

**KHOA NỘI NHI TỔNG HỢP**

**PHIẾU ĐỒNG Ý TIÊM VÀ KHÁM SÀNG LỌC**  
**TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3445/QĐ-BYT ngày 15 tháng 7 năm 2021)

Họ và tên: .....Nam/Nữ

Ngày tháng năm sinh:.....

Nghề nghiệp: .....Đơn vị công tác:.....

Địa chỉ thường trú (Xã, Huyện, Tỉnh):.....

Số điện thoại: ..... Số CMT/CCCD: .....

**I. Đồng ý tiêm phòng Vaccine Covid 19**

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><b>Sau khi đã đọc các thông tin, tôi đã hiểu về các nguy cơ và:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Không đồng ý tiêm chủng</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Đồng ý tiêm chủng</b></p> <p>Ngày tháng năm 2021 (Kí, ghi rõ họ tên)</p>
---	--

**II. KHÁM SÀNG LỌC**

<b>DÀNH CHO NGƯỜI TIÊM TỰ KHAI</b>		
1. Tiền sử phản vệ từ độ 2 trở lên (Nếu có, loại tác nhân dị ứng.....)	Không	Có
2. Tiền sử bị COVID-19 trong vòng 6 tháng	Không	Có
3. Tiền sử tiêm vắc xin khác trong 14 ngày qua (Nếu có, loại vắc xin ..... )	Không	Có
4. Tiền sử bệnh mạn tính, đang tiến triển (Nếu có, loại bệnh..... )	Không	Có
5. Tiền sử suy giảm miễn dịch, ung thư giai đoạn cuối, cắt lách, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch, corticoid liều cao (tương đương hoặc hơn 2mg prednisolon/kg/ ngày trong ít nhất 7 ngày)	Không	Có
6. Bệnh cấp tính (Nếu có, loại bệnh mắc .....)	Không	Có
7. Đang mang thai, phụ nữ đang nuôi con bằng sữa mẹ	Không	Có
8. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không	Có
9. Tiền sử bệnh nền, bệnh mạn tính được điều trị ổn định (Nếu có, loại bệnh: .....)	Không	Có
10. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu hoặc đang dùng thuốc chống đông	Không	Có
11. Độ tuổi: $\geq 65$ tuổi	Không	Có

**DÀNH CHO NHÂN VIÊN Y TẾ**

12. Bất thường dấu hiệu sống (ghi rõ) • Nhiệt độ:                      độ • Nhịp thở:                      lần/phút	• Mạch:                      lần/phút/ • Huyết áp:                      mmHg	Không	Có
13. Dấu hiệu bất thường khi nghe tim phổi		Không	Có
14. Rối loạn tri giác		Không	Có
15. Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19? <input type="checkbox"/> Chưa tiêm <input type="checkbox"/> Đã tiêm, loại vắc xin:..... Ngày tiêm.....		Không	Có

**III. KẾT LUẬN**

- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay (Tất cả đều <b>KHÔNG</b> có điểm bất thường) <b>Chỉ định tiêm chủng (<u>Bác sĩ chỉ định một trong ba loại vaccine dưới đây</u>)</b> <input type="checkbox"/> <b>COVID-19 vaccine AstraZeneca</b> - Liều lượng: 0.5ml - Tiêm bắp <input type="checkbox"/> <b>Moderna COVID-19 vaccine</b> - Liều lượng: 0.5ml - Tiêm bắp <input type="checkbox"/> <b>Pfizer/BioNTech COVID-19 vaccine</b> - Liều lượng: 0.3ml - Tiêm bắp	
- Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại (Khi <b>CÓ</b> điểm bất thường tại mục 1)	
- Trì hoãn tiêm chủng (Khi <b>CÓ</b> bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2, 3, 4, 5, 6, 7)	
- Thận trọng, chuyển tiêm chủng và theo dõi tại bệnh viện (Khi <b>CÓ</b> tại các mục 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) - Đề nghị chuyển đến:..... - Lý do:.....	

*Hỏi.....giờ .....phút, ngày.....tháng .... năm 2021*

**Người thực hiện sàng lọc**

*(Ký, ghi rõ họ và tên)*

1967

**Thông tin cụ thể về mũi tiêm phòng bệnh COVID-19:**

<b>Ngày, giờ tiêm</b> .....giờ.....phút...../...../2021	<b>Số lô/</b> ..... <b>Hạn sử dụng</b> ...../...../20.....	<b>Điều dưỡng tiêm</b> <i>(Ký, ghi rõ họ tên)</i>
--	---	--