trường hợp quy định tại Khoản 2 Điều 30 Luật giám định tư pháp. Các giám định viên tham gia giám định lần đầu không được tham gia giám định lại.

Các bước trong quy trình giám định lại thực hiện theo quy trình giám định lần đầu.

7. Giám định lại lần thứ hai

Hình thức này được thực hiện trong trường hợp có sự khác nhau giữa kết luận giám định lần đầu và kết luận giám định lại về cùng một nội dung giám định và do người trưng cầu giám định quyết định. Việc giám định lại lần thứ hai phải do Hội đồng giám định thực hiện.

Hội đồng giám định lại lần thứ hai do Bộ trưởng Bộ Y tế ra quyết định thành lập. Hội đồng giám định lại lần thứ hai gồm ít nhất 03 thành viên và tối đa là 09 thành viên.

Các bước trong quy trình giám định lại lần thứ hai thực hiện theo quy trình giám định lần đầu.

Phần II

QUY TRÌNH GIÁM ĐỊNH PHÁP Y TÂM THẦN CỦA 21 BỆNH TÂM THẦN, RỐI LOẠN TÂM THẦN THƯỜNG GẶP

I. Quy trình giám định

1. Các điều kiện cần thiết, các bước tiến hành giám định pháp y tâm thần thực hiện theo quy trình chung quy định tại Phần I Quy trình này.

2. Kết luận và Biên bản giám định:

a) Thực hiện theo quy định tại Mục II phần này.

b) Kết luận giám định, biên bản giám định phải trả lời đầy đủ các nội dung của quyết định trưng cầu hoặc của yêu cầu giám định và được lập thành văn bản.

c) Giám định viên tham gia giám định đều phải ký vào kết luận giám định và biên bản giám định. Nếu có giám định viên không thống nhất thì ghi rõ ý kiến của giám định viên đó. Giám định viên có quyền bảo lưu kết luận của mình và chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết luận đó.

II. Kết luận và Biên bản giám định pháp y tâm thần của 21 bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần thường gặp

Trong quá trình giám định, giám định viên tham gia giám định căn cứ vào: kết quả nghiên cứu tài liệu của đối tượng giám định; các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và mức độ mắc bệnh/không mắc bệnh của từng đối tượng giám định cụ thể; từng vụ việc cụ thể liên quan đến đối tượng giám định đưa ra kết luận giám định, biên bản giám định và chịu trách nhiệm về kết luận của mình.

1. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần các ảo giác thực tổn (F06.0)

1.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Có bằng chứng tổn thương não, bệnh lý não hoặc bệnh cơ thể hệ thống khác dẫn đến rối loạn chức năng não;

- Tìm thấy mối quan hệ về thời gian (nhiều tuần hoặc một vài tháng) giữa bệnh thực tổn nằm bên dưới với sự khởi phát của hội chứng tâm thần;

- Sự hồi phục của rối loạn tâm thần liên quan chặt chẽ với sự mất đi hoặc thuyên giảm của nguyên nhân thực tổn;

- Không có bằng chứng gợi ý về nguyên nhân "nội sinh" (như tiền sử gia đình nặng nề về bệnh tâm thần phân liệt hoặc bệnh rối loạn cảm xúc chu kỳ…) hoặc một bệnh lý do stress thúc đẩy;

- Những ảo giác dai dẳng hoặc tái diễn ở bất kỳ thể thức nào (thường là ảo thanh hoặc ảo thị);

- Có thể xuất hiện các hoang tưởng hình thành từ các ảo giác;

- Không có rối loạn về ý thức;

- Không có suy giảm trí tuệ đáng kể;

- Không có rối loạn khí sắc chiếm ưu thế;

- Không có hoang tưởng chiếm ưu thế.

1.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc):

a) Mất khả năng nhận thức và /hoặc khả năng điều khiển hành vi:

- Giai đoạn tiến triển;

- Nội dung của ảo giác trực tiếp chi phối hành vi.

b) Hạn chế khả năng năng nhận thức và /hoặc khả năng điều khiển hành vi:

- Giai đoạn thuyên giảm;

- Nội dung của ảo giác không trực tiếp chi phối hành vi.

c) Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: giai đoạn ổn định, không còn ảo giác.

2. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần rối loạn hoang tưởng thực tổn (F06.2)

2.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ

thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Những bằng chứng có tổn thương não, bệnh lý não hoặc bệnh cơ thể hệ thống khác dẫn đến rối loạn chức năng não;

- Mối quan hệ về thời gian (nhiều tuần hoặc một vài tháng) giữa bệnh thực tổn nằm bên dưới với sự khởi phát của hội chứng tâm thần;

- Sự hồi phục của rối loạn tâm thần liên quan chặt chẽ với sự mất đi hoặc thuyên giảm của nguyên nhân thực tổn;

- Hoang tưởng các loại (bị truy hại, biến hình bản thân, ghen tuông, bị bệnh, bị tội, có thể hoang tưởng kỳ quái...);

- Có thể xuất hiện lẻ tẻ các ảo giác, rối loạn tư duy hoặc hiện tượng căng trương lực.

2.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc).

a) Mất khả năng nhận thức và /hoặc khả năng điều khiển hành vi:

- Giai đoạn tiến triển;

- Nội dung của hoang tưởng trực tiếp chi phối hành vi.

b) Hạn chế khả năng năng nhận thức và /hoặc khả năng điều khiển hành vi:

- Giai đoạn thuyên giảm;

- Nội dung của hoang tưởng không trực tiếp chi phối hành vi.

c) Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: giai đoạn ổn định, không còn hoang tưởng.

3. Kết luận giám định và biên bản giám định rối loạn nhân cách thực tổn (F07.0)

3.1 Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Có bằng chứng tổn thương não, bệnh lý não hoặc rối loạn chức năng não;

- Biến đổi đáng kể các mô hình hành vi quen thuộc đối với người bệnh trước khi bị bệnh.

- Kèm theo phải có ít nhất ba trong số các biểu hiện sau:

+ Giảm khả năng duy trì các hoạt động có mục đích;

+ Rối loạn ứng xử cảm xúc;

+ Thể hiện những nhu cầu và xung động không xét đến hậu quả hoặc quy ước xã hội;

+ Các rối loạn nhận thức dưới dạng đa nghi hoặc ý tưởng paranoid;

+ Suy giảm rõ rệt về tốc độ và dòng ngôn ngữ;

+ Rối loạn hành vi tình dục.

3.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc).

a) Mất khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi:

- Trong cơn xung động;

- Biến đổi nhân cách nặng.

b) Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi:

- Biến đổi nhân cách mức độ vừa;

- Biến đổi nhân cách mức độ nhẹ nhưng bị ảnh hưởng bởi yếu tố kích thích (bị kích động, bị xúi giục,…).

c) Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: khi biến đổi nhân cách mức độ nhẹ không trực tiếp ảnh hưởng đến hành vi.

4. Kết luận giám định và biên bản giám định hội chứng sau chấn động não (F07.2)

4.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ

thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

4.1.1. Họ và tên;

4.1.2. Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

a) Chẩn đoán xác định:

- Phải có bằng chứng chấn thương sọ não mức độ đủ gây mất ý thức;

- Ít nhất phải có 3 trong các nét mô tả sau:

+ Đau đầu, choáng váng;

+ Mệt mỏi;

+ Mất ngủ;

+ Dễ cáu kỉnh;

+ Khó tập trung tư tưởng, khó thực hiện hoạt động trí não.

+ Suy giảm trí nhớ;

+ Giảm sự chịu đựng đối với stress, kích thích cảm xúc hoặc rượu.

- Có thể kèm theo rối loạn lo âu, trầm cảm, nghi bệnh;

- Nếu điện não đồ ở trạng thái kích thích càng tăng thêm giá trị chẩn đoán xác định.

b) Xác định mức độ:

- *Suy nhược chấn thương*: ý thức tỉnh táo, đau đầu, mất ngủ, mệt mỏi thường xuyên, cảm xúc không ổn định dễ bị kích thích.

- *Suy não chấn thương*: khó nhận thức; tư duy kém linh hoạt, nghèo nàn; cảm xúc thường biến đổi, dễ bùng nổ, có thể gặp trạng thái vô cảm; suy giảm trí nhớ; có thể kèm theo các tổn thương thần kinh khu trú.

- *Lưu ý:* Động kinh chấn thương xếp ở mục G40, Sa sút chấn thương xếp vào mục F02.8.

4.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc):

a) Hạn chế khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: khi bệnh ở mức độ suy não chấn thương.

b) Đủ khả năng nhận thức, hạn chế khả năng điều khiển hành vi: khi bệnh ở mức độ suy nhược chấn thương.

c) Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: khi bệnh ở giai đoạn ổn định.

5. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu và các chất có thuốc phiện (F10, F11)

5.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

5.1.1. Họ và tên;

5.1.2. Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

a) Có đủ bằng chứng về việc có sử dụng chất tác động tâm thần.

b) Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định từng trạng thái lâm sàng:

- Nhiễm độc cấp (F1x.0): Một trạng thái bệnh lý nhất thời tiếp theo sau việc sử dụng các chất tác động tâm thần với các biểu hiện: rối loạn ý thức, nhận thức, rối loạn tri giác, rối loạn cảm xúc và hành vi. Liên quan trực tiếp đến liều lượng chất tác động tâm thần nhưng không liên quan đến thời gian sử dụng kéo dài.

