

SỞ Y TẾ ĐỒNG NAI
TRUNG TÂM Y TẾ TP. BIÊN HÒA

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 em:.....Ngày sinh:...../...../..... Nam ☐ Nữ ☐
Số 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:.....^oC Mạch:.....lần / phút

1- Tiền sử 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, mạn tính tiến triển	Không ☐	Có ☐
3- Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không ☐	Có ☐
4- Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	Không ☐	Có ☐
5- Mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu...	Không ☐	Có ☐
6- Nghe tim, phổi bất thường ⁱ	Không ☐	Có ☐
7- Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ghi rõ tác nhân dị ứng:.....)	Không ☐	Có ☐
8- Các chống chỉ định/ trì hoãn khác ⁱⁱ (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 ☐
- 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 kỳ tại mục 5,6,7 ☐
- Lý do:.....

Thời gian:.....giờ.....phút, ngày.....tháng.....năm 20.....

Người thực hiện sàng lọc
(Ký, ghi rõ họ 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 COVID-19 sử dụng hoặc phát hiện có các yếu tố bất thường khác.

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 về 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 cho trẻ tiêm chủng ☐

Không đồng ý cho trẻ tiêm chủng ☐

Họ và tên cha/mẹ/ hoặc người giám hộ:.....

Số điện thoại:.....

Họ tên trẻ được tiêm chủng:.....

....., ngày..... tháng.....năm 202.....

Cha/mẹ hoặc người giám hộ

(Ký, ghi rõ họ tên)