



BỆNH ÁN TIÊM CHỦNG MEDICAL RECORD FOR VACCINATION

(Áp dụng cho các đối tượng ≥ 1 tháng tuổi/ For person ≥ 1 month old)

Họ tên:.....

Ngày sinh:...../...../.....

Giới tính:.....

PID:.....

I. Lý do đến khám/ Chief complaint:

.....
.....
.....

II. Bệnh sử/ Medical History:

1. Bệnh sử hiện tại/ Current Medical History:

❖ Thuốc đang sử dụng/ Current medications:

2. Tiền sử bệnh/ Antecedent Medical History:

• Bản thân/ Personal:

• Đã từng nhiễm COVID-19 trong vòng 6 tháng qua/ Have been infected with COVID-19 within the last 6 months: ☐ Có/ Yes ☐ Không/ No

• Tiền sử tiêm chủng/ Immunization history:

- Tiêm vắc xin phòng COVID-19/ COVID-19 vaccination:

☐ Đã tiêm mũi 1/ Received 1st dose ☐ Đã tiêm mũi 2/ Received 2nd dose

☐ Đã tiêm mũi bổ sung, nhắc lại/ Received additional, booster dose ☐ Chưa tiêm/ Not yet

- Tiêm vắc xin khác (ghi rõ)/ Other vaccinations (specify):

• Gia đình/ Family:

• Dị ứng/ Allergy: ☐ Không/ No ☐ Có, ghi rõ/ Yes, specify:

III. Khám bệnh/ Physical Examination:

DẤU HIỆU SINH TỒN/ VITAL SIGNS

Nhiệt độ/ Temperature: ⁰ C	Mạch/ Pulse /phút (m)
Cân nặng/ Weight:Kg	Nhịp thở/ Respiratory rate.....
Chiều cao/ Height.....cm	Huyết áp/ Blood Pressure:mmHg
Chỉ số khối cơ thể/ BMI (Kg/m ²)	Độ bão hòa Oxy/ SpO2:%

KHÁM SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG/ SCREENING BEFORE VACCINATION

1. Sốc, phản ứng nặng sau lần tiêm chủng trước/ Shock, severe reaction after previous vaccination:

2. Đang mắc bệnh cấp tính hoặc bệnh mạn tính tiến triển/ Are suffering from an acute or progressive chronic disease:

3. Đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid liều cao (prednison >2mg/kg/ngày), hóa trị, xạ trị, dùng gammaglobulin/ At or just after a high-dose corticosteroid treatment (prednison > 2mg / kg / day), chemotherapy, radiation and gammaglobulin:

4. Sốt/Hạ thân nhiệt (Sốt: nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$)/ Fever / Hypothermia (Fever: temperature $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$; Hypothermia: temperature $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$):

5. Nghe tim bất thường/ Hearing abnormalities:

6. Nhịp thở, nghe phổi bất thường/ Abnormal breathing, pulmonary listening:

Excellent Care





BỆNH ÁN TIÊM CHỦNG
MEDICAL RECORD FOR VACCINATION
(Áp dụng cho các đối tượng ≥1 tháng tuổi/ For person ≥ 1 month old)

7. Tri giác bất thường (li bì hoặc kích thích)/ *Abnormal perception (li or stimulation)*:
8. Các chống chỉ định khác, nếu có ghi rõ/ *Other contraindications, if yes specified*:

IV. Chỉ định và kết quả xét nghiệm/ *Laboratory indications and results*:

- Loại vắc xin tiêm chủng lần này / *Appointed Vaccine*:

Tên vaccin <i>Drug names</i>	Hàm lượng <i>Strength</i>	Đường dùng <i>Route</i>	Hướng dẫn bổ sung/ Chỉ định sử dụng khi cần thiết kèm theo lý do <i>Additional instruction/ PRN order with reason</i>

- Khảo sát bổ sung khác/ *Additional investigations*:

V. Kết luận/ *Conclusion*:

- Chẩn đoán ban đầu/ *Initial diagnosis*:
- Chẩn đoán xác định/ *Diagnosis*:
- Chẩn đoán phân biệt/ *Differential diagnosis*:
- Bệnh kèm theo/ *Associated conditions*:
- Kế hoạch điều trị/ *Treatment*:

☐ Ngoại trú/ *Ambulatory care*

☐ Nhập viện/ *Admission*

☐ Chuyển viện/ *Transfer*

- Yêu cầu ý kiến chuyên khoa/ *Specialized opinion requested*:

☐ Có, ghi rõ/ *Yes, specify*: ☐ Không/ *No*

- Hướng dẫn cụ thể dành cho bệnh nhân/ *Specific education required*:

Cần đưa ngay trẻ đến bệnh viện hoặc cơ sở y tế gần nhất, nếu nhận thấy có một trong các dấu hiệu sau:

- Sốt cao trên 39 độ, co giật, hoặc mệt lả, nằm li bì
- Trẻ quấy khóc hoặc khóc thét trên 3 giờ không nín.
- Trẻ bú kém, phát ban... (có các phản ứng sau tiêm thông thường): nhưng kéo dài trên 1 ngày không thuyên giảm.

Đã hướng dẫn người được tiêm chủng và/hoặc thân nhân cách theo dõi tại nhà và các dấu hiệu cần tái khám ngay.

Hẹn lần khám tới/ *Next Appointment*:

VI. Xác nhận của cha/ mẹ / người giám hộ hợp pháp/ *Confirmation of parent / legal guardian*

- Tôi đã được nghe bác sĩ tư vấn và đồng ý tiêm chủng cho con tôi/ người mà tôi làm giám hộ hợp pháp. Tôi đã kiểm tra đúng thuốc tiêm và thuốc còn thời hạn dùng.
I have been consulted and agree on ivaccination. I checked right medication and medication has still not expired.

Họ tên cha/mẹ/người giám hộ / *Full name of parent / guardian*:

Chữ ký cha/mẹ/người giám hộ / *Signature of parent / guardian*:

Ngày/ *Date* __ / __ / 20__ Giờ/ *Time* __ : __

Bác sĩ điều trị/ *Attending doctor*

(*Họ tên, chữ ký & MSNV*)

(*Full name, Signature & ID*)

Excellent Care