- Hội chứng nghiện (F1x.2): có ít nhất 3 trong số các biểu hiện sau đây:

+ Thèm muốn mạnh mẽ hoặc cảm thấy buộc phải sử dụng chất tác động tâm thần;

+ Khó khăn trong việc kiểm tra tập tính sử dụng chất tác động tâm thần về mặt thời gian bắt đầu, kết thúc hoặc mức sử dụng;

+ Một trạng thái cai sinh lý khi việc sử dụng chất tác động tâm thần bị ngừng lại hoặc giảm bớt;

+ Có hiện tượng dung nạp thuốc;

+ Sao nhãng các thú vui hoặc các thích thú trước đây;

+ Tiếp tục sử dụng chất tác động tâm thần mặc dù biết được hậu quả tác hại của chúng.

- Trạng thái cai (F1x.3):

+ Có bằng chứng nghiện chất tác động tâm thần;

+ Trong thời gian ngừng sử dụng chất tác động tâm thần;

+ Có cảm giác thèm muốn mãnh liệt chất tác động tâm thần;

+ Rối loạn thần kinh thực vật;

+ Lo âu, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ;

+ Rối loạn cảm giác;

+ Các triệu chứng cơ thể thay đổi tùy chất tác động tâm thần đã dùng;

+ Triệu chứng cai giảm khi dùng lại chất tác động tâm thần.

- Trạng thái cai với mê sảng (F1x.4):

+ Có trạng thái cai;

+ Ý thức mù mờ và lú lẫn;

+ Ảo tưởng và ảo giác sinh động;

+ Triệu chứng run nặng;

+ Thường có hoang tưởng, kích động, rối loạn giấc ngủ;

+ Rối loạn thần kinh thực vật nặng.

- Rối loạn loạn thần (F1x.5):

+ Các triệu chứng loạn thần xuất hiện trong khi hoặc ngay sau khi sử dụng chất tác động tâm thần;

+ Các ảo giác sinh động (điển hình là ảo thanh);

+ Hiện tượng nhận nhầm;

+ Hoang tưởng và/hoặc ý tưởng liên hệ;

+ Rối loạn tâm thần vận động (kích động hoặc sững sờ);

+ Rối loạn cảm xúc;

+ Có thể có ý thức mù mờ nhưng không dẫn đến lú lẫn nặng.

- Trạng thái loạn thần di chứng và khởi phát muộn (F1x.7):

+ Trong tiền sử có thời gian sử dụng kéo dài chất tác động tâm thần;

+ Triệu chứng loạn thần trực tiếp do sử dụng chất tác động tâm thần gây ra, sau thời gian các triệu chứng loạn thần không mất đi mà còn tồn tại;

+ Biến đổi về nhận thức;

+ Rối loạn cảm xúc;

+ Biến đổi nhân cách, tác phong.

5.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc).

a) Mất khả năng nhận thức và/hoặc điều khiển hành vi:

- Trạng thái cai với mê sảng;

- Rối loạn loạn thần: do hoang tưởng và/hoặc ảo giác chi phối.

b) Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc điều khiển hành vi: đã có biến đổi nhân cách, hành vi và/hoặc có một số rối loạn tâm thần.

c) Đủ khả năng nhận thức và điều khiển hành vi: chưa có biến đổi nhân cách và không có rối loạn tâm thần.

6. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần Bệnh tâm thần phân liệt (F20)

6.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

c) Các nhóm triệu chứng để chẩn đoán:

- Tư duy vang thành tiếng, tư duy bị áp đặt hay bị đánh cắp và tư duy bị phát thanh;

- Các hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối hay bị động có liên quan rõ rệt đến vận động thân thể hay các chi hoặc có liên quan đến những ý nghĩ, hành vi hay cảm giác đặc biệt; Tri giác hoang tưởng;

- Các ảo thanh bình luận thường xuyên về hành vi của bệnh nhân hay thảo luận với nhau về bệnh nhân hoặc các loại ảo thanh khác xuất phát từ một bộ phận nào đó của thân thể;

- Các loại hoang tưởng dai dẳng khác không thích hợp về mặt văn hóa và hoàn toàn không thể có được như tính đồng nhất về tôn giáo hay chính trị hoặc những khả năng và quyền lực siêu nhân (thí dụ: có khả năng điều khiển thời tiết, hoặc đang tiếp xúc với những người của thế giới khác);

- Ảo giác dai dẳng bất cứ loại nào, có khi kèm theo hoang tưởng thoáng qua hay chưa hoàn chỉnh, không có nội dung cảm xúc rõ ràng hoặc kèm theo ý tưởng quá dai dẳng hoặc xuất hiện hàng ngày trong nhiều tuần hay nhiều tháng;

- Tư duy gián đoạn hay thêm từ khi nói, đưa đến tư duy không liên quan hay lời nói không thích hợp hay ngôn ngữ bịa đặt;

- Tác phong căng trương lực như kích động, giữ nguyên dáng hay uốn sáp, phủ định, không nói, hay sững sờ;

- Các triệu chứng âm tính như vô cảm rõ rệt, ngôn ngữ nghèo nàn, các đáp ứng cảm xúc cùn mòn hay không thích hợp thường đưa đến cách ly xã hội hay giảm sút hiệu suất lao động xã hội; phải rõ ràng là các triệu chứng trên không do trầm cảm hay thuốc an thần kinh gây ra;

- Biến đổi thường xuyên và có ý nghĩa về chất lượng toàn diện của tập tính tác nhân biểu hiện như là mất thích thú, thiếu mục đích, lười nhác, thái độ mê mải suy nghĩ về bản thân và cách ly xã hội.

d) Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào ICD - 10:

- Phải có ít nhất một nhóm triệu chứng (rõ ràng) trong bốn nhóm triệu chứng từ (1) đến (4), hoặc có ít nhất hai trong số năm nhóm triệu chứng từ (5) đến (9);

- Các triệu chứng kéo dài ít nhất một tháng;

- Loại trừ: Bệnh não, trầm cảm, hưng cảm mở rộng, bệnh nhân trong trạng thái nhiễm độc ma túy.

6.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc).

a) Mất khả năng nhận thức và /hoặc khả năng điều khiển hành vi:

- Có cơn xung động phân liệt;

- Giai đoạn bệnh cấp tính;

- Do hoang tưởng và /hoặc ảo giác chi phối;

- Giai đoạn sa sút trí tuệ.

b) Hạn chế khả năng nhận thức và /hoặc khả năng điều khiển hành vi: giai đoạn bệnh thuyên giảm.

c) Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: giai đoạn bệnh ổn định.

7. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần rối loạn tâm thần phân liệt (F21)

7.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Có 3 hay 4 trong số các biểu hiện sau:

+ Cảm xúc không thích hợp, hay hời hợt;

+ Tác phong hay hình dáng bề ngoài lạ lùng, kỳ quái;

+ Ít tiếp xúc với người xung quanh;

+ Tin tưởng kỳ dị hay tư duy thần bí;

+ Hoài nghi hay ý tưởng paranoid;

+ Nghiền ngẫm, ám ảnh, thường có nội dung sợ dị hình, tình dục hay xâm phạm;

+ Đôi khi xuất hiện các ảo tưởng cơ thể - giác quan hay ảo tưởng khác, giải thể nhân cách hay tri giác sai thực tại;

+ Tư duy và lời nói mơ hồ, chi li ẩn dụ, quá chải chuốt hay định hình;

+ Thỉnh thoảng xuất hiện giai đoạn loạn thần.

- Các biểu hiện trên tồn tại ít nhất trong hai năm.

- Chưa bao giờ có đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt.

7.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc):

- Mất khả năng nhận thức và /hoặc khả năng điều khiển hành vi:

+ Giai đoạn bệnh cấp tính;

+ Các triệu chứng loạn thần chi phối hành vi.

- Hạn chế khả năng nhận thức và /hoặc khả năng điều khiển hành vi: giai đoạn bệnh thuyên giảm.

- Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: giai đoạn bệnh ổn định.

8. Kết luận giám định và biên bản giám định rối loạn hoang tưởng (F22.0)

8.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Hoang tưởng phải là đặc điểm lâm sàng duy nhất và tồn tại ít nhất 3 tháng, hoang tưởng có thể là đơn độc hoặc một nhóm hoang tưởng có liên quan với nhau;

- Có thể từng thời kỳ có rối loạn cảm xúc hoặc ảo giác xuất hiện lẻ tẻ nhưng ngoài thời kỳ đó ra thì hoang tưởng vẫn tồn tại;

- Không có các triệu chứng phân liệt trong bệnh sử như hoang tưởng bị kiểm tra, tư duy bị phát thanh, cảm xúc cùn mòn;

- Không có bệnh não.

8.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc):

- Mất khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi: khi hoang tưởng trực tiếp chi phối hành vi.

- Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc điều khiển hành vi: khi hoang tưởng không trực tiếp chi phối hành vi.

- Đủ khả năng nhận thức và điều khiển hành vi: giai đoạn bệnh ổn định không còn hoang tưởng.

