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

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

**DÀNH CHO TRẺ EM**

**A. THÔNG TIN CÁ NHÂN** (*Các thông tin (\*) là bắt buộc*)

- Họ tên (ghi chữ IN HOA)(\*): Ngày sinh(\*):..../..../.... Nam □ Nữ □

- Mã định danh(nếu có): Người con thứ:

- Số thẻ bảo hiểm y tế(\*):

**-** Địa chỉ liên hệ**:**Số nhà:............, Tổ:.........., Khu phố:..............., Phường:...............................

Quận/huyện:................................................., Tỉnh/Thành phố:...............................................

- Cha/mẹ/người giám hộ: Điện thoại:

**\* Thông tin về tiêm vắc xin phòng COVID-19:**

□ Chưa tiêm

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

**B. KHAI BÁO Y TẾ (nếu đã khai báo online thì bỏ qua mục B)**

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào (Có thể đi qua nhiều quốc gia):

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có thấy xuất hiện ít nhất 1 trong các dấu hiệu: **sốt, ho, khó thở, viêm phổi, đau họng, mệt mỏi không ?** Có **□** Không **□**

**Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có tiếp xúc với (\*)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Có | Không |
| Người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh COVID-19 (\*) |  |  |
| Người từ nước có bệnh COVID-19 (\*) |  |  |
| Người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở, Viêm phổi) (\*) |  |  |

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

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 các phản ứng sau tiêm chủng:

**Đồng ý** cho trẻ tiêm chủng □ **Không đồng ý** cho trẻ tiêm chủng □

**Họ tên cha/me/người giám hộ:**

**Số điện thoại:**

**Họ tên trẻ được tiêm chủng:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | *………… ngày tháng năm 202…*  Cha/mẹ hoặc người giám hộ  (Ký, ghi rõ họ tên) |

**D. BẢNG KIỂM KHÁM SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19 ĐỐI VỚI TRẺ EM**

*(Đã cập nhật theo Quyết định 5002/QĐ-BYT ngày 29/10/2021 của Bộ Y tế)*

**D1- Khám sàng lọc**

**\* Thông tin về tiêm vắc xin phòng COVID-19:**

□ Chưa tiêm

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

**\* Sàng lọc:**

- Thân nhiệt: ……………oC 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 thường | 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 khác (nếu có, ghi rõ………………………………….. | Không □ | Có □ |

**D2-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. | □ |
| - Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi **CÓ** bất thường tại mục 3,4 | □ |
| - Chuyển khám sàng lọc, tiêm chủng tại bệnh viện: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 5, 6, 7 | □ |
| Lý do chuyển: ............................................................................................................................ |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Thời gian: giờ phút, ngàythángnăm 202...*  **Người thực hiện sàng lọc**  *(Ký, ghi rõ họ và tên)* |

**Thời gian tiêm:** lúc … giờ … phút ngày … / … /202…

**Hết thời gian theo dõi sau tiêm:** lúc … giờ … phút ngày … / … /202…

*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 hoặc phát hiện có các yếu tố bất thường khác*.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **QR CODE** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   **GIẤY XÁC NHẬN ĐÃ TIÊM VẮC XIN COVID-19**  **(CERTIFICATE OF COVID-19 VACCINATION)**  Họ và tên/Name:……………………………………………………………  Giới tính/Sex: Nam 󠅙󠅙 Nữ 󠅙󠅙  Ngày sinh/Date of birth (day/month/year):...................................................  Số CCCD/CMT/hộ chiếu/ID:………………………………………………  Số điện thoại/Tel:…………………………………………………………..  Địa chỉ (Address):………………………………………………………….  Đã được tiêm vắc xin phòng bệnh COVID-19/Has been vaccinated with COVID-19 vaccine:   |  |  | | --- | --- | | Mũi 1/First dose  Ngày/date: ……/……/……..  Loại vắc xin/Vaccine:…………………… | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit  Ký tên, đóng dấu | | Mũi 2/Second dose  Ngày/date: ……/……/……..  Loại vắc xin/Vaccine:…………………… | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit  Ký tên, đóng dấu | | Mũi 3/Third dose  Ngày/date: ……/……/……..  Loại vắc xin/Vaccine:…………………… | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit  Ký tên, đóng dấu | | **Liều bổ sung/additional dose** | | | Ngày/date: ……/……/……..  Loại vắc xin/Vaccine:…………………… | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit  Ký tên, đóng dấu | | **Liều nhắc lại/booster dose\*** | | | Mũi 1/First dose  Ngày/date: ……/……/……..  Loại vắc xin/Vaccine:…………………… | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit  Ký tên, đóng dấu | | Mũi 2/Second dose  Ngày/date: ……/……/……..  Loại vắc xin/Vaccine:…………………… | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit  Ký tên, đóng dấu | | Mũi 3/ Third dose  Ngày/date: ……/……/……..  Loại vắc xin/Vaccine:…………………… | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit  Ký tên, đóng dấu | |

**HƯỚNG DẪN**

**Người được tiêm chủng tự 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)**

**I. 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 tái hoặc đỏ da hoặc chảy máu, xuất huyết dưới da;

3) Ở họng có cảm giác ngứa, căng cứng, nghẹn họng, nói khó;

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

HÃY LIÊN HỆ VỚI:

- ĐỘI CẤP CỨU LƯU ĐỘNG................................................................................

- HOẶC ĐẾN THẲNG BỆNH VIỆN.......................................................................

**II. NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý**

1) Luôn có người hỗ trợ bên cạnh 24/24 giờ, ít nhất là trong 03 ngày đầu sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19.

2) Không nên uống rượu bia và các chất kích thích ít nhất là trong 03 ngày đầu sau tiêm chủng.

3) Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ.

4) 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.

5) Thường xuyên đo thân nhiệt, nếu có:

a. Sốt dưới 38,5 độ C: Cởi bớt, nới lