

BỘ Y TẾ

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

Số: /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày tháng năm 2021

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành Hướng dẫn sửa đổi, bổ sung Hướng dẫn
Khám sàng lọc trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 đối với trẻ em**

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;

Căn cứ Nghị quyết số 86/NQ-CP ngày 06/8/2021 của Chính phủ về các giải pháp cấp bách phòng, chống dịch bệnh COVID-19 để thực hiện Nghị quyết số 30/2021/QH15 ngày 28/7/2021 của Quốc hội khóa XV;

Theo đề nghị của Hội đồng chuyên môn xây dựng Phiếu sàng lọc trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 cho trẻ em được thành lập theo Quyết định số 4971/QĐ-BYT ngày 27/10/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế tại cuộc họp ngày 27/10/2021;

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

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Bổ sung Bảng kiểm trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 đối với trẻ em được ban hành kèm theo Quyết định 2470/QĐ-BYT ngày 14/6/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Cục trưởng và Vụ trưởng các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Thủ trưởng Y tế các Bộ, Ngành và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để b/c);
- Các Thứ trưởng;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Website Cục KCB;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Trường Sơn

PHỤ LỤC

(Ban hành kèm theo Quyết định số/QĐ-BYT ngày ...tháng.... năm 2021)

CƠ SỞ TIÊM CHỦNG

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19 ĐỐI VỚI TRẺ EM

Họ và tên trẻ: Ngày sinh:/...../..... Nam ☐ Nữ ☐

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

Địa chỉ liên hệ:

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. 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 ☐	Có ☐
2. Đang mắc bệnh cấp tính, mạn tính tiến triển	Không ☐	Có ☐
3. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không ☐	Có ☐
4. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	Không ☐	Có ☐
5. Mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu...	Không ☐	Có ☐
6. Nghe tim, phổi bất thường ⁱ	Không ☐	Có ☐
7. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ghi rõ tác nhân dị ứng:.....)	Không ☐	Có ☐
8. Các chống chỉ định/tri hoãn khác ⁱⁱ (nếu có, ghi rõ)	Không ☐	Có ☐

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 ☐

- Tri 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 thường tại mục 5, 6, 7 ☐

Lý do:.....

Thời gian: giờ phút, ngàytháng..... năm

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)

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 COVID-19 sử dụng hoặc phát hiện có các yếu tố bất thường khác.