|  |  |
| --- | --- |
| **CƠ SỞ TIÊM CHỦNG**……………………..**-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc 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 □ | Có □ |
| 2. Đang mắc bệnh cấp tính, mạn tính tiến triển | Không □ | Có □ |
| 3. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào | Không □ | Có □ |
| 4. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi | Không □ | Có □ |
| 5. Mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu… | Không □ | Có □ |
| 6. Nghe tim, phổi bất thườngi | Không □ | Có □ |
| 7. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ghi rõ tác nhân dị ứng:................................) | Không □ | Có □ |
| 8. Các chống chỉ định/trì hoãn khácii (nếu có, ghi rõ)............................................................................................................................... | Không □ | Có □ |

**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 Chỉ 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/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.