

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: 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:

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.	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
2. Tiền sử rõ ràng bị COVID-19 trong vòng 6 tháng	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
3. Đang mắc bệnh cấp tính	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
4 Phụ nữ mang thai *		
4a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
4b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
5. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào(Nếu có, loại tác nhân dị ứng:... ..)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
6. Đang bị suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
7. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
8. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
9. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
10. Bất thường dấu hiệu sống (Nếu có, ghi rõ) • Nhiệt độ: độ C ***Mạch: lần/phút **Huyết áp: mmHg • Nhịp thở: /phút	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>

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 các 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.
- **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...

Thời gian,giờ.....phút,
Ngàytháng..... năm 2021
Người thực hiện sàng lọc
(Ký, ghi rõ họ tên)

Comirnaty-Pfizer BioNTech
Covid-19 vaccine
Liều lượng: 0,3 ml
Số lô:
Đường dùng:
Tiêm bắp
Hạn dùng
...../...../2021
Điều dưỡng tiêm:
.....

Theo dõi 30 phút tại điểm tiêm chủng:
Thời gian tiêm:.....Thời gian kết thúc theo dõi tại điểm tiêm:.....
Tình trạng sức khỏe khi kết thúc thời gian theo dõi:.....

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN 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 tiêm chủng ☐

Không đồng ý tiêm chủng ☐

Họ tên người được tiêm chủng:

Số điện thoại: Số CMT/CCCD:

Hà Nội, ngày.....tháng.....năm 2021

(Ký, ghi rõ họ tên)