PHỤ LỤC 5.1

CƠ SỞ TIÊM CHỦNG
TYT PHƯỜNG TÂN THỚI NHẤT Q12
(Điểm tiêm trường tiểu học Nguyễn Thị Đinh)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNGCOVID-19

Họ và tên trẻ: ……Ngày sinh trẻ: ……/……/……Nam ☐Nữ ☐.
Số CCCD trẻ: …….....Số điện thoại trẻ: ……Nghề nghiệp:……
Đơn vị công tác/nơi học tập: Trường THCS Trần Phú
Địa chỉ liên hệ: …….....
Họ tên người giám hộ:……Mối quan hệ:……Số điện thoại người giám hộ:……..
Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19:☐ Chưa tiêm
☐ Đã tiêm, loại vắc xin: ……..

I. Sàng lọc	**Không**	**Có**
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	☐	☐
2.Tiền sử rõ ràng bị COVID-19 trong vòng 6 tháng	☐	☐
3.Đang mắc bệnh cấp tính	☐	☐
4.Phụ nữ mang thai *	☐	☐
4a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần	☐	☐
4b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần	☐	☐
5.Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng:.....)	☐	☐
6.Đang suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị	☐	☐
7.Tiền sử dịứngvớibấtkỳdịnguyênnào	☐	☐
8.Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu	☐	☐
9.Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	☐	☐
10. Bất thường dấu hiệu sống (Nếu có, ghi rõ:.....) Nhiệt độ: ^{o}C Mạch***: lần/phút Huyết áp**: / mmHg Nhịp thở***: lần/phút	☐	☐

II. Kết luận

- **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay**☐
*(Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường)*
- Chống chỉ định tiêm chủngvắc 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 mục2, 3,4a)*
- Chỉ định tiêm tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu phản vệ☐
*(Khi **CÓ** bất thường tại mục 5)*
- Nhómthậntrọng khi tiêm chủng ☐
*(Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 4b#, 6, 7, 8, 9, 10)*

** Phụ nữ đang mang thai và cho con bú: Chống chỉ định với vắc xin Sputnik V.*
 # Với phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần: Giải thích lợi ích/nguy cơ và ký cam kết nếu đồng ý tiêm và chuyển đến cơ sở có cấp cứu sản khoa để tiêm.
***Đo huyết áp đối với người có tiền sử tăng huyết áp/huyết áp thấp, người có bệnh nền liên quan đến bệnh lý tiêm mạch, người trên 65 tuổi.*
****Đo mạch, đếm nhịp thở ở người có tiền sử suy tim hoặc phát hiện bất thường như đau ngực, khó thở,…*

Đề nghị chuyển đến……...
Lý do: ……

Thời gian.....giờ.....phút
Ngày.....tháng……..năm 2021
Người thực hiện sàng lọc
(ký, ghi rõ họ và tên)

Thời gian tiêm: ……. giờ……phút ngày……./……..../2021
Tên vắc xin: ……

III. Thăm khám sau tiêm .....phút.

- Tại vị trí tiêm: ……..……..
- Tổng trạng: ……..
……

Thời gian về: …..…giờ …… phút
Ngày: ……..../……..../2021
Đã được hướng dẫn theo dõi sau tiêm,
Người giám hộ (ký):
……