**PHỤ LỤC**

*(Ban hành kèm theo quyết định 3802/QĐ-BYT ngày 10/08/2021)*

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

**PHIẾU SÀNG LỌC TRUỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**

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

Số CCCD:………………………………………………….… Số điện thoại: …………………………….…

Nghề nghiệp: ………………………………………………………………………………………………..

Đơn vị công tác: …………………………………………………………………………………………….

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

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19:

□ Chưa tiêm

□ Đã tiêm, loại vắc xin:………………..……………………………………………………….

1. **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. Tiền sử rõ ràng bị COVID-19 trong vòng 6 tháng | Không □ | Có □ |
| 3. Đang mắc bệnh cấp tính | Không □ | Có□ |
| 4. Phụ nữ mang thai \* |  |  |
| 4a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần | Không □ | Có□ |
| 4b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần | Không □ | Có□ |
| 5. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng ) | Không □ | Có□ |
| 6. Đang bị suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị | Không □ | Có□ |
| 7. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào | Không □ | Có□ |
| 8. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu | Không □ | Có□ |
| 9. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi | Không □ | Có□ |
| 10. Bất thường dấu hiệu sống (Nếu có, ghi rõ )   * Nhiệt độ: độ C * Mạch: lần/phút * Huyết áp: mmHg * Nhịp thở: lần/phút; | Không □ | Có□ |

1. **Kết luận:**

|  |  |
| --- | --- |
| **- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay:** Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường | □ |
| - 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, 3, 4a | □ |
| - Chỉ định tiêm tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu phản vệ: Khi **CÓ** bất thường tại mục 5 | □ |
| - Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 4b#, 6, 7, 8, 9,10 | □ |
| *\* Phụ nữ đang mang thai và cho con bú: Chống chỉ định với vắc xin Sputnik V.* |  |
| *# 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.* |  |
| *Thời gian:… giờ … phút, ngày ....tháng…… năm*  **Người thực hiện sàng lọc**  *(ký, ghi rõ họ và tên)* |  |
|  |  |