9. Kết luận giám định và biên bản giám định rối loạn loạn thần cấp (F23)

9.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT

ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Khởi phát cấp trong khoảng 2 tuần;

- Thời gian kéo dài từ vài tuần đến vài ba tháng (tùy theo các thể lâm sàng);

- Triệu chứng lâm sàng đa dạng và biến đổi nhanh chóng, tùy theo các thể lâm sàng sẽ có một số trong các triệu chứng sau:

+ Ý thức: một số có biểu hiện giảm nhẹ năng lực định hướng về thời gian và không gian;

+ Tư duy: hoang tưởng đa dạng, hay gặp nhất là hoang tưởng bị theo dõi, bị truy hại, ngoài ra còn gặp một số hoang tưởng kỳ quái, hoang tưởng bị chi phối, bị xâm nhập;

+ Tri giác: đa số có ảo giác, nhiều nhất là ảo thanh, tiếp đến là ảo thị, các loại ảo giác khác ít gặp hơn. Ảo thanh có nhiều nội dung khác nhau như: đe dọa, ra lệnh, đàm thoại, bình phẩm,...

+ Cảm xúc: không ổn định;

+ Hành vi tác phong: kích động, tấn công, một số bệnh nhân có biểu hiện căng trương lực.

c) Có thể có stress kết hợp.

d) Trong bệnh sử không có nguyên nhân thực tổn như chấn động não, mê sảng, trạng thái nhiễm độc rượu hay ma túy,...

9.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc).

a) Mất khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi:

- Giai đoạn cấp tính;

- Do hoang tưởng và/hoặc ảo giác chi phối;

- Cơn xung động cảm xúc hành vi.

b) Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi: giai đoạn bệnh thuyên giảm.

c) Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: giai đoạn bệnh ổn định.

10. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần rối loạn phân liệt cảm xúc (F25)

10.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt;

- Đủ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn cảm xúc;

- Các triệu chứng cảm xúc lẫn phân liệt đều nổi bật trong cùng một giai đoạn của bệnh, thường là đồng thời nhưng ít nhất cũng cách nhau khoảng vài ngày.

10.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc).

a) Mất khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi:

- Cơn xung động phân liệt;

- Cơn xung động cảm xúc;

- Giai đoạn bệnh cấp tính;

- Do hoang tưởng và/hoặc ảo giác chi phối.

b) Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi: Trong giai đoạn bệnh thuyên giảm.

c) Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: giai đoạn bệnh ổn định.

11. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần giai đoạn hưng cảm (F30)

11.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn

tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Cảm xúc: hưng phấn ở các mức độ khác nhau;

- Tư duy: tư duy phi tán; ý tưởng tự cao quá mức có thể phát triển thành hoang tưởng, có thể xuất hiện các loại hoang tưởng khác không phù hợp với khí sắc;

- Hoạt động: tăng năng lượng hoạt động đưa đến hoạt động thái quá, có thể có trạng thái kích động;

- Giảm chú ý và mất ngủ;

- Một số trường hợp nặng có thể xuất hiện ảo giác.

11.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc).

a) Mất khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi:

- Giai đoạn bệnh cấp tính;

- Do hoang tưởng và/hoặc ảo giác chi phối.

b) Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi:

- Giai đoạn bệnh thuyên giảm;

- Giai đoạn hưng cảm nhẹ.

c) Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: giai đoạn bệnh ổn định.

12. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần rối loạn cảm xúc lưỡng cực (F31)

12.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Giai đoạn hưng cảm và giai đoạn trầm cảm xen kẽ nhau;

- Giai đoạn hưng cảm lặp đi lặp lại ít nhất hai lần;

- Có thể có sang chấn tâm lý.

12.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc):

a) Mất khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi:

- Giai đoạn bệnh cấp tính;

- Giai đoạn hưng cảm (có hoặc không có các triệu chứng loạn thần);

- Giai đoạn trầm cảm nặng (có hoặc không có các triệu chứng loạn thần);

- Do hoang tưởng và/hoặc ảo giác chi phối;

b) Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi:

- Giai đoạn bệnh thuyên giảm;

- Giai đoạn hưng cảm nhẹ;

- Giai đoạn trầm cảm nhẹ và vừa.

c) Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: giai đoạn bệnh ổn định.

13. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần giai đoạn trầm cảm (F32)

13.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- 3 triệu chứng chính:

+ Khí sắc trầm;

+ Mất quan tâm và thích thú;

+ Mệt mỏi và giảm hoạt động.

- 7 triệu chứng khác:

+ Giảm sút sự tập trung và sự chú ý;

+ Giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin;

+ Có ý tưởng bị tội và không xứng đáng. Trường hợp nặng có thể xuất hiện hoang tưởng bị tội hay tự buộc tội hoặc ảo thanh mang tính chất bình phẩm, chê bai;

+ Nhìn vào tương lai ảm đạm và bi quan;

+ Có ý tưởng và hành vi tự hủy hoại hoặc tự sát;

+ Rối loạn giấc ngủ;

+ Ăn ít ngon miệng.

Các triệu chứng trên kéo dài ít nhất là 02 tuần.

- Giai đoạn trầm cảm nhẹ (F32.0): có ít nhất 02 triệu chứng chính và ít nhất 02 triệu chứng khác.

- Giai đoạn trầm cảm vừa (F32.1): có ít nhất 02 triệu chứng chính và ít nhất 03 triệu chứng khác.

- Giai đoạn trầm cảm nặng, không có các triệu chứng loạn thần (F32.2): có tất cả 03 triệu chứng chính và ít nhất 04 triệu chứng khác.

- Giai đoạn trầm cảm nặng kèm theo các triệu chứng loạn thần (F32.3): đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán F32.2, kèm theo có các hoang tưởng, ảo giác hoặc sững sờ, trầm cảm.

13.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc).

a) Mất khả năng nhận thức và/hoặc điều khiển hành vi:

- Giai đoạn trầm cảm nặng có hoặc không có các triệu chứng loạn thần;

- Hoang tưởng và/hoặc ảo giác chi phối;

- Cơn xung động trầm cảm.

b) Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc điều khiển hành vi:

- Giai đoạn trầm cảm vừa;

- Giai đoạn trầm cảm nhẹ.

c) Đủ khả năng nhận thức và điều khiển hành vi: giai đoạn bệnh ổn định.

14. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần phản ứng với stress cấp (F42.0)

14.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Bệnh thường xảy ra ngay lập tức hoặc trong vòng vài phút sau khi có sang chấn trầm trọng. Thêm vào đó là các triệu chứng sau:

+ Trạng thái sững sờ với thu hẹp ý thức và chú ý, không có khả năng hiểu được các tác nhân kích thích và rối loạn định hướng;

+ Có hội chứng rối loạn thần kinh thực vật.

- Các triệu chứng thường xuất hiện trong nhiều phút khi có tác động của kích thích hay sự kiện gây stress và biến mất trong vòng 2-3 ngày.

14.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc).

a) Mất khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi:

- Trạng thái sững sờ;

- Thu hẹp ý thức;

- Rối loạn định hướng.

b) Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi: khi các triệu chứng đã thuyên giảm.

c) Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: giai đoạn không còn các triệu chứng stress cấp.

15. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần các rối loạn sự thích ứng (F43.2)

15.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT

ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Có bằng chứng về sự kiện, hoàn cảnh gây stress hoặc khủng hoảng đời sống;

- Khí sắc trầm, lo âu, phiền muộn, căng thẳng và giận dữ;

- Có thể kèm theo rối loạn hành vi: Tấn công hoặc chống đối xã hội;

- Khó khăn trong việc hòa nhập với môi trường sống hiện tại;

- Giảm sút hiệu suất công việc và thói quen hàng ngày;

- Thông thường bệnh bắt đầu trong vòng 1 tháng sau khi xảy ra sự kiện gây stress hoặc sự thay đổi trong đời sống và triệu chứng kéo dài thường không quá 6 tháng.

15.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc).

a) Rối loạn sự thích ứng không gây ra mất khả năng nhận thức và điều khiển hành vi.

b) Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi: giai đoạn bệnh tiến triển.

c) Đủ khả năng nhận thức và điều khiển hành vi: giai đoạn bệnh ổn định.

16. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần rối loạn nhân cách Paranoid (F60.0)

16.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra

vụ việc? Cụ thể:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán các rối loạn nhân cách đặc hiệu chung:

+ Rối loạn nhân cách có khuynh hướng xuất hiện ở trẻ em lớn hoặc tuổi thanh thiếu niên và tiếp tục thể hiện ở tuổi trưởng thành;

+ Các triệu chứng rối loạn nhân cách luôn bền vững và tồn tại suốt đời;

+ Không có bằng chứng về các bệnh thực tổn não và các rối loạn tâm thần khác;

+ Người bệnh biết được và đau buồn về những nét bất thường của mình nhưng không thể điều chỉnh được.

- Có ít nhất 03 trong số các nét đặc trưng sau:

+ Nhạy cảm quá mức khi bị thất bại hay cự tuyệt;

+ Có khuynh hướng thù hằn dai dẳng, thí dụ không chịu tha thứ sự lăng mạ, xúc phạm, gây thiệt hại, khinh miệt;

+ Có tính đa nghi và khuynh hướng lan tỏa làm méo mó những sự kiện bằng cách giải thích các việc làm vô tư và hữu nghị của người khác như thù địch hay khinh miệt;

+ Có ý thức đấu tranh dai dẳng cho quyền lợi cá nhân, không tương xứng với hoàn cảnh thực tế;

+ Nghi ngờ dai dẳng không có bằng chứng về sự trung thành của vợ hay chồng về mặt tình dục;

+ Nhạy cảm quá mức về tầm quan trọng của mình, biểu hiện trong thái độ liên hệ bản thân dai dẳng;

+ Bận tâm vào những giải thích không có cơ sở theo kiểu "âm mưu" về các sự kiện trực tiếp đối với bệnh nhân và thế giới bên ngoài nói chung.

