|  |  |
| --- | --- |
| **TRUNG TÂM Y TẾ HÀ ĐÔNG**  **TRẠM Y TẾ PHƯỜNG KIẾN HƯNG** | **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 □

Trường: **THCS KIẾN HƯNG – HÀ ĐÔNG** Lớp:….….…..Khối ...........................

CCCD/CMT/Mã định danh/Hộ chiếu: ............................................... Số điện thoại: ....................................

Nơi ở hiện tại: ..................................................................Phường...............................Quận...........................

□ Chưa tiêm □ Đã tiêm, loại vắc xin: ...........................................Ngày tiêm: ................................

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

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

**I. Sàng lọc:** Thân nhiệt:.................... 0C 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 mãn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu… | Không □ | Có □ |
| 6. Nghe tim phổi bất thường (i) | 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 khác (ii) (nếu có, ghi rõ) ................................................................................................................................ | Không □ | Có □ |

**II. Kết luận:**

**- 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** điểm bất thường tại mục 1 ⬜

- Trì hoãn tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các 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: ................................................................................................................................................

**Chỉ định tiêm chủng cho đợt tiêm này:** + Tên vắc xin: **Pfizer**

+ Liều lượng: 0.3ml Đường tiêm: Tiêm bắp

*Thời gian:…… giờ …… phút, ngày ........tháng 11 năm 2021*

**Người thực hiện sàng lọc**

*(ký, ghi rõ họ và tên)*

**Thông tin cụ thể về mũi tiêm phòng bệnh COVID-19**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ngày, giờ tiêm**  ………giờ…… phút  ………/ 11 /2021  Giờ về: …….. giờ ….. phút | **Số lô:** FL5333  **HSD:** 28/02/2022 | **Điều dưỡng tiêm**  *(ký, ghi rõ họ 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 hoặc phát hiện có các yếu tố bất thường khác.*

**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 cho trẻ tiêm chủng ☐ Không đồng ý cho trẻ tiêm chủng ☐***

***Họ tên cha/mẹ hoặc người giám hộ:*** *.........................................................*

***Số điện thoại:*** *.............................................................................................*

***Họ tên trẻ được tiêm chủng:*** *.....................................................................*

*................, ngày ....... tháng ....... năm 2021*

**Cha/mẹ hoặc người giám hộ**

*(Ký, ghi rõ họ tên)*