**BỆNH VIỆN DỆT MAY**
PHÒNG KHÁM, TƯ VẤN TIÊM CHỦNG

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

# PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

Họ và tên: ..... Nam ☐ Nữ ☐
Ngày tháng năm sinh: .....Số điện thoại: .....
Nghề nghiệp:.....Đơn vị công tác: .....
Địa chỉ nơi ở: .....

**I. Sàng lọc:**

| | | |
|---|---|---|
| 1. Tiền sử phản vệ từ độ 2 trở lên (Nếu có, loại tác nhân dị ứng..……) | Không ☐ | Có ☐ |
| 2. Tiền sử bị COVID-19 trong vòng 6 tháng | Không ☐ | Có ☐ |
| 3. Tiền sử tiêm vắc xin khác trong 14 ngày qua (Nếu có, loại vắc xin ……) | Không ☐ | Có ☐ |
| 4. Tiền sử bệnh mạn tính, đang tiến triển (nếu có, loại bệnh: ……) | Không ☐ | Có ☐ |
| 5. Đang bị suy giảm khả năng đáp ứng miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối, đã cắt lách, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch, corticoid liều cao (tương đương hoặc hơn 2mg prednisolon/kg/ngày trong ít nhất 7 ngày) | Không ☐ | Có ☐ |
| 6. Bệnh cấp tính (Nếu có, loại bệnh mắc: ……) | Không ☐ | Có ☐ |
| 7. Đang mang thai, phụ nữ đang nuôi con bằng sữa mẹ | Không ☐ | Có ☐ |
| 8. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào | Không ☐ | Có ☐ |
| 9. Tiền sử bệnh nền, bệnh mạn tính được điều trị ổn định (Nếu có, loại bệnh:……) | Không ☐ | Có ☐ |
| 10. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu hoặc đang dùng thuốc chống đông | Không ☐ | Có ☐ |
| 11. Độ tuổi ≥ 65 tuổi | Không ☐ | Có ☐ |
| 12. Bất thường dấu hiệu sống (ghi rõ)<br>• Nhiệt độ: ……độ C • Mạch: ……...lần/phút<br>• Huyết áp: …….. mmHg • Nhịp thở:…….. lần/phút | Không ☐ | Có ☐ |
| 13. Dấu hiệu bất thường khi nghe tim phổi | Không ☐ | Có ☐ |
| 14. Rối loạn tri giác | Không ☐ | Có ☐ |
| 15. Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19<br>☐ Chưa tiêm<br>☐ Đã tiêm, loại vắc xin: …… | | |

**II. Kết luận:**

- **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay** (tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường) ☐
- Chống chỉ định vắc xin cùng loại (khi **CÓ** điểm bất thường tại mục 1) ☐
- Trì hoãn tiêm chủng (Khi **CÓ** bất kỳ 1 điểm bất thường tại các mục 2,3,4,5,6,7) ☐
- Chuyển tiêm chủng và theo dõi tại bệnh viện (khi **CÓ** tại các mục 8,9,10,11,12,13,14) ☐
- Đề nghị chuyển đến: …… ……..Lý do: ……

*Thời gian: giờ phút, ngày tháng năm 2021*

**Người thực hiện sàng lọc**

**Chỉ định tiêm chủng:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tên vắc xin** …….<br>**Mũi thứ:** .....<br>**Ngày tiêm:**..... | **Liều lượng**: …… ml | **Đường dùng**: Tiêm bắp | **BS chỉ định:** |
| | **Số lô**: | **Hạn dùng**: | **Điều dưỡng tiêm:** |

**Theo dõi 30 phút tại điểm tiêm chủng:**

Thời gian tiêm…… Thời gian kết thúc theo dõi tại điểm tiêm:……..

Tình trạng sức khỏe khi kết thúc thời gian theo dõi:……..…….

Người theo dõi PƯST ……. Người được tiêm ký:…….……...