16.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc):

a) Bệnh rối loạn nhân cách paranoid không làm mất khả năng nhận thức và điều khiển hành vi.

b) Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi: Trong trường hợp rối loạn nhân cách ảnh hưởng trực tiếp đến hành vi.

c) Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: trong trường hợp rối loạn nhân cách không ảnh hưởng trực tiếp đến hành vi.

17. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần rối loạn nhân cách dạng phân liệt (F60.1)

17.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán các rối loạn nhân cách đặc hiệu chung:

+ Rối loạn nhân cách có khuynh hướng xuất hiện ở trẻ em lớn hoặc tuổi thanh thiếu niên và tiếp tục thể hiện ở tuổi trưởng thành;

+ Các triệu chứng rối loạn nhân cách luôn bền vững và tồn tại suốt đời;

+ Không có bằng chứng về các bệnh thực tổn não và các rối loạn tâm thần khác;

+ Người bệnh biết được và đau buồn về những nét bất thường của mình nhưng không thể điều chỉnh được.

- Có ít nhất 03 trong số các nét đặc trưng sau:

+ Ít hoặc không có hoạt động đưa lại thích thú.

+ Cảm xúc lạnh nhạt, tách rời hay cùn mòn;

+ Hạn chế khả năng thể hiện nhiệt tình, tình cảm dịu dàng hoặc giận dữ đối với người khác;

+ Lãnh đạm rõ ràng đối với lời khen cũng như lời chê;

+ Ít thích thú trong trải nghiệm tình dục với người khác (có tính đến lứa tuổi);

+ Gần như luôn thích thú đối với các hoạt động đơn độc;

+ Bận tâm quá mức đối với sự tưởng tượng và quan sát nội tâm;

+ Thiếu những người bạn thân thiết hoặc những mối quan hệ tin cậy (hoặc chỉ có một) và thiếu mong muốn có những mối quan hệ như vậy;

+ Không nhạy cảm rõ rệt đối với các chuẩn mực, quy tắc xã hội hiện hành.

17.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc):

a) Bệnh rối loạn nhân cách dạng phân liệt không làm mất khả năng nhận thức và điều khiển hành vi.

b) Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi: trong trường hợp rối loạn nhân cách ảnh hưởng trực tiếp đến hành vi.

c) Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: trong trường hợp rối loạn nhân cách không ảnh hưởng trực tiếp đến hành vi.

18. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần rối loạn nhân cách chống xã hội (F60.2)

18.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán các rối loạn nhân cách đặc hiệu chung:

+ Rối loạn nhân cách có khuynh hướng xuất hiện ở trẻ em lớn hoặc tuổi thanh thiếu niên và tiếp tục thể hiện ở tuổi trưởng thành.

+ Các triệu chứng rối loạn nhân cách luôn bền vững và tồn tại suốt đời.

+ Không có bằng chứng về các bệnh thực tổn não và các rối loạn tâm thần khác.

+ Người bệnh biết được và đau buồn về những nét bất thường của mình nhưng không thể điều chỉnh được.

- Có ít nhất ba trong số các nét đặc trưng sau:

+ Sự lãnh đạm, nhẫn tâm đối với cảm xúc của người khác;

+ Thái độ vô trách nhiệm, thô bạo, và dai dẳng, coi thường các chuẩn mực, quy tắc và nghĩa vụ xã hội;

+ Không có khả năng duy trì các mối quan hệ bền vững mặc dù không có khó khăn trong sự thiết lập chúng;

+ Khả năng dung nạp rất thấp đối với sự thất bại và rất dễ bùng nổ những cơn gây hấn bao gồm cả bạo lực;

+ Mất khả năng nhận cảm tội lỗi và rút kinh nghiệm, đặc biệt đối với sự trừng phạt;

+ Có thiên hướng rõ rệt, trách móc những người khác hoặc đưa ra những lý sự có vẻ chấp nhận được đối với hành vi đã đưa bệnh nhân đến xung đột với xã hội.

18.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc):

a) Bệnh rối loạn nhân cách chống xã hội không làm mất khả năng nhận thức và điều khiển hành vi.

b) Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi: Trong trường hợp rối loạn nhân cách ảnh hưởng trực tiếp đến hành vi.

c) Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: trong trường hợp rối loạn nhân cách không ảnh hưởng trực tiếp đến hành vi.

19. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần rối loạn nhân cách cảm xúc không ổn định (F60.3)

19.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán các rối loạn nhân cách đặc hiệu chung:

+ Rối loạn nhân cách có khuynh hướng xuất hiện ở trẻ em lớn hoặc tuổi thanh thiếu niên và tiếp tục thể hiện ở tuổi trưởng thành;

+ Các triệu chứng rối loạn nhân cách luôn bền vững và tồn tại suốt đời;

+ Không có bằng chứng về các bệnh thực tổn não và các rối loạn tâm thần khác;

+ Người bệnh biết được và đau buồn về những nét bất thường của mình

nhưng không thể điều chỉnh được.

- Có ít nhất ba trong số các nét đặc trưng sau:

+ Khuynh hướng rõ rệt, hành động bột phát và không cân nhắc đến hậu quả;

+ Khí sắc thất thường và không thể dự đoán trước;

+ Có thể xảy ra các cơn bùng nổ cảm xúc và không có khả năng kiểm soát những cơn bùng nổ hành vi;

+ Bệnh nhân có khuynh hướng cãi lộn hoặc xung đột với người khác đặc biệt khi những hành vi của họ bị phê bình hoặc ngăn chặn.

19.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc).

a) Bệnh rối loạn nhân cách cảm xúc không ổn định không làm mất khả năng nhận thức và điều khiển hành vi.

b) Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi: trong trường hợp rối loạn nhân cách ảnh hưởng trực tiếp đến hành vi.

c) Đủ khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: trong trường hợp rối loạn nhân cách không ảnh hưởng trực tiếp đến hành vi.

20. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần bệnh chậm phát triển tâm thần (F70 - F79)

20.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Chậm phát triển tâm thần nhẹ (F70):

+ Người bệnh có thể phát triển các khả năng về quan hệ xã hội ở giai đoạn trước tuổi đi học;

+ Hầu hết có khả năng tự phục vụ, chăm sóc bản thân và làm các việc đơn giản trong gia đình;

+ Thường gặp khó khăn chính trong học tập lý thuyết;

+ Lúc trưởng thành có khả năng nghề nghiệp và quan hệ xã hội đủ để tự lập, nhưng gặp phải khó khăn trong việc xử lý các tình huống;

+ Chỉ số IQ trong phạm vi từ 50 - 69.

- Chậm phát triển tâm thần vừa (F71):

+ Ở tuổi trước khi đi học, bệnh nhân có thể nói hoặc học cách quan hệ xã hội, nhưng thường ít thấu hiểu các quy tắc xã hội;

+ Họ có thể được hướng dẫn để tự chăm sóc bản thân nhưng cần có sự giám sát;

+ Một số đối tượng học được kỹ năng cơ bản cần thiết để đọc và viết;

+ Ở tuổi trưởng thành họ có thể làm được một số công việc giản đơn nếu có người giám sát chặt chẽ. Hiếm khi họ có thể sống độc lập hoàn toàn, nhưng có thể đi lại dễ dàng và hoạt động cơ thể tốt;

+ Chỉ số IQ trong phạm vi từ 35 - 49.

- Chậm phát triển tâm thần nặng (F72):

+ Giai đoạn trước tuổi đi học, người bệnh kém phát triển về vận động và ngôn ngữ, rất ít hoặc không có khả năng giao tiếp;

+ Ở giai đoạn đi học có thể học nói và hiểu biết những vấn đề sơ đẳng, thường không có khả năng học nghề;

+ Giai đoạn trưởng thành chỉ làm được những việc đơn giản nhưng cần có sự giám sát chặt chẽ;

+ Hầu hết người bệnh có biểu hiện rõ rệt về tật chứng vận động hoặc các thiếu sót kết hợp khác;

+ Chỉ số IQ trong phạm vi từ 20 - 34.

- Chậm phát triển tâm thần trầm trọng (F73):

+ Rất kém phát triển về chức năng vận động;

+ Hầu hết chỉ có khả năng giao tiếp thô sơ không lời;

+ Rất hạn chế trong việc hiểu và tuân theo các yêu cầu hoặc chỉ dẫn và khả năng chăm sóc bản thân;

+ Cần được theo dõi chăm sóc ở các cơ sở y tế đặc biệt và chịu sự giám sát thường xuyên;

+ Thường có các thiếu sót trầm trọng về thần kinh và cơ thể;

+ Chỉ số IQ < 20.

Lưu ý: Chỉ số IQ chỉ mang tính chất hỗ trợ chẩn đoán**.**

20.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc):

a) Mất khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: mức độ bệnh trầm trọng và nặng.

b) Hạn chế khả năng nhận thức và khả năng điều khiển hành vi: mức độ bệnh nhẹ và vừa.

