



SỞ Y TẾ ĐỒNG NAI
TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ BIÊN HÒA

**PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG
VẮC XIN PHÒNG COVID-19**

(Ban hành theo QĐ số 5875/QĐ-BYT ngày 21/12/2021 của Bộ Y tế)

Họ và tên:..... Nam ☐ Nữ ☐
Ngày tháng năm sinh: Nghề nghiệp:
Đơn vị công tác:.....Phường xã:.....
Nơi ở hiện tại:
Số điện thoại:CMND/CCCD:.....

Tiền sử tiêm vắc xin phòng COVID-19:

☐ Chưa tiêm

- Đã tiêm mũi 1 VX: **Astra Zeneca (AZ)**☐ **Pfizer**☐ **Moderna**☐ **Verocell**☐

- Đã tiêm mũi 2 VX: **Astra Zeneca (AZ)**☐ **Pfizer**☐ **Moderna**☐ **Verocell**☐

- Đã tiêm mũi 3 VX: **Astra Zeneca (AZ)**☐ **Pfizer**☐ **Moderna**☐ **Verocell**☐

Cán bộ đầu mối: cơ quan/đơn vị/công ty/phường xã ký tên:	Người xác minh đối tượng tiêm ký tên:
---	--

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 ^a		
3a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần	Không ☐	Có ☐
3b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần ^b	Không ☐	Có ☐
4. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên 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 (Nếu có, ghi rõ.....) • Nhiệt độ: độ C • Mạch ^c : lần/phút • Huyết áp ^d : mmHg • Nhịp thở ^e : lần/phút	Không ☐	Có ☐
10. Các chống chỉ định/tri hoãn khác ^e (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, 6, 7, 8, 9) ☐

Lý do:.....

^a Phụ nữ mang thai hoặc đang cho con bú: cần đối chiếu với hướng dẫn sử dụng vắc xin để chỉ định loại vắc xin được phép sử dụng

^b 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

^c Đo mạch, đếm nhịp thở ở người có tiền sử suy tim hoặc phát hiện bất thường như đau ngực, khó thở....

^d Đo huyết áp đối với người có tiền sử tăng huyết áp/ huyết áp thấp, người có bệnh nền liên quan đến bệnh lý tim mạch, người trên 65 tuổi

^e 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.

..... giờ ... phút, ngàytháng năm 202...

4. Bác sĩ theo dõi sau tiêm:	Loại vắc xin hôm nay tiêm: AZ ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ số Lot:.....Bàn tiêm số:..... 3. Người thực hiện tiêm:	2. Bác sĩ khám sàng lọc:
5. Người cập nhật web:		

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19 CỦA ĐỐI TƯỢNG TIÊM

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 vẫn 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. Tiêm vắc xin mũi 2 do Pfizer sản xuất ở người đã tiêm mũi 1 bằng vắc xin AstraZeneca có thể tăng khả năng xảy ra phản ứng thông thường 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 tiêm chủng ☐

Không đồng ý tiêm chủng ☐

Biên Hòa, ngày.....tháng.....năm 2022

Người được tiêm (Đối tượng tiêm)

Ký tên, ghi rõ họ tên