

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. 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 ☐

Họ tên người được tiêm chủng:.....

Số điện thoại:

TPHCM, ngày.....tháng.....năm 2021

(Ký, ghi rõ họ tên)

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

Họ và tên: Ngày sinh: / / Nam ☐ Nữ ☐

Số CCCD: Số điện thoại:

Địa chỉ liên hệ:

Đã tiêm vắc xin phòng COVID-19:

☐ Chưa tiêm☐ Đã tiêm mũi 1, loại vắc xin:, Ngày tiêm:☐ Đã tiêm mũi 2, loại vắc xin:, Ngày tiêm:☐ Đã tiêm mũi 3, loại vắc xin:, Ngày tiêm:

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. Đang mắc bệnh cấp tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Phụ nữ mang thai ^a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần ^b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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"/>
5. Đang suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 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 ^c : lần/phút	
Huyết áp ^d : / mmHg	Nhịp thở ^e : lần/phút	
II. Kết luận <input type="checkbox"/> Đủ điều kiện tiêm chủng ngay <i>(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)</i> <input type="checkbox"/> Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại <i>(Khi CÓ điểm bất thường tại mục 1)</i> <input type="checkbox"/> Trì hoãn tiêm chủng <i>(Khi CÓ bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2, 3a)</i> <input type="checkbox"/> Chỉ định tiêm tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu phản vệ <i>(Khi CÓ bất thường tại mục 4)</i> <input type="checkbox"/> Nhóm thận trọng khi tiêm chủng <i>(Khi CÓ bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 3b, 5, 6, 7, 8, 9)</i> ^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 yếu tố bất thường khác 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) Loại vắc xin chỉ định tiêm lần này: Mũi tiêm: <input type="checkbox"/> Mũi 1 cơ bản <input type="checkbox"/> Mũi 2 cơ bản <input type="checkbox"/> Mũi 3 cơ bản <input type="checkbox"/> Mũi Bổ sung <input type="checkbox"/> Mũi Nhắc lại Tên vắc xin:.....	
❖ Thời gian tiêm: giờ.....phút ngày...../...../2021 - 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):	

