

PHỤ LỤC

(Ban hành kèm theo Quyết định số 5002/QĐ-BYT ngày 29 tháng 10 năm 2021)

**CƠ SỞ TIÊM CHỦNG
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN PHÙ MỸ**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19
ĐỐI VỚI TRẺ EM**

Họ và tên trẻ:Ngày sinh:/...../.....Nam Nữ

CCCD/CMT/Hộ chiếu (nếu có).....Số điện thoại :.....

Địa chỉ liên hệ:

Họ tên bố/mẹ/người giám hộ:.....Số điện thoại:

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19.

Chưa tiêm

Đã tiêm, loại vắc xin: Ngày tiêm:

I. Sàng lọc

Thân nhiệt: °C

Mạch lần phút

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 <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
2. Đang mắc bệnh cấp tính, mạn tính tiến triển	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
3. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
4. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
5. Mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu.....	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
6. Nghe tim, phổi bất thường ⁱ	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
7. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ghi rõ tác nhân dị ứng:)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
8. Các chống chỉ định/trì hoãn khác ⁱⁱ (nếu có, ghi rõ)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>

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 bất thường tại mục 1

- Trì hoãn tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại mục 2

- Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi có bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 3, 4

- Chuyển khám sàng lọc, tiêm chủng tại bệnh viện: Khi **CÓ** bất thường tại mục 5, 6, 7

Lý do:

Thời gian giờ phút, ngày tháng năm

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)

ⁱ Chỉ định tiêm tại bệnh viện nếu đánh giá tình trạng hiện tại không có chỉ định cấp cứu

ⁱⁱ Các trường hợp chống chỉ định/trì hoãn theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với loại vắc xin hoặc phát hiện có các yếu tố bất thường khác.