

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

Họ và tên trẻ: Ngày sinh trẻ:/...../..... Nam Nữ
 Số CCCD/CMT/Hộ chiếu (nếu có):Số điện thoại trẻ:
 Địa chỉ nơi học tập:
 Địa chỉ hộ khẩu:.....
 Địa chỉ hiện ở:
 Họ tên bố/me/ người giám hộ:..... Mối quan hệ:.....Số điện thoại:.....
 Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19: Chưa tiêm
 Đã tiêm, loại vắc xin:Ngày tiêm:...../...../.....

I. Sàng lọc	Không	Có
Thân nhiệt:..... ^o 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Đang mắc bệnh cấp tính, mạn tính tiến triển	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nghe tim, phổi bất thường ⁱ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ghi rõ tác nhân dị ứng:.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Các chống chỉ định.tri hoãn khác ⁱⁱ (nếu có, ghi rõ):.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Đã từng mắc COVID-19 trong vòng 3 tháng gần đây. Nếu có, ngày có kết quả xét nghiệm dương tính:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Kết luận <ul style="list-style-type: none"> • Đủ điều kiện tiêm chủng ngay <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> (Khi CÓ điểm bất thường tại mục 1) • Trì hoãn tiêm chủng <input type="checkbox"/> (Khi CÓ bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2) • Nhóm thận trọng khi tiêm chủng <input type="checkbox"/> (Khi CÓ bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 3,4) • Chuyên khám sàng lọc, tiêm chủng tại bệnh viện <input type="checkbox"/> (Khi CÓ bất thường tại mục 5, 6, 7) Đề nghị chuyển đến:..... Lý do:	Thời gian.....giờ.....phút Ngày.....tháng.....năm 2022 Người thực hiện sàng lọc (ký, ghi rõ họ và tên) Loại vắc xin chỉ định tiêm lần này: Mũi tiêm: <input type="checkbox"/> Mũi 1 <input type="checkbox"/> Mũi 2 <input type="checkbox"/> Bổ sung <input type="checkbox"/> Nhắc lại Tên vắc xin:..... Liều lượng:.....	
Thời gian tiêm: giờ.....phút ngày...../...../2022 Tên vắc xin: III. Thăm khám sau tiêm phút. - Tại vị trí tiêm: - Tổng trạng:	Thời gian về:giờ phút Ngày:/...../2022 Đã được hướng dẫn theo dõi sau tiêm (ký):	

ⁱChỉ định tiêm tại bệnh viện nếu đánh giá tình trạng hiện tại không có chỉ định cấp cứu.

ⁱⁱCác 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.