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: Ngày sinh: …… / ……../ … Nam □ Nữ □

Số CCCD: Số điện thoại: ……….

Học sinh lớp: ……….

Trường : ……….

Địa chỉ liên hệ: ……….

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. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng: ) | | □ | □ |
| 5. Đang suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị | | □ | □ |
| 6. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào | | □ | □ |
| 7. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu | | □ | □ |
| 8. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi | | □ | □ |
| 9. 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 6, 7, 8, 9)*  *\*\*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 được tiêm ngừa (ký): ……… | | |