**PHỤ LỤC**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 5785/QĐ-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2021)*

|  |  |
| --- | --- |
| **CƠ SỞ TIÊM CHỦNG............** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** |

**PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**
**DÀNH CHO NGƯỜI TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN**

Họ và tên: .................................................. Ngày sinh: …….. /............ /........... Nam    □ Nữ □

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

Địa chỉ liên hệ: ....................................................................................................................

Đã tiêm vắc xin phòng COVID-19:

□ Chưa tiêm

□ Đã tiêm mũi 1, loại vắc xin:.......................................... Ngày tiêm:..................................

□ Đã tiêm mũi 2, loại vắc xin:.......................................... Ngày tiêm:..................................

□ Đã tiêm mũi 3, loại vắc xin:.......................................... Ngày tiêm:..................................

**I. Sàng lọc**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | Không □ | Có □ |
| 3. Phụ nữ mang thaia |   |   |
| 3a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần | Không □ | Có □ |
| 3b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuầnb | Không □ | Có □ |
| 4. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng:……………..) | Không □ | Có □ |
| 5. Đang bị suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị | Không □ | Có □ |
| 6. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào | Không □ | Có □ |
| 7. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu | Không □ | Có □ |
| 8. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi | Không □ | Có □ |
| 9. Bất thường dấu hiệu sống (Nếu có, ghi rõ......)• Nhiệt độ:              độ C                • Mạchc:                 lần/phút• Huyết ápd:          mmHg               • Nhịp thởc:            lần/phút | Không □ | Có □ |
| 10. Các chống chỉ định/trì hoãn kháce (nếu có, ghi rõ).................................................................................................................. | Không □ | Có □ |

**II. Kết luận:**

**- 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 các mục 2, 3a                   □

- Chỉ định tiêm tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu phản vệ: Khi **CÓ**bất thường tại mục 4    □

- Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi **CÓ**bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 3b, 5, 6, 7, 8, 9.  □

Lý do:..........................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Thời gian:  ....giờ....phút, ngày ..…tháng ..…năm……….* **Người thực hiện sàng lọc** *(ký, ghi rõ họ và tên)* |
|  |  |
|  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a Phụ nữ mang thai hoặc đang cho con bú: cần đối chiếu với hướng dẫn sử dụng vắc xin để chỉ định loại vắc xin được phép sử dụng

b Với phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần: Giải thích lợi ích/nguy cơ và ký cam kết nếu đồng *ý* tiêm và chuyển đến cơ sở có cấp cứu sản khoa để tiêm

c Đo mạch, đếm nhịp thở ở người có tiền sử suy tim hoặc phát hiện bất thường như đau ngực, khó thở…..

d Đo huyết áp đối với người có tiền sử tăng huyết áp/ huyết áp thấp, người có bệnh nền liên quan đến bệnh lý tim mạch, người trên 65 tuổi

e 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