

**PHIẾU SÀNG LỌC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19
DÀNH CHO TRẺ EM**

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

- Họ tên (ghi chữ IN HOA)(*):..... Ngày sinh(*):...../...../..... Nam Nữ

- Mã định danh (nếu có): Người con thứ:.....

- Số thẻ bảo hiểm y tế (*):

- Địa chỉ liên hệ: Số nhà:....., Tổ:....., Khu phố:....., Phường:.....

Quận/huyện:....., Tỉnh/Thành phố:.....

- Cha/mẹ/người giám hộ: Điện thoại:

*** Thông tin về tiêm vắc xin phòng COVID-19:**

Chưa tiêm

Đã tiêm mũi 1, loại vắc xin:..... Ngày tiêm:

B. KHAI BÁO Y TẾ (nếu đã khai báo online thì bỏ qua mục B)

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào (Có thể đi qua nhiều quốc gia):

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có thấy xuất hiện ít nhất 1 trong các dấu hiệu: **sốt, ho, khó thở, viêm phổi, đau họng, mệt mỏi không ?** Có Không

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có tiếp xúc với (*)

	Có	Không
Người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh COVID-19 (*)		
Người từ nước có bệnh COVID-19 (*)		
Người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở, Viêm phổi) (*)		

C. PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG 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 đủ liều có thể phòng được bệnh hoặc giảm mức độ nặng nếu mắc COVID-19. Sau khi được tiêm vắc xin phòng COVID-19 vẫn 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 các phản ứng sau tiêm chủng:

Đồng ý cho trẻ tiêm chủng

Không đồng ý cho trẻ tiêm chủng

Họ tên cha/mẹ/người giám hộ:.....

Số điện thoại:.....

Họ tên trẻ được tiêm chủng:.....

..... ngày tháng năm 202...

Cha/mẹ hoặc người giám hộ

(Ký, ghi rõ họ tên)

D. BẢNG KIỂM KHÁM SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19 ĐỐI VỚI TRẺ EM

(Đã cập nhật theo Quyết định 5002/QĐ-BYT ngày 29/10/2021 của Bộ Y tế)

D1- Khám sàng lọc

* Thông tin về tiêm vắc xin phòng COVID-19:

Chưa tiêm

Đã tiêm mũi 1, loại vắc xin: Ngày tiêm:

* 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 hóa, 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"/>

D2-Kết luận:

- **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 các mục 2.
- Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi **CÓ** bất thường tại 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 chuyển:

Thời gian: giờ phút, ngày tháng năm 202...

Người thực hiện sàng lọc

(Ký, ghi rõ họ và tên)

Thời gian tiêm: lúc ... giờ ... phút ngày ... / ... /202...

Hết thời gian theo dõi sau tiêm: lúc ... giờ ... phút ngày ... / ... /202...

ⁱ Chỉ định tiêm tại bệnh viện nếu đánh giá tình trạng hiện tại không có chỉ định cấp cứu

ⁱⁱ Các trường hợp chống chỉ định/tri hoãn theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với loại vắc xin hoặc phát hiện có các yếu tố bất thường khác.