*(Ban hành kèm theo Quyết định số 5785/QĐ-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2021*

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

**DÀNH CHO NGƯỜI TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN**

Họ và tên:………………………… Ngày tháng năm sinh……………… Nam □    Nữ □

Số CCCD:............................................................... Số điện thoại: ..............................................

Nghề nghiệp: *………*…………………………………..

Đơn vị công tác: ...............................................................................................................................

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

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19:......................................................................................

□ Chưa tiêm

□ Đã tiêm mũi 1, loại vắc xin:......................................Ngày tiêm:................................................

□ Đã tiêm mũi 2, loại vắc xin:......................................Ngày tiêm:................................................

□ Đã tiêm mũi 3, loại vắc xin:......................................Ngày tiêm:................................................

**I. Sàng lọc**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | Không □ | Có □ |
| 2. Đang mắc bệnh cấp tính | Không □ | Có □ |
| 3. Phụ nữ mang thai\* |  |  |
| 3a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần | Không □ | Có □ |
| 3b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần | Không □ | Có □ |
| 4. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nhân nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng:…….….....) | Không □ | Có □ |
| 5. Đang bị suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị | Không □ | Có □ |
| 6. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào | Không □ | Có □ |
| 7. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu | Không □ | Có □ |
| 8. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi | Không □ | Có □ |
| 9. Bất thường dấu hiệu sống (ghi rõ)   * Nhiệt độ:…………….độ C Mạch:………………..lần/phút * Huyết áp:…………….mmHg Nhịp thở:………….....lần/phút | Không □ | Có □ |
| 10. Các chống chỉ đinh/trì hoãn khác (nếu có, ghi rõ)......................................... | Không □ | Có □ |

**II. Kết luận:**

- **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay**: Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường và KHÔNG có

chống chỉ định tiêm vắc xin theo hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất.

- 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, 3a)

- Chỉ định tiêm tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu phản vệ (Khi **CÓ** bất thường tại mục 4)

- Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 3b#, 5, 6,7, 8, 9

*Lý do:........................................................................................................................................*

*Thời gian………..giờ ..…..phút, ngày ……tháng …….năm 2022*

**Bác sĩ thực hiện sàng lọc**

*(ký, ghi rõ họ và tên*

**Chỉ định tiêm chủng**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên vắc xin**  ....................................  Ngày tiêm: ………………. | **Liều lượng**: ml | **Đường dùng**: Tiêm bắp | **BS chỉ định** ………………… |
| **Số lô**: ..................... | **Hạn dùng**: ....................... | **Điều dưỡng tiêm**  ………………. |

**Theo dõi 30 phút tại điểm tiêm chủng:**

Thời gian tiêm………………. Thời gian kết thúc theo dõi tại điểm tiêm:………………

Tình trạng sức khỏe khi kết thúc thời gian theo dõi:……………………………………..

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 v.ề 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 tiêm chủng ☐ Không đồng ý tiêm chủng ☐

Họ tên người được tiêm chủng:.....................................................................................

Ngày, tháng, năm sinh:............................. Số điện thoại: .............................................

........, ngày..........tháng.........năm 2022

*(Ký, ghi rõ họ tên)*