



Phụ lục 3: MẪU PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN COVID-19
(Ban hành kèm theo Công văn số 1535/BYT-DP ngày 28 tháng 03 năm 2022 của Bộ Y tế)

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN 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 dù 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. Khi có triệu chứng bất thường về sức khỏe, cha mẹ hoặc người giám hộ 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 tiêm chủng

Không đồng ý cho trẻ tiêm chủng

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

Số điện thoại:

Họ tên trẻ được tiêm chủng:

....., ngày tháng năm 2022

Cha/mẹ hoặc người giám hộ

(Ký, ghi rõ họ tên)



BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19 ĐỐI VỚI TRẺ EM
(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 ⁱ	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 ⁱⁱ (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
- Chuyển 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)

ⁱ Chi định tiêm tại bệnh viện nếu đánh giá tình trạng hiện tại không có chỉ định cấp cứu;

ⁱⁱ 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.

Phụ lục 6



HƯỚNG DẪN

Người được tiêm chủng tự theo dõi sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19
(Ban hành kèm theo Quyết định số 3588/QĐ-BYT ngày 26/7/2021 của Bộ Y tế)

(Thời gian tự theo dõi 28 ngày sau tiêm chủng, đặc biệt trong vòng 7 ngày đầu)

KHI THẤY MỘT TRONG CÁC DẤU HIỆU SAU:

1. Ở miệng thấy có cảm giác tê quanh môi hoặc lưỡi;
2. Ở da thấy có phát ban hoặc nổi mẩn đỏ hoặc tím tái hoặc đỏ da hoặc chảy máu, xuất huyết dưới da;
3. Ở họng có cảm giác ngứa, căng cứng, nghẹn họng, nói khó;
4. Về thần kinh có triệu chứng đau đầu kéo dài hoặc dữ dội, li bì; ngủ gà, lú lẫn, hôn mê, co giật;
5. Về tim mạch có dấu hiệu đau tức ngực, hồi hộp đánh trống ngực kéo dài, ngất;
6. Đường tiêu hóa dấu hiệu nôn, đau quặn bụng hoặc tiêu chảy;
7. Đường hô hấp có dấu hiệu khó thở, thở rít, khò khè, tím tái;
8. Toàn thân:
9. Chóng mặt, choáng, xây xẩm, cảm giác muốn ngã, mệt bất thường
10. Đau dữ dội bất thường tại một hay nhiều nơi không do va chạm, sang chấn.
11. Sốt cao liên tục trên 39 độ C mà không đáp ứng thuốc hạ sốt

HÃY LIÊN HỆ VỚI:

- SỐ ĐIỆN THOẠI CÁN BỘ PHỤ TRÁCH THEO DÕI SAU TIÊM:
- ĐỘI CẤP CỨU LƯU ĐỘNG:
- HOẶC ĐẾN THẮNG BỆNH VIỆN:

NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý

1. Luôn có người hỗ trợ bên cạnh 24/24 giờ, ít nhất là trong 03 ngày đầu sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19.
2. Không nên uống rượu bia và các chất kích thích ít nhất là trong 03 ngày đầu sau tiêm chủng.
3. Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ.
4. Nếu thấy sưng, đỏ, đau, nổi cục nhỏ tại vị trí tiêm: Tiếp tục theo dõi, nếu sưng to nhanh thì đi khám ngay, không bôi, chườm, đắp bất cứ thứ gì vào chỗ sưng đau.
5. Thường xuyên đo thân nhiệt, nếu có:
 - a. Sốt dưới 38,5 độ C: Cởi bớt, cởi lỏng quần áo, chườm/lau bằng khăn ẩm tại trán, hõ nách, bẹn, uống đủ nước. Không để nhiễm lạnh. Đo lại nhiệt độ sau 30 phút.
 - b. Sốt từ 38,5 độ C trở lên: Sử dụng thuốc hạ sốt theo chỉ dẫn của nhân viên y tế. Nếu không cắt được sốt hoặc sốt lại trong vòng 2 tiếng cần thông báo ngay cho nhân viên y tế và đến cơ sở y tế gần nhất.