

CƠ SỞ TIÊM CHỦNG.....

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: Trường THPT Nguyễn Văn Linh

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		☐	☐
2. Tiền sử rõ ràng bị COVID-19 trong vòng 6 tháng		☐	☐
3. Đang mắc bệnh cấp tính		☐	☐
4. Phụ nữ mang thai *		☐	☐
4a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần		☐	☐
4b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần		☐	☐
5. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng:.....)		☐	☐
6. Đang suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị		☐	☐
7. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào		☐	☐
8. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu		☐	☐
9. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi		☐	☐
10. Bất thường dấu hiệu sống (Nếu có, ghi rõ:.....)		☐	☐
Nhiệt độ: °C 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 tim 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 tiêmphút. - Tại vị trí tiêm: - Tổng trạng:		Thời gian về:giờ phút Ngày:/...../2021 Đã được hướng dẫn theo dõi sau tiêm, Người được tiêm (ký):	

Họ tên học sinh :

Ngày tháng năm sinh :

Lớp :

Phụ huynh học sinh (Cha/mẹ hoặc người giám hộ) điền thông tin vào phiếu sau

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 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 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:.....

....., ngày.....tháng.....năm 202...

Cha/mẹ hoặc người giám hộ
(Ký, ghi rõ họ tên)