

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	☐	☐
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 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 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 giám hộ (ký): 		

