

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

1. Tiêm chủng vắc xin là biện pháp phòng chống dịch 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)

PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN COVID-19

Họ và tên: Nam ☐ Nữ ☐ Ngày sinh:/...../.....

Nghề nghiệp:

Đơn vị công tác:

Địa chỉ liên hệ: Số điện thoại:

I. Sàng lọc	Không	Có
1. Tiền sử phản vệ độ 2 trở lên (Nếu có, loại tác nhân dị ứng.....)	☐	☐
2. Tiền sử bị COVID-19 trong vòng 6 tháng	☐	☐
3. Tiền sử tiêm vắc xin khác trong vòng 14 ngày qua (Nếu có, loại vắc xin.....)		
4. Tiền sử suy giảm miễn dịch, ung thư giai đoạn cuối, cắt lách, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch, corticoid liều cao (tương đương hoặc hơn 2 mg prednisolone/kg/ngày trong ít nhất 7 ngày)	☐	☐
5. Tiền sử bệnh mạn tính đang tiến triển (Nếu có, loại bệnh	☐	☐
6. Bệnh cấp tính (Nếu có, loại bệnh mắc.....)	☐	☐
7. Đang mang thai, phụ nữ đang cho con bú bằng sữa mẹ	☐	☐
8. Độ tuổi ≥ 65 tuổi	☐	☐
9. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu hoặc đang dùng thuốc chống đông	☐	☐
10. Bất thường dấu hiệu sống (ghi rõ) Nhiệt độ: °C Mạch: lần/phút Huyết áp: / mmHg Nhịp thở: lần/phút SpO ₂ : % (nếu có)	☐	☐
11. Dấu hiệu bất thường khi nghe tim phổi	☐	☐
12. Rối loạn tri giác	☐	☐
II. Kết luận • Đủ điều kiện tiêm chủng ☐ (Tất cả đều KHÔNG có điểm bất thường) • Chống chỉ định tiêm vắc xin cùng loại ☐ (Khi CÓ điểm bất thường tại các 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) Đề nghị chuyển đến..... Lý do:	Hồi.....giờ.....phút, Ngày.....tháng.....năm 2021 Người thực hiện sàng lọc (ký, ghi rõ họ và tên)	
❖ Thời gian tiêm: giờ.....phút ngày...../...../2021 III. Thăm khám sau tiêm ≥ 30 phút Tại vị trí tiêm: Tổng trạng:	Thời gian về:giờ phút Ngày:/...../2021 Đã được hướng dẫn theo dõi sau tiêm, Người được tiêm ngừa (ký):	