21. Kết luận giám định và biên bản giám định pháp y tâm thần bệnh động kinh (G40)

21.1. Kết luận về y học:

Căn cứ Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới về các rối loạn tâm thần và hành vi hiện hành (ICD-10), căn cứ Thông tư số 20/2014/TT-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ tổn thương cơ thể sử dụng trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần giám định viên tham gia giám định xác định đối tượng giám định:

a) Họ và tên;

b) Có bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần hay không? Bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần gì (mã bệnh)? Tình trạng tâm thần trước, trong và sau khi xảy ra vụ việc? Cụ thể:

- Lâm sàng: có cơn động kinh;

- Điện não đồ: có sóng bệnh lý phù hợp với cơn động kinh trên lâm sàng;

Lưu ý: Điện não đồ có vai trò rất quan trọng trong việc chẩn đoán bệnh động kinh nhưng không phải là tiêu chuẩn quyết định vì chỉ có khoảng 80% số bệnh nhân động kinh khi làm điện não đồ có sóng bệnh lý. Chẩn đoán xác định động kinh tiêu chuẩn lâm sàng có ý nghĩa quyết định.

- Xác định mức độ biến đổi nhân cách và sa sút trí tuệ kèm theo.

21.2. Kết luận về khả năng nhận thức và điều khiển hành vi (trong từng thời điểm, đặc biệt tại thời điểm xảy ra vụ việc).

a) Mất khả năng nhận thức và/hoặc khả năng điều khiển hành vi:

- Giai đoạn trong cơn động kinh;

- Cơn xung động động kinh;

- Cơn rối loạn ý thức kiểu hoàng hôn (thường xảy ra sau cơn động kinh toàn thể cơn lớn);

- Sa sút trí tuệ;

- Biến đổi nhân cách mức độ nặng.

b) Hạn chế khả năng nhận thức và/hoặc điều khiển hành vi: giai đoạn ngoài cơn động kinh, bệnh nhân đã có biến đổi nhân cách mức độ vừa, nhẹ và/hoặc có một số biểu hiện rối loạn tâm thần.

c) Đủ khả năng nhận thức và điều khiển hành vi: giai đoạn ngoài cơn động kinh, bệnh nhân chưa có biến đổi nhân cách, không có sa sút trí tuệ và không có rối loạn tâm thần.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

(đã ký)

Nguyễn Viết Tiến

Mẫu số 01

TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN
TÊN TỔ CHỨC GIÁM ĐỊNH

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

Số: /BBTNHSTCGĐ

..... ngày..... tháng .....năm.....

BIÊN BẢN
TIẾP NHẬN HỒ SƠ TRƯNG CẦU GIÁM ĐỊNH

Hồi…..giờ…….phút, ngày……..tháng…….năm 20……...

Căn cứ Quyết định trưng cầu giám định / giám định bổ sung / giám định lại số:……ngày ……..tháng…….năm ……..của. . . . . .

Tại: *(tên, địa điểm giao nhận hồ sơ trưng cầu giám định*.....
.....
.....

Chúng tôi gồm:

Bên giao:

Ông/ Bà: ..... Chức vụ: .....Điện thoại: .....

Đại diện cơ quan: .....

Bên nhận:

Ông/ Bà: ..... Chức vụ: .....Điện thoại: .....

Đại diện tổ chức Pháp y tâm thần: .....

Đã tiến hành giao, nhận hồ sơ trưng cầu giám định pháp y tâm thần của đối tượng:

Họ và tên: …….Năm sinh: ……..Giới tính: .....

Nơi thường trú: .....

Hồ sơ bao gồm:

1. Quyết định trưng cầu giám định pháp y tâm thần nêu trên.
2. ..... bút lục, được đánh số từ 01 đến .... (có bảng kê kèm theo);

Ngoài ra hai bên không giao, nhận tài liệu gì khác.

Biên bản được lập thành 02 bản, hoàn tất hồi…..giờ…….phút, ngày……..tháng……. năm 20…….. . Mỗi bên giữ 01 bản.

Những người có tên trên cùng đọc lại và cùng ký tên xác nhận dưới đây.

Người giao	**Người nhận**
(Ký, ghi rõ họ tên)	*(Ký, ghi rõ họ tên)*

Xác nhận chữ ký của người nhận và đóng dấu

Mẫu số 02

TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN
TÊN TỔ CHỨC GIÁM ĐỊNH

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

Số: /BBTNĐTGĐTC

..... *ngày..... tháng .....năm.....*

BIÊN BẢN
TIẾP NHẬN ĐỐI TƯỢNG GIÁM ĐỊNH CÓ QUYẾT ĐỊNH TRƯNG CẦU

Hồi…..giờ…….phút, ngày……..tháng…….năm 20……..tại (địa điểm tiếp nhận)
Căn cứ Quyết định trưng cầu giám định/giám định bổ sung/ giám định lại số:……ngày ……..tháng…….năm ……..của.....
Chúng tôi gồm:

Đại diện bên giao (cơ quan trưng cầu):
Ông/ Bà: ..... Chức vụ: ..... Điện thoại: .....
Cơ quan: .....

Đại diện bên nhận:
Ông/ Bà: ..... Chức vụ: ..... Điện thoại: .....
Khoa/ phòng: .....
Tổ chức giám định:.....

Đại diện cơ quan quản lý đối tượng giám định (nếu có):
Ông/ Bà:…….Chức vụ:……Điện thoại:.....
Cơ quan: ....

Đã tiến hành giao, nhận đối tượng giám định theo quyết định trưng cầu giám định pháp y tâm thần nêu trên.

1. Đối tượng giám định:
Họ, tên: .....
Năm sinh: ……..Giới tính:.....
Quê quán: .....
Nơi thường trú: .....

2.Tình trạng đối tượng giám định khi tiếp nhận:
……..

3. Cách thức quản lý đối tượng giám định sau khi tiếp nhận: .....
.....

4. Tài liệu, đồ vật có liên quan đến đối tượng giám định:
.....

Ảnh 4 x 6 ép plastic: 02 ảnh.

Biên bản được lập thành 02 bản, hoàn tất hồi…..giờ…….phút, ngày……..tháng……. năm 20…….. . Mỗi bên giữ 01 bản.

Những người có tên trên cùng đọc lại và cùng ký tên xác nhận dưới đây.

Đại diện cơ quan quản lý đối tượng giám định *(Ký, ghi rõ họ tên)*	**Người giao** *(Ký, ghi rõ họ tên)*	**Người nhận** *(Ký, ghi rõ họ tên)*

Xác nhận chữ ký của người nhận và đóng dấu

Mẫu số 03

TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN
TÊN TỔ CHỨC GIÁM ĐỊNH

Số: /BBBGĐTGĐTC

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

..... *ngày..... tháng .....năm.....*

BIÊN BẢN
BÀN GIAO ĐỐI TƯỢNG GIÁM ĐỊNH CÓ QUYẾT ĐỊNH TRƯNG CẦU

Hồi…..giờ…….phút, ngày……..tháng…….năm 20……..

Theo thông báo của tổ chức giám định, đối tượng:…….đã được thực hiện giám định xong. Hôm nay,……ngày ……..tháng…….năm . . . .tại Khoa giám định của: (Tên, địa chỉ của tổ chức giám định)…….. .....

Chúng tôi gồm:

Đại diện bên giao (tổ chức giám định):

Ông/ Bà: ..... Chức vụ: ..... Điện thoại: .....

Cơ quan: .....

Đại diện bên nhận (cơ quan trưng cầu):

Ông/ Bà: ..... Chức vụ: ..... Điện thoại: .....

Cơ quan: .....

Đại diện cơ quan quản lý đối tượng giám định (nếu có):

Ông/ Bà: ..... Chức vụ: ..... Điện thoại: .....

Cơ quan: .....

Đã tiến hành bàn giao đối tượng giám định theo trưng cầu:

1. Đối tượng giám định:

Họ, tên: .....

Năm sinh:……..Giới tính: ……..……

Quê quán: .....

Nơi thường trú: .....

2.Tình trạng đối tượng giám định khi bàn giao: .....

.....

3. Tài liệu, đồ vật có liên quan đến đối tượng giám định:

.....

Biên bản được lập thành 02 bản, hoàn tất hồi…..giờ…….phút, ngày…….tháng…….năm 20…….. . Mỗi bên giữ 01 bản.

Những người có tên trên cùng đọc lại và cùng ký tên xác nhận dưới đây.

Đại diện cơ quan quản lý đối tượng giám định *(Ký, ghi rõ họ tên)*	**Người nhận** *(Ký, ghi rõ họ tên)*	**Người giao** *(Ký, ghi rõ họ tên)*

Xác nhận chữ ký của người giao và đóng dấu

Mẫu số 05

TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN
TÊN TỔ CHỨC GIÁM ĐỊNH

Số: /KLGĐTC

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

..... *ngày..... tháng .....năm.....*

KẾT LUẬN GIÁM ĐỊNH PHÁP Y TÂM THẦN
(Dùng cho giám định theo trưng cầu)

I. THÔNG TIN CHUNG

- Họ, tên người tiến hành tố tụng trưng cầu giám định:.....
- Quyết định trưng cầu giám định số ..... ngày..... tháng ..... năm 20 ..... của cơ quan tiến hành tố tụng: ....
- Người ký (họ tên, chức vụ):.....
- Họ tên đối tượng giám định.....Giới:.....
- Nơi đối tượng thường trú:.....
- Đối tượng giám định là:..... (1)…… Trong vụ án/ việc:…… (2)……
- Nội dung trưng cầu giám định:.....
- Thời gian tiếp nhận đối tượng giám định: .....
- Hình thức giám định:……
- Quyết định phân công người tham gia giám định số.....ngày.....tháng.....năm……. của tổ chức giám định:.....
- Họ và tên người thực hiện giám định [3]: (Nêu rõ họ tên, học hàm, học vị, chức danh, đơn vị công tác và vai trò của từng giám định viên tham gia giám định)……..
- Địa điểm tiến hành giám định: .....
- Thời gian tiến hành giám định:.....

