**BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**

**ĐỐI VỚI TRẺ EM**

**A. THÔNG TIN CÁ NHÂN**

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:………………………………

**B. KHAI BÁO Y TẾ (nếu đã khai báo online thì bỏ qua mục B)**

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào?

Đã từng mắc Covid-19 trong vòng 6 tháng qua? Có **□** Không **□**

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có thấy xuất hiện ít nhất 1 trong các dấu hiệu: **sốt, ho, khó thở, viêm phổi, đau họng, mệt mỏi không?**         Có **□** Không **□**

**Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có tiếp xúc với (\*)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Có** | **Không** |
| Người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh COVID-19 (\*) |  |  |
| Người từ nước có bệnh COVID-19 (\*) |  |  |
| Người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở , Viêm phổi) (\*) |  |  |

………………………..….., ngày…….tháng ……. năm 2021

*(Ký, ghi rõ họ tên)*

**C. KHÁM SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 5002/QĐ-BYT ngày 29 tháng 10 năm 2021)*

**I. Sàng lọc**

Thân nhiệt: ……..…… ° 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 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:** 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)* |

* **Thời gian tiêm:** lúc …. giờ …. phút ngày .… / .… /2021
* **Thời gian kết thúc theo dõi sau tiêm:** lúc .… giờ …. phút ngày .… / .… /2021

[i](#_ftnref1) Chỉ định tiêm tại bệnh viện nếu đánh giá tình trạng hiện tại không có chỉ định cấp cứu.

[ii](#_ftnref2) 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.