

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

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

Số CCCD trẻ:Số điện thoại trẻ:Nghề nghiệp:

Đơn vị công tác/nơi học tập:

Địa chỉ liên hệ:

Họ tên người giám hộ:..... Môi quan hệ:.....Số điện thoại người giám hộ:.....

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tiền sử rõ ràng bị COVID-19 trong vòng 6 tháng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Đang mắc bệnh cấp tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Phụ nữ mang thai *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Đang suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tiền sử rối loạn đông máu/câm máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bất thường dấu hiệu sống (Nếu có, ghi rõ:.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nhiệt độ: °C	Mạch***: lần/phút	
Huyết áp**:/ mmHg	Nhịp thở***: lần/phút	
II. Kết luận	Thời gian.....giờ.....phút Ngày.....tháng.....năm 2021	
• Đủ điều kiện tiêm chủng ngay <input type="checkbox"/> (Tất cả đều KHÔNG có điểm bất thường)	Người thực hiện sàng lọc (ký, ghi rõ họ và tên)	
• Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại <input type="checkbox"/> (Khi CÓ điểm bất thường tại mục 1)		
• Trì hoãn tiêm chủng <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> (Khi CÓ bất thường tại mục 5)		
• Nhóm thận trọng khi tiêm chủng <input type="checkbox"/> (Khi CÓ bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 4b [#] , 6, 7, 8, 9, 10)		
* Phụ nữ đang mang thai và cho con bú: Chống chỉ định với vắc xin Sputnik V.		
[#] 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.		
**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.		
***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 tiêm: giờ.....phút ngày...../...../2021	Thời gian về:giờ phút	
Tên vắc xin:	Ngày:/...../2021	
III. Thăm khám sau tiêmphút.	Đã được hướng dẫn theo dõi sau tiêm, Người giám hộ (ký):	
- Tại vị trí tiêm:		
- Tổng trạng:		
.....		