

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

(Phụ lục 2 theo Công văn số 1734/BYT-DP)

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 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 vẫn 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, 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 tiêm chủng

Không đồng ý tiêm chủng

Họ tên người được tiêm chủng:.....

Số điện thoại:.....

....., ngày..... tháng..... năm 202...

(Ký, ghi rõ họ tên)

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

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

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 <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
2. Đang mắc bệnh cấp tính	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
3. Phụ nữ mang thai*	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
3a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
3b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần ^b	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
4. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
5. Đang bị suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
6. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
7. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
8. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
9. Bất thường dấu hiệu sống (Nếu có, ghi rõ.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
• Nhiệt độ:độ C Mạch ^c :lần/phút		
• Huyết áp ^d :mmHg Nhịp thở ^e :lần/phút		
10. Các chống chỉ định/trì hoãn khác ^e (nếu có, ghi rõ)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>

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 của nhà sản xuất
 - Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại: Khi **CÓ** điểm 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: giờphút, ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ, 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 bất thường khác.

NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý

Theo dõi sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19

(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 hoặc đỏ da hoặc chảy máu, xuất huyết dưới da;
3. Ở họng có cảm giác ngứa, căng cứng, nghẹn họng, khó nói;
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:
 - a. Chóng mặt, choáng, xây xẩm, cảm giác muốn ngã, mệt bất thường.
 - b. Đau dữ dội bất thường tại một hay nhiều nơi không do va chạm, sang chấn.
 - c. Sốt cao liên tục trên 39 độ C mà không đáp ứng thuốc hạ sốt.

KHI CÓ VẤN ĐỀ HÃY LIÊN HỆ:

- Trung tâm Cấp cứu – Đột quy, số ĐT: 0234.3837777
- Trục viện, số ĐT: 096.287.1919

HOẶC ĐẾN THĂNG BỆNH VIỆN GẦN NHẤT

NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý

Theo dõi sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19

1. Ngay sau tiêm, theo dõi tại điểm tiêm chủng ít nhất 30 phút sau tiêm chủng;
2. Luôn có người hỗ trợ bên cạnh 24/24 giờ, ít nhất là trong 3 ngày đầu tiên sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19.
3. Không nên uống rượu bia và các chất kích thích ít nhất là trong 03 ngày đầu sau khi tiêm chủng.
4. Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ.
5. 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.
6. Thường xuyên đo thân nhiệt, nếu có:
 - a. Sốt dưới $<38,5^{\circ}\text{C}$: Cởi bớt, nói 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 $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ 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.

