PHỤ LỤC

*(Ban hành kèm theo Quyết định số ……./QĐ-BYT ngày ...tháng năm 2021)*



CƠ SỞ TIÊM CHỦNG

……………………..

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập **-** Tự do **-** Hạnh phúc

BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID**-**19 ĐỐI VỚI TRẺ EM

Họ và tên trẻ: ……………………………………..…… Ngày sinh: ........../........../.......... Nam  Nữ 

CCCD/CMT/Hộ chiếu (nếu có):...………………………………Số điện thoại:……………………………..

Địa chỉ liên hệ: ……………………………………………………………..…………………………………

Họ tên bố/mẹ/người giám hộ: ...…………………………………Số điện thoại:……………………………..

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19:

 Chưa tiêm

 Đã tiêm, loại vắc xin:………………..……………Ngày tiêm:……………………………………………

1. Sàng lọc

Thân nhiệt: ……..…… o C Mạch lần/phút

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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  | Có  |
| 2. Đang mắc bệnh cấp tính, mạn tính tiến triển | Không  | Có  |
| 3. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào | Không  | Có  |
| 4. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi | Không  | Có  |
| 5. Mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu… | Không  | Có  |
| 6. Nghe tim, phổi bất thườngi | Không  | Có  |
| 7. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ghi rõ tác nhân dị ứng ) | Không  | Có  |
| 8. Các chống chỉ định/trì hoãn khácii (nếu có, ghi rõ)  ...................................................................................................................................................... | Không  | Có  |

1. Kết luận

**-** Đủ điều kiện tiêm chủng ngay: Đủ điều kiện tiêm chủng ngay: 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

* Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại: Khi **CÓ** bất thường tại mục 1 
* Trì hoãn tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại mục 2 
* Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 3, 4 
* Chuyển khám sàng lọc, tiêm chủng tại bệnh viện: Khi **CÓ** bất thường tại mục 5, 6, 7 

Lý do:……………………………………………………………………………………………………......

*Thời gian:* ….. *giờ* ….. *phút, ngày* …..*tháng*….. *năm* …..

Người thực hiện sàng lọc

*(ký, ghi rõ họ và tên)*

i Chỉ định tiêm tại bệnh viện nếu đánh giá tình trạng hiện tại không có chỉ định cấp cứu.

ii 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 các yếu tố bất thường khác.