**PHỤ LỤC 5.1**

**CƠ SỞ TIÊM CHỦNG** ………………………..

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**

Họ và tên trẻ: ………………………………… Ngày sinh trẻ: ……/……/……………. Nam ◻ Nữ ◻.

Số CCCD trẻ: …………………………............Số điện thoại trẻ: ………………Nghề nghiệp :……………………

Đơn vị công tác/nơi học tập: ………………………………..………………………………………………….........

Địa chỉ liên hệ: ………………………………………….…………………………………………….......................

Họ tên người giám hộ:…………………………… Mối quan hệ:…………Số điện thoại người giám hộ:…………..

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19: ◻ Chưa tiêm

◻ Đã tiêm, loại vắc xin: ………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I. Sàng lọc** | | **Không** | **Có** |
| 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 | | ◻ | ◻ |
| 1. Tiền sử rõ ràng bị COVID-19 trong vòng 6 tháng | | ◻ | ◻ |
| 1. Đang mắc bệnh cấp tính | | ◻ | ◻ |
| 1. Phụ nữ mang thai \* | | ◻ | ◻ |
| 4a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần | | ◻ | ◻ |
| 4b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần | | ◻ | ◻ |
| 1. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng: .................................) | | ◻ | ◻ |
| 1. Đang suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị | | ◻ | ◻ |
| 1. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào | | ◻ | ◻ |
| 1. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu | | ◻ | ◻ |
| 1. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi | | ◻ | ◻ |
| 10. Bất thường dấu hiệu sống (Nếu có, ghi rõ:............................................................................)  Nhiệt độ: oC Mạch\*\*\*: lần/phút  Huyết áp\*\*: / mmHg Nhịp thở\*\*\*: lần/phút | | ◻ | ◻ |
| **II. Kết luận**   * **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay** ◻   *(Tất cả đều* ***KHÔNG*** *có điểm bất thường)*   * Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại ◻   *(Khi* ***CÓ*** *điểm bất thường tại mục 1)*   * Trì hoãn tiêm chủng ◻   *(Khi* ***CÓ*** *bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2, 3,4a)*   * Chỉ định tiêm tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu phản vệ ◻   *(Khi* ***CÓ*** *bất thường tại mục 5)*   * Nhóm thận trọng khi tiêm chủng ◻   *(Khi* ***CÓ*** *bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 4b#, 6, 7, 8, 9, 10)*  *\* Phụ nữ đang mang thai và cho con bú: Chống chỉ định với vắc xin Sputnik V.*  *# Với phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần: Giải thích lợi ích/nguy cơ và ký cam kết nếu đồng ý tiêm và chuyển đến cơ sở có cấp cứu sản khoa để tiêm.*  *\*\*Đo huyết áp đối với người có tiền sử tăng huyết áp/huyết áp thấp, người có bệnh nền liên quan đến bệnh lý tiêm mạch, người trên 65 tuổi.*  *\*\*\*Đo mạch, đếm nhịp thở ở người có tiền sử suy tim hoặc phát hiện bất thường như đau ngực, khó thở,…*  Đề nghị chuyển đến……………………………………………………...  Lý do: …………………………………………………………………… | Thời gian...............giờ................phút  Ngày.............tháng…….…..năm 2021  **Người thực hiện sàng lọc**  (ký, ghi rõ họ và tên) | | |
| Thời gian tiêm: …….… giờ………phút ngày………./……...../2021  Tên vắc xin: ………………………………………………  **III. Thăm khám sau tiêm .........phút.**  - Tại vị trí tiêm: …………………………………………….……………..  - Tổng trạng: ……………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………… | Thời gian về: …..…giờ …… phút  Ngày: .……...../……………...../2021  Đã được hướng dẫn theo dõi sau tiêm, Người giám hộ (ký): …………………………… | | |