

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH TIÊM

Họ và tên: Mã số

Ngày/tháng/năm sinh:

Đơn vị:

STT	NỘI DUNG CÔNG VIỆC	THỰC HIỆN
1	Đăng ký tiêm	
2	Sàng lọc	
3	Tiêm	



BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG
BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

TỜ KHAI THÔNG TIN Y TẾ

Hành chính	Họ và tên				Năm sinh:	
					Giới: Nam ☐ Nữ ☐	
	Địa chỉ: Điện thoại:					
	Nghề nghiệp:					
Các nơi bạn đã đi qua trong thời gian 14 ngày gần đây (liệt kê tên thành phố, quốc gia)						
Câu hỏi?	1. Có tiếp xúc với người bệnh nghi bị COVID-19 không Có ☐ Không ☐					
	2. Có các triệu chứng sau đây không?					
	Sốt > 38°C	Có ☐ Không ☐	Đau người- mệt mỏi	Có ☐ Không ☐		
	Ho	Có ☐ Không ☐	Ớn lạnh	Có ☐ Không ☐		
	Khó thở	Có ☐ Không ☐	Giảm hoặc mất vị giác	Có ☐ Không ☐		
	Đau họng	Có ☐ Không ☐	Giảm hoặc mất khứu giác	Có ☐ Không ☐		

Hải Phòng, giờ ngày tháng năm

2021
NGƯỜI ĐÓN NHẬN THÔNG TIN

NGƯỜI CUNG CẤP THÔNG TIN
(Ký, ghi rõ họ tên)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 5785/QĐ-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2021)

☐ Đã tiêm mũi 3, loại vắc xin:Ngày tiêm:

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	Không ☐	Có ☐
3. Phụ nữ mang thai ^a		
3a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần	Không ☐	Có ☐
3b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần ^b	Không ☐	Có ☐
4. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng:)	Không ☐	Có ☐
5. Đang bị suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị	Không ☐	Có ☐
6. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không ☐	Có ☐
7. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu	Không ☐	Có ☐
8. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	Không ☐	Có ☐
9. Bất thường dấu hiệu sống (Nếu có, ghi rõ.....) • Nhiệt độ: độ C • Huyết áp ^d : / mmHg • Mạch ^c : lần/phút • Nhịp thở ^e : lần/phút	Không ☐	Có ☐
10. Các chống chỉ định/trì hoãn khác ^e (nếu có, ghi rõ)	Không ☐	Có ☐

- **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 các mục 2, 3a ☐

- Chỉ định tiêm tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu phản vệ: Khi **CÓ** bất thường tại mục 4 ☐
- Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 3b, 5, 6, 7, 8, 9 ☐

Lý do:

Thời gian:.....giờ.....phút, ngày.....tháng.....năm 20...

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)

^a Phụ nữ mang thai hoặc đang cho con bú: cần đối chiếu với hướng dẫn sử dụng vắc xin để chỉ định loại vắc xin được phép sử dụng

^b 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

^c Đo mạch, đếm nhịp thở ở người có tiền sử suy tim hoặc phát hiện bất thường như đau ngực, khó thở

^d 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

^e Các trường hợp chống chỉ định/tri 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

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:.....

Hải Phòng, ngày.....tháng.....năm 2021

(Ký, ghi rõ họ tên)