II. TÓM TẮT LỊCH SỬ BẢN THÂN VÀ QUÁ TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN VỤ VIỆC

- Lịch sử bản thân: .....
- Diễn biến quá trình liên quan đến vụ án/vụ việc : .....
- Quá trình theo dõi giám định:.....
- Tóm tắt triệu chứng, hội chứng về tâm thần:.....
- Kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:.....

III. KẾT LUẬN

1. Kết luận: (trả lời đầy đủ theo nội dung trưng cầu giám định):…….

2. Ý kiến khác (nếu có).....

3. Địa điểm, thời gian hoàn thành việc giám định: .....

CÁC THÀNH VIÊN[4] **THƯ KÝ[4]** **CHỦ TRÌ [4]**

(ký, ghi rõ họ tên) *(ký, ghi rõ họ tên)* *(ký, ghi rõ họ tên)*

THỦ TRƯỞNG TỔ CHỨC GIÁM ĐỊNH

(ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu của tổ chức giám định)

(1): Đối tượng có thể là: bị hại/bị can/người đang thi hành án/nhân chứng/nguyên đơn/ bị đơn…

(2): Vụ án/vụ việc: hình sự/dân sự/hành chính.
(3): Nếu chỉ có một người giám định, thì ghi rõ họ tên, học hàm, học vị, chức danh, đơn vị công tác của người giám định
(4) Nếu chỉ có một người giám định, thì người giám định ký, ghi rõ họ tên của người giám định (Điều 32 Luật Giám định tư pháp).

Mẫu số 06

TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN
TÊN TỔ CHỨC GIÁM ĐỊNH
Số: /BBGĐPYTTLII

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
..... *ngày..... tháng .....năm.....*

BIÊN BẢN
GIÁM ĐỊNH PHÁP Y TÂM THẦN
(Dùng cho giám định lại lần thứ II theo trưng cầu)

I. THÔNG TIN CHUNG

- Quyết định trưng cầu giám định số ..... ngày..... tháng.... năm 20.....
của cơ quan .....
Người ký (họ tên, chức vụ): .....
- Họ tên đối tượng giám định: ……..……..……Giới:.....
- Nơi thường trú: .....
- Đối tượng là: (1) …….. Trong: (2).....
- Nội dung trưng cầu giám định: .....
.....
- Thời gian tiếp nhận đối tượng giám định: .....
- Hình thức giám định: .....
- Quyết định thành lập Hội đồng giám định lại lần thứ II của Bộ trưởng Bộ Y tế số.....QĐ/BYT ngày....tháng.....năm.....…
của tổ chức tiến hành giám định:.....
- Địa điểm tiến hành giám định: .....
- Thời gian tiến hành giám định:.....

II. THÀNH PHẦN HỘI ĐỒNG

(Nêu rõ họ tên, học hàm, học vị, chức danh, đơn vị công tác của từng thành viên)

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

III. SƠ LƯỢC LÝ LỊCH ĐỐI TƯỢNG GIÁM ĐỊNH

Họ tên:..... Năm sinh:……Giới:.....
Quê quán: .....
Nơi thường trú: .....
Nghề nghiệp: .....Trình độ học vấn: .....
Dân tộc: .....Quốc tịch : ……Tôn giáo: .....
Tình trạng hôn nhân:
Hoàn cảnh kinh tế/ Điều kiện sống: .....
Tiền án, tiền sự:: .....
.....
.....
.....

.....

IV. LỊCH SỬ BẢN THÂN VÀ HÀNH VI LIÊN QUAN ĐẾN TỐ TỤNG

- Tiền sử bệnh tật của bản thân, quá trình học tập, lao động, công tác của đối tượng giám định:
- Tiền sử gia đình về bệnh tâm thần.....
- Diễn biến quá trình bệnh lý (nếu có):
- Diễn biến hành vi liên quan đến tố tụng: ..
- Tình trạng sức khoẻ tâm thần khi sự kiện xảy ra: ……
- Tình trạng sức khoẻ tâm thần sau khi sự kiện xảy ra: ……
- Diễn biến quá trình theo dõi giám định: ……

V. KHÁM BỆNH

1. Khám tâm thần:

- Ý thức : …… Năng lực định hướng:
  + Bản thân: ……
  + Không gian:…… ……
  + Thời gian:……
  + Môi trường: ……
- Tư duy:
  + Hình thức: ……...
  + Nội dung:…. ……..
- Tri giác: ……
- Cảm xúc: ……
- Hành vi tác phong:
  + Hoạt động có ý chí : ……
  + Hoạt động bản năng: ……
- Chú ý: ……
- Trí nhớ: ……
- Trí tuệ: .. ..

2. Khám thần kinh:

- Dấu hiệu thần kinh định vị :
- 12 đôi dây thần kinh sọ não:.....
.....
- Cảm giác:.....
.....
- Phản xạ: .....
.....
- Vận động: .....
.....

3. Khám nội khoa:

- Dấu hiệu sinh tồn:

Mạch:…..HA:…..Nhiệt độ:…..Nhịp thở:……Cân nặng: ……

- Thể trạng chung:…….Da, niêm, kết mạc: .....
- Hạch ngoại vi, tuyến giáp:.....
.....
- Tim mạch: .....
.....
- Hô hấp: .....
.....
- Tiêu hoá:.....
.....
- Tiết niệu, sinh dục: .....
.....
- Cơ xương khớp :.....
.....

4. Khám thần kinh:

- Dấu hiệu thần kinh định vị :
- 12 đôi dây thần kinh sọ não:.....
.....
- Cảm giác:.....
.....
- Phản xạ: .....
.....
- Vận động: .....
.....

5. Khám chuyên khoa khác:

+ Răng - Hàm - Mặt:.....
+ Tai - Mũi - Họng:.....
+ Mắt:.....
+ Nội tiết:….....
+ Các chuyên khoa khác :

……

6. Kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: .....
.....
- X-Quang tim phổi: .....
.....
- X-Quang sọ não:.....
.....
- Điện não đồ: .....
.....
- Nghiệm pháp tâm lý (test Zung, Beck , MMPI, Wais....).....
.....
- Chụp cắt lớp: CT. Scanner (nếu có). .....
.....
- Cộng hưởng từ: MRI (nếu có).....
.....

- Xét nghiệm khác: (nếu có). .....
.....

VI. TÓM TẮT VÀ KẾT LUẬN

1. Tóm tắt:

- Triệu chứng tâm thần:.....
.....
- Hội chứng tâm thần: .....
.....
- Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán: .....
.....

2. Kết luận: (trả lời đầy đủ theo nội dung trưng cầu giám định)

.....
.....

3. Ý kiến khác (nếu có):.....
.....

THÀNH VIÊN HĐ	**THƯ KÝ HĐ**	**CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG**
(ký, ghi rõ họ tên)	*(ký, ghi rõ họ tên)*	*(ký, ghi rõ họ tên)*

BỘ Y TẾ

Xác nhận tư cách pháp lý
của Hội đồng giám định lại lần thứ II

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu của Bộ Y tế)

(1): Đối tượng có thể là: bị hại/bị can/người đang thi hành án/nhân chứng/nguyên đơn/ bị đơn…
(2): Vụ án/vụ việc: hình sự/dân sự/hành chính.

Mẫu số 07

TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN
TÊN TỔ CHỨC GIÁM ĐỊNH
Số: /KLGĐPYTTLII

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

..... *ngày..... tháng .....năm.....*

KẾT LUẬN GIÁM ĐỊNH PHÁP Y TÂM THẦN
(Dùng cho giám định lại lần thứ II theo trưng cầu)

I. THÔNG TIN CHUNG

- Họ, tên người tiến hành tố tụng trưng cầu giám định:.....
- Quyết định trưng cầu giám định số ..... ngày..... tháng ..... năm 20 ..... của cơ quan tiến hành tố tụng: ....
- Người ký (họ tên, chức vụ):.....
- Họ tên đối tượng giám định: ……..…..…..…..……..Giới: ……
- Nơi đối tượng giám định thường trú: .....
- Đối tượng giám định là:..… (1)…… Trong vụ án/ việc:…… (2)……
- Nội dung trưng cầu giám định:.....
- Thời gian tiếp nhận đối tượng giám định: .....
- Hình thức giám định:……
- Quyết định thành lập Hội đồng giám định lại lần thứ II của Bộ trưởng Bộ Y tế số.....QĐ/BYT ngày....tháng.....năm.....…
- Thành phần Hội đồng giám định: (nêu rõ họ tên, học hàm, học vị, chức danh, đơn vị công tác của từng thành viên Hội đồng):……..…….……
- Địa điểm tiến hành giám định: .....
- Thời gian tiến hành giám định:.....

II. TÓM TẮT LỊCH SỬ BẢN THÂN VÀ QUÁ TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN VỤ VIỆC

- Lịch sử bản thân: .....
- Diễn biến quá trình liên quan đến vụ án/vụ việc : .....
- Quá trình theo dõi giám định:.....
- Tóm tắt triệu chứng, hội chứng về tâm thần:.....
- Kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:.....

