

**BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19
ĐỐI VỚI TRẺ EM TỪ 12-17 TUỔI**

A. THÔNG TIN CÁ NHÂN (Các thông tin (*) là bắt buộc)

Họ và tên trẻ (*): Ngày sinh:...../...../..... Nam Nữ

CCD/CMT/Hộ chiếu (nếu có):..... Số điện thoại:

Địa chỉ liên hệ:

- Số nhà, phố, tổ dân phố/thôn/đội (*):

- Phường/ xã (*):

- Quận/ huyện(*):

- Tỉnh thành(*):

Họ tên bố/mẹ/người giám hộ: Số điện thoại:.....

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng Covid-19:

Chưa tiêm

Đã tiêm, loại vắc xin: Ngày tiêm:

I. Khám sàng lọc

- Thân nhiệt: °C

Mạch: lần/phút

1. Tiền sử rõ ràng phản vệ với vắc xin phòng COVID-19 lần trước hoặc các thành phần của vắc xin phòng COVID-19.	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
2. Đang mắc bệnh cấp tính, mạn tính tiến triển	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
3. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
4. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
5. Mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hoá, tiết niệu, máu...	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
6. Nghe tim, phổi bất thường	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
7. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ghi rõ tác nhân dị ứng:.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
8. Các chống chỉ định/tri hoãn khác (nếu có, ghi rõ):.....	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>

II. Kết luận:

- **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay:** Đủ điều kiện tiêm chủng ngay: Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường và **KHÔNG** có chống chỉ định tiêm vắc xin theo hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất

- Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại: Khi **CÓ** bất thường tại mục 1

- Trì hoãn tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại mục 2

- Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 3,4

- Chuyển khám sàng lọc, tiêm chủng tại bệnh viện: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 5,6,7

- Lý do:

.....

Thời gian: giờ..... phút, ngày tháng năm 2021

Người thực hiện khám sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)

Thời gian tiêm: lúc ... giờ ... phút ngày ... / ... /2021

Hết thời gian theo dõi sau tiêm: lúc ... giờ ... phút ngày ... / ... /2021

B. PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN COVID-19

1. Tiêm chủng vắc xin là biện pháp phòng bệnh hiệu quả, tuy nhiên vắc xin phòng COVID-19 có thể không phòng được bệnh hoàn toàn. Người được tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 dù liều có thể phòng được bệnh hoặc giảm mức độ nặng nếu mắc COVID-19. Sau khi được tiêm vắc xin phòng COVID-19 cần thực hiện đầy đủ Thông điệp 5K phòng, chống dịch COVID-19.

2. Tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 có thể gây ra một số biểu hiện tại chỗ tiêm hoặc toàn thân như sưng, đau chỗ tiêm, nhức đầu, buồn nôn, sốt, đau cơ... hoặc tai biến nặng sau tiêm chủng.

3. Khi có triệu chứng bất thường về sức khỏe, người được tiêm chủng cần liên hệ với cơ sở y tế gần nhất để được tư vấn, khám và điều trị kịp thời. Sau khi đã đọc các thông tin nêu trên, tôi đã hiểu về các nguy cơ và:

Đồng ý cho trẻ tiêm chủng

Không đồng ý cho trẻ tiêm chủng

Họ tên cha/mẹ hoặc người giám hộ:

Số điện thoại:

Họ tên trẻ được tiêm chủng:

Lý do **không** tiêm chủng (bắt buộc):

....., ngày.....tháng.....năm 202.....

Cha/mẹ hoặc người giám hộ

(Ký, ghi rõ họ tên)