

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

**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:* .....



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

