PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG 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 tên cha/mẹ hoặc người giám hộ:……

Số điện thoại:……...

Họ tên trẻ được tiêm chủng:……

……., ngày…….tháng…….năm 2021

Cha/mẹ hoặc người giám hộ

(Ký, ghi rõ họ tên)

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: …….. Ngày sinh: ……/……/……..….. Nam ☐ Nữ ☐.
Số CCCD: …… Số điện thoại: …….....
Nghề nghiệp:……..... Mã tiêm chủng …….…..….....
Đơn vị công tác: ……..…….....
Địa chỉ liên hệ: …….…….....
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	☐	☐
2. Tiền sử rõ ràng bị COVID-19 trong vòng 6 tháng	☐	☐
3. Đang mắc bệnh cấp tính	☐	☐
4. Phụ nữ mang thai *		
4a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần	☐	☐
4b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần	☐	☐
5.Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng.....)	☐	☐
6. Đang suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị	☐	☐
7. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	☐	☐
8. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu	☐	☐
9. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	☐	☐
10. Bất thường dấu hiệu sống (Nếu có, ghi rõ.....) Nhiệt độ: ^{o}C Mạch: lần/phút Huyết áp: / mmHg Nhịp thở: lần/phút	☐	☐

II. Kết luận

- **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay** ☐
  *(Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường)*
- 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, 3,4a)*
- Chỉ định tiêm tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu phản vệ ☐
  *(Khi **CÓ** bất thường tại mục 5)*
- Nhóm thận trọng khi tiêm chủng ☐
  *(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.*

Đề nghị chuyển đến……...
Lý do: ……

Thời gian.....giờ..... phút,
Ngày.....tháng .....năm 2021
Người thực hiện sàng lọc
(ký, ghi rõ họ và tên)

❖ Thời gian tiêm: ……. giờ……phút ngày……../… ...../2021
Tên vắc xin: ……

III. Thăm khám sau tiêm ≥..... phút.

- Tại vị trí tiêm: ……..……..….
- Tổng trạng: …….

Thời gian về .....giờ …… phút
Ngày: ……../… ...../2021
Đã được hướng dẫn theo dõi sau tiêm, Người được tiêm ngừa (ký): ……