**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 PHÒNGCOVID-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 dịứngvớibấtkỳdịnguyênnào
 | ◻ | ◻ |
| 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/phútHuyết 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 chủngvắc 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 mục2, 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 …… phútNgày: .……...../……………...../2021Đã được hướng dẫn theo dõi sau tiêm, Người giám hộ (ký): …………………………… |