III. KẾT LUẬN

1. Kết luận: (trả lời đầy đủ theo nội dung trưng cầu giám định):……. ……

2. Ý kiến khác (nếu có).....

3. Địa điểm, thời gian hoàn thành việc giám định: .....

THÀNH VIÊN HĐ	**THƯ KÝ HĐ**	**CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG**
(ký, ghi rõ họ tên)	*(ký, ghi rõ họ tên)*	*(ký, ghi rõ họ tên)*

BỘ Y TẾ
Xác nhận tư cách pháp lý
của Hội đồng giám định lại lần thứ II
KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu của Bộ Y tế)

(1): Đối tượng có thể là: bị hại/bị can/người đang thi hành án/nhân chứng/nguyên đơn/ bị đơn…

(2): Vụ án/vụ việc: hình sự/dân sự/hành chính.

Mẫu số 08

TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN **TÊN TỔ CHỨC GIÁM ĐỊNH**	**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**
Số: /BBTNHSYCGĐ	..... *ngày..... tháng .....năm.....*

BIÊN BẢN
TIẾP NHẬN HỒ SƠ YÊU CẦU GIÁM ĐỊNH

Hồi…..giờ…….phút, ngày……..tháng…….năm 20……...

Căn cứ văn bản yêu cầu giám định ngày ……..tháng…….năm ……..

Của: ……..

Tại: *(tên, địa chỉ tổ chức giám định Pháp y tâm thần)*.....

Chúng tôi gồm:

Bên giao:

Ông/ Bà: ..... Chức vụ: .....Điện thoại: .....

Số CMND:……ngày cấp……nơi cấp……

Đại diện cơ quan/gia đình: .....

Quan hệ với đối tượng giám định:……..

Bên nhận:

Ông/ Bà: ..... Chức vụ: .....Điện thoại: .....

Đại diện tổ chức Pháp y tâm thần: .....

Đã tiến hành giao, nhận hồ sơ yêu cầu giám định pháp y tâm thần của đối tượng:

Họ và tên: ..... Năm sinh: ……Giới tính:.....

Nơi thường trú: .....

.....

1. Văn bản yêu cầu giám định pháp y tâm thần nêu trên.

2. ..... bút lục, được đánh số từ 01 đến .... (có bảng kê kèm theo);

Ngoài ra hai bên không giao, nhận tài liệu gì khác.

Biên bản được lập thành 02 bản, hoàn tất hồi…..giờ…….phút, ngày……..tháng……. năm …….. . Mỗi bên giữ 01 bản.

Những người có tên trên cùng đọc lại và cùng ký tên xác nhận dưới đây.

Người giao *(Ký, ghi rõ họ tên)*	**Người nhận** *(Ký, ghi rõ họ tên)*

Xác nhận chữ ký của người nhận và đóng dấu

Mẫu số 09

TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN
TÊN TỔ CHỨC GIÁM ĐỊNH

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

Số: /BBTNĐTGĐYC

..... *ngày..... tháng .....năm.....*

BIÊN BẢN
TIẾP NHẬN ĐỐI TƯỢNG GIÁM ĐỊNH THEO YÊU CẦU

Hồi…..giờ…….phút, ngày……..tháng…….năm 20……
Căn cứ Văn bản yêu cầu giám định tâm thần ngày ……..tháng…….năm……
Của (*ghi tên cơ quan, tổ chức hoặc cá nhân yêu cầu*) .....
Tại .....
Chúng tôi gồm:

Đại diện bên giao:

Ông/ Bà: ..... Chức vụ: .....Điện thoại: .....
Số CMND:……ngày cấp……nơi cấp…….
Địa chỉ/cơ quan: .....
Quan hệ với đối tượng giám định:……..

Đại diện bên nhận:

Ông/ Bà: ..... Chức vụ: ..... Điện thoại: .....
Khoa/ phòng: .....
Tổ chức giám định:.....

Gia đình đối tượng (nếu có):

Ông/ Bà: ..... Điện thoại: .....
Địa chỉ: ....
CMTND số:.....Nơi cấp:…….Ngày cấp: .....……
Quan hệ với đối tượng giám định: ....

Đã tiến hành giao, nhận đối tượng giám định theo yêu cầu giám định pháp y tâm thần nêu trên.

1. Đối tượng giám định:
Họ, tên: …….Giới: ……
Năm sinh: .....
Quê quán: .....
Nơi thường trú: .....
2.Tình trạng đối tượng giám định khi tiếp nhận: .....
3. Tài liệu, đồ vật có liên quan đến đối tượng giám định:
Ảnh 4 x 6 ép plactic: 2 ảnh.
4. Cách thức quản lý đối tượng giám định sau khi tiếp nhận: .....
Biên bản được lập thành 2 bản, hoàn tất hồi…..giờ…….phút, ngày……..tháng……. năm 20…….. . Mỗi bên giữ 01 bản.
Những người có tên trên cùng đọc lại và cùng ký tên xác nhận dưới đây.

Gia đình đối tượng	**Người giao**	**Người nhận**
(ký, ghi rõ họ tên)	(ký, ghi rõ họ tên)	(ký, ghi rõ họ tên)

Xác nhận chữ ký của người nhận và đóng dấu

Mẫu số 10

TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN
TÊN TỔ CHỨC GIÁM ĐỊNH

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

Số: /BBBGĐTGĐYC

..... *ngày.....tháng ..... năm.....*

BIÊN BẢN
BÀN GIAO ĐỐI TƯỢNG GIÁM ĐỊNH THEO YÊU CẦU

Hồi…..giờ…….phút, ngày……..tháng…….năm ……..

Căn cứ theo thông báo của tổ chức giám định, đối tượng ……..đã được thực hiện giám định xong, hôm nay, tại Khoa Giám định của: (tên, địa chỉ của tổ chức giám định)…….……

Chúng tôi gồm:

Đại diện tổ chức giám định (bên giao):

Ông/ Bà: ..... Chức vụ: ..... Điện thoại .....

Khoa/ phòng: .....

Tổ chức giám định:.....

Đại diện bên nhận:

Ông/ Bà: ..... Chức vụ: .....Điện thoại: .....

Số CMND:……ngày cấp……nơi cấp…….

Địa chỉ/cơ quan: .....

Quan hệ với đối tượng giám định:……

Gia đình đối tượng (nếu có):

Ông/ Bà: ..... Điện thoại: .....

Địa chỉ: ....

CMTND số:.....Nơi cấp:…….Ngày cấp: .....

Quan hệ với đối tượng giám định: ....

Đã tiến hành bàn giao đối tượng giám định theo yêu cầu:

1. Đối tượng giám định:

Họ, tên: …….…….Giới: …….

Năm sinh: .....

Quê quán: .....

Nơi thường trú: .....

2.Tình trạng đối tượng giám định khi bàn giao:

.....

3. Tài liệu, đồ vật có liên quan đến đối tượng giám định: .....

Biên bản được lập thành 02 bản, hoàn tất hồi…..giờ…….phút, ngày……..tháng……. năm 20…….. . Mỗi bên giữ 01 bản.

Những người có tên trên cùng đọc lại và cùng ký tên xác nhận dưới đây.

Gia đình đối tượng	**Người giao**	**Người nhận**
(ký, ghi rõ họ tên)	(ký, ghi rõ họ tên)	(ký, ghi rõ họ tên)

Xác nhận chữ ký của người nhận và đóng dấu

Mẫu số 11

TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN
TÊN TỔ CHỨC GIÁM ĐỊNH
Số: /BBGĐYC

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

..... *ngày..... tháng .....năm.....*

BIÊN BẢN
GIÁM ĐỊNH PHÁP Y TÂM THẦN
(Dùng cho giám định theo yêu cầu)

I. THÔNG TIN CHUNG

- Văn bản yêu cầu giám định *ngày..... tháng .....năm.....*
của cơ quan/gia đình .....
- Người ký (họ tên, chức vụ, đơn vị. Nếu là đại diện cho gia đình thì ghi rõ địa chỉ, quan hệ với đối tượng giám định):.....
- Họ tên đối tượng giám định: …….. …….. ……
Giới:.....
- Nơi thường trú: .....
- Đối tượng là: (1) ……. Trong: (2).....
- Nội dung yêu cầu giám định:.....
.....
- Thời gian tiếp nhận đối tượng giám định: .....
- Hình thức giám định: .....
- Quyết định phân công người tham gia giám định số..... ngày....tháng.....năm…
của tổ chức tiến hành giám định:.....
- Địa điểm tiến hành giám định: .....
- Thời gian tiến hành giám định:.....

II. GIÁM ĐỊNH VIÊN THAM GIA GIÁM ĐỊNH [(3)]

- Họ và tên người thực hiện giám định: (Nêu rõ họ tên, học hàm, học vị, chức danh, đơn vị công tác và vai trò của từng giám định viên tham gia giám định):
.....
.....

III. SƠ LƯỢC LÝ LỊCH ĐỐI TƯỢNG GIÁM ĐỊNH

Họ tên:..... Năm sinh:…….Giới:.....
Quê quán: .....
Nơi thường trú: .....
Nghề nghiệp: .....Trình độ học vấn: .....
Dân tộc: .....Quốc tịch : ……Tôn giáo: .....
Tình trạng hôn nhân:
Hoàn cảnh kinh tê/ Điều kiện sống:.....
Tiền án, tiền sự:: .....

