

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

(ban hành theo mẫu Công văn số 8688/BYT/DP ngày 14/10/2021 của Bộ Y tế)

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 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 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. Sau 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 cho trẻ em tiêm chủng  - Không đồng ý cho trẻ em tiêm chủng

- Họ tên cha/mẹ hoặc người giám hộ: .....

- Số điện thoại: .....

- Họ tên trẻ, học sinh được tiêm chủng: .....

....., ngày tháng năm 2021

(cha, mẹ/người giám hộ)

(ký và ghi rõ họ tên)

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Thị Nhật Hằng

## PHỤ LỤC

(Ban hành kèm theo Quyết định số 5002/QĐ-BYT ngày 29 tháng 10 năm 2021)

CƠ SỞ TIÊM CHỦNG

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

### BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19 ĐỐI VỚI TRẺ EM

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

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

Địa chỉ liên hệ: .....

Họ tên bố/mẹ/người giám hộ: ..... Số điện thoại:.....

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19:

Chưa tiêm

Đã tiêm, loại vắc xin:..... Ngày tiêm:.....

#### I. Sàng lọc

Thân nhiệt: ..... °C

Mạch: ..... lần/phút

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 <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
2. Đang mắc bệnh cấp tính, mạn tính tiến triển	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
3. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
4. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
5. Mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu...	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
6. Nghe tim, phổi bất thường <sup>i</sup>	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
7. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ghi rõ tác nhân dị ứng:.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
8. Các chống chỉ định/tri hoãn khác <sup>ii</sup> (nếu có, ghi rõ) .....	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>

#### II. Kết luận

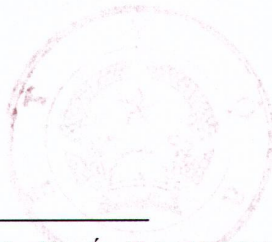
- **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay:** Đủ điều kiện tiêm chủng ngay: Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường và **KHÔNG** có chống chỉ định tiêm vắc xin theo hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất
- Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại: Khi **CÓ** bất thường tại mục 1
- Trì hoãn tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại mục 2
- Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 3, 4
- Chuyên khám sàng lọc, tiêm chủng tại bệnh viện: Khi **CÓ** bất thường tại mục 5, 6, 7

Lý do:.....

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

**Người thực hiện sàng lọc**

(ký, ghi rõ họ và tên)



<sup>i</sup> Chỉ định tiêm tại bệnh viện nếu đánh giá tình trạng hiện tại không có chỉ định cấp cứu.

<sup>ii</sup> 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.