



**PHIẾU KHÁM SÀNG LỌC – XÁC NHẬN THAM
GIA TIÊM CHỦNG VACCIN PHÒNG COVID-19
(Cá nhân dưới 18 tuổi)**

---oOo---

A. Thông tin về trẻ vị thành niên được tiêm vaccin:

Họ và tên của trẻ vị thành niên:Giới tính:.....

Ngày tháng năm sinh của trẻ vị thành niên: Tuổi:

Họ và tên của Cha mẹ/ Người giám hộ hợp pháp:.....

Số CMND/CCCD:..... Ngày cấp: Nơi cấp:

Số zalo:..... Nick Facebook:.....

Số điện thoại liên lạc của Cha mẹ/ Người giám hộ hợp pháp:

B. Đủ tiêu chuẩn sàng lọc để tiêm vắc xin

Những câu hỏi sau đây sẽ giúp chúng tôi xác định xem có lý do gì con bạn **NÊN** hay **KHÔNG NÊN** tiêm vaccin COVID-19.

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG	GHI CHÚ
1	Con bạn sinh đủ tháng hay thiếu tháng?			
	Con bạn nằm lại theo dõi tại bệnh viện sau sinh không? Nếu có thì bao lâu?			
	Con bạn là kết quả thụ thai tự nhiên hay làm IVF (TTOT)?			
2	Con bạn thường đi khám bác sĩ điều trị bệnh lý gì?			
3	Chiều cao:.....cm. Con bạn đạt chuẩn không? (xem bảng đối chiếu mục C) Nếu không: ☐ Thấp còi ☐ Vượt trội			
	Cân nặng:.....kg. Con bạn đạt chuẩn không? (xem bảng đối chiếu mục C) Nếu không: ☐ Thiếu cân ☐ Thừa cân			
4	Có hay bị hồi hộp đánh trống ngực giống như khi đi thi không?			
5	Có tập thể thao thường xuyên không? Nếu có, môn gì? Và tập bao lâu?			
	Có mệt khi chơi thể thao không? Nếu có, nghỉ sau bao lâu hết:.....phút			
6	Có từng lấy máu làm xét nghiệm ở bệnh viện chưa? (Hỏi bé. Nếu có, thì hỏi người giám hộ đi cùng).....			
7	Có đang tiêm ở mông, ...vv, một loại thuốc nào 1 tháng 1 lần không? (Nếu có, thì hỏi người giám hộ đi cùng):.....			
8	Con bạn hiện đang cảm thấy bị ốm hay mệt mỏi không?			
9	Con của bạn đã bao giờ được tiêm một liều vaccin COVID-19 chưa? Nếu có, vui lòng nêu rõ tên vaccin: ☐ Moderna; ☐ Pfizer; ☐ Johnson & Johnson; ☐ Astra Zeneca; ☐ Thương hiệu vắc xin khác:			Ngày:
				(Nếu có)
10	Con bạn đã bao giờ có phản ứng dị ứng với: • Một liều vắc xin COVID-19 đã tiêm trước đây?			
	Con bạn đã bao giờ có phản ứng dị ứng với: • Một loại vắc-xin khác hoặc cách điều trị tiêm khác nhưng không biết thành phần nào gây ra phản ứng tức thì?			

11	Con bạn đã bao giờ bị phản ứng dị ứng nghiêm trọng (ví dụ: sốc phản vệ) với thứ gì đó không phải là thành phần của vắc xin COVID-19, hoặc bất kỳ loại vắc xin hoặc thuốc tiêm nào chưa? Điều này sẽ bao gồm dị ứng thức ăn, vật nuôi, nọc độc, môi trường hoặc thuốc uống.			
12	Con bạn có được tiêm vắc xin gì trong 14 ngày qua không?			
13	Con của bạn đã bao giờ có kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19 hoặc đã bao giờ bác sĩ nói với bạn rằng con bạn bị COVID-19 chưa?			
14	Con của bạn đã được điều trị bằng kháng thể thụ động (kháng thể đơn dòng hoặc huyết thanh dưỡng bệnh) để điều trị COVID-19 chưa?			
15	Con bạn có bị suy giảm hệ miễn dịch do nhiễm HIV hoặc ung thư hay con bạn có dùng thuốc hoặc liệu pháp ức chế miễn dịch không?			
16	Con bạn có bị rối loạn chảy máu hay con bạn đang uống thuốc làm loãng máu không?			
17	Con bạn đang mang thai hoặc đang cho con bú không?			
18	Con bạn có tiêm chất làm đầy da không?			

C. Bảng chiều cao cân nặng chuẩn của trẻ từ 10 đến 18 tuổi (dùng để đối chiếu)

TRẺ NAM		TUỔI	TRẺ NỮ	
Chiều cao (cm)	Cân nặng (kg)		Chiều cao (cm)	Cân nặng (kg)
137,8-142,7	29 - 39	10	138.6-144.5	29 - 40
143,1-148.5	33 - 46	11	145.0-150,7	35 - 47
149,1- 155,4	39 - 53	12	151.2-151.6	39 - 48
156,0-162,6	48 - 61	13	156.4-159.6	44 - 55
163.2-168,5	53 - 68	14	159.8-161.6	46 - 58
169,0-172,6	58 - 74	15	161.7-162.5	49 - 60
172,9-175,0	62 - 76	16	162.5-162.8	50 - 60
175.2-176.1	65 - 78	17	162.9-163.0	50 - 62
176.1-176,5	66 - 80	18	163.1-163.2	51 - 62

D. Xác nhận đồng ý

Tôi đã nghe thông tin về các rủi ro và lợi ích của vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19 từ bác sĩ khám sàng lọc và hiểu rõ các rủi ro và lợi ích này. Tôi đồng ý rằng:

- Tôi đã xem xét biểu mẫu đồng ý và phiếu khám sàng lọc này.
- Tôi có thẩm quyền hợp pháp để đồng ý cho trẻ vị thành niên có tên ở trên được tiêm vaccin Pfizer-BioNTech COVID-19.
- Tôi hiểu rằng tôi phải đi cùng đưa trẻ có tên ở trên đến buổi hẹn tiêm vắc xin của chúng và bằng sự đồng ý của tôi dưới đây, trẻ có thể nhận được Vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19.
- Tôi hiểu rằng tiêm chủng vaccin là biện pháp phòng bệnh hiệu quả, tuy nhiên vaccin phòng COVID-19 có thể không phòng bệnh hoàn toàn. Người được tiêm chủng vaccin phòng COVID-19 đủ liều có thể phòng được bệnh và giảm mức độ nặng nếu mắc COVID-19. Sau khi được tiêm vaccin COVID-19 vẫn cần thực hiện đầy đủ thông điệp 5K phòng chống dịch COVID-19.

☐ **TÔI KHÔNG ĐỒNG Ý**

Ghi rõ lý do:

☐ **TÔI ĐỒNG Ý cho.....để tiêm vaccin Pfizer-BioNTech COVID-19 cho trẻ vị thành niên có tên ở đầu biểu mẫu này và đã xem xét và đồng ý với thông tin có trong Phần 4 của biểu mẫu này.**

Ngày.....tháng.....năm.....

Chữ ký xác nhận của Cha mẹ / Người giám hộ hợp pháp:
(Ký ghi rõ họ tên)