PHỤ LỤC 3

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |   **GIẤY XÁC NHẬN ĐÃ TIÊM VẮC XIN COVID-19**  Họ và tên: ………………………………………………..…Mã tiêm chủng:………………………………....  Sinh ngày: ....................tháng ....................năm ..................Giới tính................................................................  Đơn vị công tác: ………………………………....... Khoa/Phòng: ………………………………...................  Số điện thoại: ......................................................................................................................................................  Địa chỉ: ................................................................................................................................................................  Đã được tiêm vắc xin phòng bệnh COVID-19:   |  |  | | --- | --- | | Mũi 1: ….giờ…..ngày .......tháng ......năm 202.........  Hãng/nhà sản xuất:.................................................... | Mũi 2:…..giờ….. ngày .......tháng ......năm 202........  Hãng/nhà sản xuất:.................................................... | | Đơn vị tiêm chủng  *(Ký, đóng dấu)* | Đơn vị tiêm chủng  *(Ký, đóng dấu)* |   **PHIẾU HƯỚNG DẪN NGƯỜI ĐƯỢC TIÊM CHỦNG TỰ THEO DÕI**  **SAU TIÊM CHỦNG VẮC-XIN COVID-19**  ***(Thời gian tự theo dõi 28 ngày sau tiêm chủng, đặc biệt trong vòng 7 ngày đầu)***  **I. KHI THẤY MỘT TRONG CÁC DẤU HIỆU SAU:**  1) Ở miệng thấy có cảm giác tê quanh môi hoặc lưỡi;  2) Ở da thấy có phát ban hoặc nổi mẩn đỏ hoặc tím tái hoặc đỏ da hoặc chảy máu,  xuất huyết dưới da;  3) Ở họng có cảm giác ngứa, căng cứng, nghẹn họng, nói khó;  4) Về thần kinh có triệu chứng đau đầu kéo dài hoặc dữ dội, li bì; ngủ gà, lú lẫn, hôn mê, co giật;  5) Về tim mạch có dấu hiệu đau tức ngực, hồi hộp đánh trống ngực kéo dài, ngất;  6) Đường tiêu hóa dấu hiệu nôn, đau quặn bụng hoặc tiêu chảy;  7) Đường hô hấp có dấu hiệu khó thở, thở rít, khò khè, tím tái;  8) Toàn thân:  a. Chóng mặt, choáng, xây xẩm, cảm giác muốn ngã, mệt bất thường.  b. Đau dữ dội bất thường tại một hay nhiều nơi không do va chạm, sang chấn.  c. Sốt cao liên tục trên 39 độ C mà không đáp ứng thuốc hạ sốt.  *HÃY LIÊN HỆ VỚI:*  *- ĐỘI CẤP CỨU LƯU ĐỘNG………………………………………………………………………………….…..*  *- HOẶC ĐẾN THẲNG BỆNH VIỆN…………………………………………………………………….………….*  **II. NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý**  1) Luôn có người hỗ trợ bên cạnh 24/24 giờ, ít nhất là trong 3 ngày đầu sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19.  2) Không nên uống rượu bia và các chất kích thích ít nhất là trong 03 ngày đầu sau tiêm chủng.  3) Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ.  4) Nếu thấy sưng, đỏ, đau, nổi cục nhỏ tại vị trí tiêm: Tiếp tục theo dõi, nếu sưng to nhanh thì đi khám ngay, không bôi, chườm, đắp bất cứ thứ gì vào chỗ sưng đau.  5) Thường xuyên đo thân nhiệt, nếu có:  a. Sốt dưới 38,5 độ C: Cởi bớt, nới lỏng quần áo, chườm/lau bằng khăn ấm tại trán, hố nách, bẹn, uống đủ nước. Không để nhiễm lạnh. Đo lại nhiệt độ sau 30 phút.  b. Sốt từ 38,5 độ C trở lên: Sử dụng thuốc hạ sốt theo chỉ dẫn của nhân viên y tế. Nếu không cắt được sốt hoặc sốt lại trong vòng 2 tiếng cần thông báo ngay cho nhân viên y tế và đến cơ sở y tế gần nhất.  C:\Users\MayTinhDucDung\Downloads\QUẬN 7.png |