|  |
| --- |
| **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 |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Logo BV mới | BỘ Y TẾTRƯỜNG 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** **N GƯỜI CUNG CẤP THÔNG TIN**

 *(Ký, ghi rõ họ tên)*

|  |  |
| --- | --- |
| BỘ Y TẾTRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG**BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG** | **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**

**DÀNH CHO NGƯỜI TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN**

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

Họ và tên: …………………………..........………... Ngày sinh: ….. /…../ ….... Nam□ Nữ □

CCCD/CMT/Hộ chiếu (nếu có): …………………….…..Số điện thoại:…….……………

Địa chỉ liên hệ: ……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….

Đã tiêm vắc xin phòng COVID-19:

□ Chưa tiêm

□ Đã tiêm mũi 1, loại vắc xin: Ngày tiêm:

□ Đã tiêm mũi 2, loại vắc xin: Ngày tiêm:

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

**I. Sàng lọc**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 thaia |  |  |
| 3a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần | Không □ | Có □ |
| 3b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuầnb | 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 • Mạchc: lần/phút
* Huyết ápd: / mmHg • Nhịp thởc: lần/phút
 | Không □ | Có □ |
| 10. Các chống chỉ định/trì hoãn kháce (nếu có, ghi rõ)................................................................................................................. | Không □ | Có □ |

**II. Kết luận:**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay:** Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường và **KHÔNG** có chống chỉ định tiêm vắcxin 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..….năm20…*

**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/trì 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)* |