

PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

Họ và tên: Nam Nữ Ngày tháng năm sinh

Nghề nghiệp: Đơn vị công tác:

Địa chỉ liên hệ: Số điện thoại:

I. Sàng lọc

1. Tiền sử phản vệ từ độ 2 trở lên (Nếu có, loại tác nhân dị ứng.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
2. Tiền sử bị COVID-19 trong vòng 6 tháng	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
3. Tiền sử tiêm vắc xin khác trong 14 ngày qua (Nếu có, loại vắc xin.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
4. Tiền sử bệnh mạn tính, đang tiến triển (Nếu có, loại bệnh:	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
5. Đang bị suy giảm khả năng đáp ứng miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối, đã cắt lách, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch, corticoid liều cao (tương đương hoặc hơn 2mg prednisolon/kg/ngày trong ít nhất 7 ngày)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
6. Bệnh cấp tính (Nếu có, loại bệnh mắc:	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
7. Đang mang thai, phụ nữ đang nuôi con bằng sữa mẹ	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
8. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
9. Tiền sử bệnh nền, bệnh mạn tính được điều trị ổn định (nếu có, loại bệnh.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
10. Tiền sử rối loạn đông/ cầm máu hoặc đang dùng thuốc chống đông	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
11. Độ tuổi: ≥ 65 tuổi	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
12. Bất thường dấu hiệu sống (ghi rõ) • Nhiệt độ: độ C • Mạch: lần/phút • Huyết áp: mmHg • Nhịp thở: lần/phút; SpO ₂ : % (nếu có)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
13. Dấu hiệu bất thường khi nghe tim phổi	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
14. Rối loạn tri giác	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
15. Đã tiêm phòng mũi 1 vắc xin COVID-19. (nếu có, loại vaccine.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>

Kết luận:

- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay (Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường)
 - 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, 3, 4, 5, 6, 7)
 - Chuyển tiêm chủng và theo dõi tại bệnh viện (Khi **CÓ** tại các mục 8, 9, 10, 11, 12, 13,14)
- Đề nghị chuyển đến
- Lý do:

Thời gian: giờ..... phút, ngàytháng năm 2021

Người thực hiện sàng lọc

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG 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 vẫn 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 tiêm chủng

Không đồng ý tiêm chủng

Họ tên người được tiêm chủng:.....

Số điện thoại:.....

TPHCM, ngày ... tháng năm 2021
(Ký, ghi rõ họ tên)