IV. LỊCH SỬ BẢN THÂN VÀ HÀNH VI LIÊN QUAN ĐẾN TỐ TỤNG

- Tiền sử bệnh tật của bản thân, quá trình học tập, lao động, công tác của đối

tượng giám định:
- Tiền sử gia đình về bệnh tâm thần.....
- Diễn biến quá trình bệnh lý (nếu có): .....
- Diễn biến hành vi liên quan đến tố tụng: ……
- Tình trạng sức khoẻ tâm thần khi sự kiện xảy ra: ……
- Tình trạng sức khoẻ tâm thần sau khi sự kiện xảy ra: ……
- Diễn biến quá trình theo dõi giám định: ……

V. KHÁM BỆNH

1. Khám tâm thần:

- Ý thức : …… Định hướng lực:
  + Bản thân: ……
  + Không gian:…… ……
  + Thời gian:……
  + Môi trường: ……
- Tư duy:
  + Hình thức: ……...
  + Nội dung:…. ……..
- Tri giác: ……
- Cảm xúc: ……
- Hành vi tác phong:
  + Hoạt động có ý chí : ……
  + Hoạt động bản năng: ……
- Chú ý: ……
- Trí nhớ: ……
- Trí tuệ: .. ..

2. Khám thần kinh:

- Dấu hiệu thần kinh định vị :
- 12 đôi dây thần kinh sọ não:.....
.....
- Cảm giác:.....
.....
- Phản xạ: .....
.....
- Vận động: .....
.....

3. Khám nội khoa:

- Dấu hiệu sinh tồn:

  Mạch:…..HA:…..Nhiệt độ:…..Nhịp thở:……Cân nặng: ……
- Thể trạng chung:…….Da, niêm, kết mạc: .....
- Hạch ngoại vi, tuyến giáp:.....
.....
- Tim mạch: .....
.....
- Hô hấp: .....
.....

- Tiêu hoá:.....
.....
- Tiết niệu, sinh dục: .....
.....
- Cơ xương khớp :.....
.....

4. Khám thần kinh:

- Dấu hiệu thần kinh định vị :
- 12 đôi dây thần kinh sọ não:.....
.....
- Cảm giác:.....
.....
- Phản xạ: .....
.....
- Vận động: .....
.....

5. Khám chuyên khoa khác:

+ Răng - Hàm - Mặt:
+ Tai - Mũi - Họng:
+ Mắt:
+ Nội tiết:…
+ Các chuyên khoa khác :

……

6. Kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: .....
.....
- X-Quang tim phổi: .....
.....
- X-Quang sọ não: .....
.....
- Điện não đồ: .....
.....
- Nghiệm pháp tâm lý (test Zung, Beck , MMPI, Wais....).....
.....
- Chụp cắt lớp: CT. Scanner (nếu có). .....
.....
- Cộng hưởng từ: MRI (nếu có).....
.....
- Xét nghiệm khác: (nếu có). .....
.....

VI. TÓM TẮT VÀ KẾT LUẬN

1. Tóm tắt:

- Triệu chứng tâm thần:.....
.....

- Hội chứng tâm thần: .....
.....
- Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán: .....
.....
.....

2. Kết luận: (trả lời đầy đủ theo nội dung trưng cầu giám định)

.....
.....

3. Ý kiến khác (nếu có):.....
.....

CÁC THÀNH VIÊN [4]	**THƯ KÝ** [4]	**CHỦ TRÌ** [4]
(ký, ghi rõ họ tên)	*(ký, ghi rõ họ tên)*	*(ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu của tổ chức giám định)*

THỦ TRƯỞNG TỔ CHỨC GIÁM ĐỊNH
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu của tổ chức giám định)

(1): Đối tượng có thể là: bị hại/bị can/người đang thi hành án/nhân chứng/ nguyên đơn/ bị đơn…
(2): Vụ án/vụ việc: hình sự/dân sự/hành chính.
(3): Nếu chỉ có một người giám định, thì ghi rõ họ tên, học hàm, học vị, chức danh, đơn vị công tác của người giám định
(4) Nếu chỉ có một người giám định, thì người giám định ký, ghi rõ họ tên của người giám định (Điều 32 Luật Giám định tư pháp).

Mẫu số 12

TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN
TÊN TỔ CHỨC GIÁM ĐỊNH

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

Số: /KLGĐYC

..... *ngày..... tháng .....năm.....*

KẾT LUẬN GIÁM ĐỊNH PHÁP Y TÂM THẦN
(Dùng cho giám định theo yêu cầu)

I. THÔNG TIN CHUNG:

- Văn bản yêu cầu giám định *ngày..... tháng .....năm.....*
của cơ quan/gia đình ....
- Người ký (họ tên, chức vụ, đơn vị. Nếu là đại diện cho gia đình thì ghi rõ địa chỉ, quan hệ với đối tượng giám định):.....
- Họ tên đối tượng giám định: ……Giới:.....
- Nơi thường trú: .....
- Là (1) …… Trong (2):……
- Nội dung yêu cầu giám định:.....
- Thời gian tiếp nhận đối tượng giám định: .....
- Hình thức giám định:……
- Quyết định phân công người tham gia giám định số..... ngày....tháng.....năm……của tổ chức tiến hành giám định:.....
- Họ và tên người thực hiện giám định [3]: (Nêu rõ họ tên, học hàm, học vị, chức danh, đơn vị công tác và vai trò của từng giám định viên tham gia giám định):…….
- Địa điểm tiến hành giám định: .....
- Thời gian tiến hành giám định:Từ ngày.. . tháng.. . .năm .. .đến ngày .. tháng . . năm ...

II. TÓM TẮT LỊCH SỬ BẢN THÂN VÀ QUÁ TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN VỤ VIỆC

- Lịch sử bản thân: .....
- Diễn biến quá trình liên quan đến vụ việc:.....
- Quá trình theo dõi giám định:.....
- Tóm tắt triệu chứng, hội chứng về tâm thần:.....
- Kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:.....

III. KẾT LUẬN:

1. Kết luận: (trả lời đầy đủ theo nội dung yêu cầu giám định) .....
.....

2. Ý kiến khác (nếu có):.....

3. **Địa điểm, thời gian hoàn thành việc giám định**: .....

CÁC THÀNH VIÊN [4]	**THƯ KÝ [4]**	**CHỦ TRÌ [4]**
(ký, ghi rõ họ tên)	*(ký, ghi rõ họ tên)*	*(ký, ghi rõ họ tên)*

THỦ TRƯỞNG TỔ CHỨC GIÁM ĐỊNH

(ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu của tổ chức giám định)

(1): Đối tượng có thể là: bị hại/bị can/người đang thi hành án/nhân chứng/nguyên đơn/ bị đơn…

(2): Vụ án/vụ việc: hình sự/dân sự/hành chính.

(3): Nếu chỉ có một người giám định thì ghi rõ họ, tên, học hàm, học vị, chức danh, đơn vị công tác của người giám định.
(4): Nếu chỉ có một người giám định, thì người giám định ký, ghi rõ họ tên của người giám định (theo Điều 32 Luật Giám định tư pháp).

Mẫu số 13

TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN
TÊN TỔ CHỨC GIÁM ĐỊNH

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

. . . . . , ngày ...tháng ...năm……

BIÊN BẢN XÁC MINH ĐỐI TƯỢNG GIÁM ĐỊNH

I. Thời gian, Địa điểm:

1. Vào lúc …giờ…..ngày …tháng …năm……
2. Địa điểm: ……

Đã tiến hành việc xác minh một số vấn đề liên quan đến đối tượng:……..
....

II. Thành phần tham dự:

A. Đại diện nơi đến xác minh đối tượng:
1/…… Nghề nghiệp/ Chức vụ: ……
Quan hệ với đối tượng:…….
2/…… Nghề nghiệp/ Chức vụ: ……
Quan hệ với đối tượng:…….
B. Đại diện cơ quan pháp luật thụ lý vụ việc:
1/Họ và tên…… Chức vụ: ……
Nơi công tác: ....
2/Họ và tên…… Chức vụ: ……
Nơi công tác: ....
C. Đại diện Tổ chức giám định:
1/ .....Chức vụ:.....
2/ .....Chức vụ: .....
D. Người cung cấp thông tin:
Họ và tên: ....
Nơi thường trú: ....
Quan hệ với đối tượng: ....

III. Nội dung xác minh: (Theo yêu cầu của các giám định viên tham gia giám định pháp y tâm thần).

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

IV. Cam kết của người cung cấp thông tin:

Tôi cam đoan những lời cung cấp trên đây là đúng sự thật. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những thông tin tôi đã cung cấp.

Biên bản đã đươc thông qua, mọi người đều nhất trí với những nội dung nêu trên và cùng ký tên dưới đây:

Biên bản lập xong hồi …… giờ …… ngày ……. tháng …… năm ……

Đại diện **Cơ quan pháp luật** *(Ký, ghi rõ họ và tên)*	**Đại diện** **nơi đến xác minh đối tượng** *(Ký, ghi rõ họ và tên)*	**Giám định viên xác minh** *(Ký, ghi rõ họ và tên)*

Người cung cấp thông tin:
(Ký, ghi rõ họ và tên)

Xác nhận chữ ký và đóng dấu