

## CƠ SỞ TIÊM CHỦNG

## CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

## PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-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: .....

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tiền sử rõ ràng bị COVID-19 trong vòng 6 tháng                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 3. Đang mắc bệnh cấp tính                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 4. Phụ nữ mang thai *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 4a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 4b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 5. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng: .....)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 6. Đang suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 9. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bất thường dấu hiệu sống (Nếu có, ghi rõ:.....)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| Nhiệt độ: ..... °C Mạch***: ..... lần/phút                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                         |                          |
| Huyết áp**:/ ..... mmHg Nhịp thở***: ..... lần/phút                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                         |                          |
| <b>II. Kết luận</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Đủ điều kiện tiêm chủng ngay <input type="checkbox"/><br/>(Tất cả đều <b>KHÔNG</b> có điểm bất thường)</li> <li>• Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại <input type="checkbox"/><br/>(Khi <b>CÓ</b> điểm bất thường tại mục 1)</li> <li>• Trì hoãn tiêm chủng <input type="checkbox"/><br/>(Khi <b>CÓ</b> bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2, 3, 4a)</li> <li>• Chỉ định tiêm tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu phản vệ <input type="checkbox"/><br/>(Khi <b>CÓ</b> bất thường tại mục 5)</li> <li>• Nhóm thận trọng khi tiêm chủng <input type="checkbox"/><br/>(Khi <b>CÓ</b> bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 4b<sup>#</sup>, 6, 7, 8, 9, 10)</li> </ul> <p>* Phụ nữ đang mang thai và cho con bú: Chống chỉ định với vắc xin Sputnik V.</p> <p><sup>#</sup> 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.</p> <p>**Đo huyết áp đối với người có tiền sử tăng huyết áp/huyết áp thấp, người có bệnh nền liên quan đến bệnh lý tim mạch, người trên 65 tuổi.</p> <p>***Đo mạch, đếm nhịp thở ở người có tiền sử suy tim hoặc phát hiện bất thường như đau ngực, khó thở,...</p> <p>Đề nghị chuyển đến.....</p> <p>Lý do: .....</p> | Thời gian.....giờ.....phút<br>Ngày.....tháng.....năm 2021<br><b>Người thực hiện sàng lọc</b><br>(ký, ghi rõ họ và tên)                  |                          |
| Thời gian tiêm: ..... giờ.....phút ngày...../...../2021<br>Tên vắc xin: .....<br><b>III. Thăm khám sau tiêm .....phút.</b><br>- Tại vị trí tiêm: .....<br>- Tổng trạng: .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Thời gian về: .....giờ ..... phút<br>Ngày: ...../...../2021<br><b>Đã được hướng dẫn theo dõi sau tiêm, Người giám hộ (ký):</b><br>..... |                          |

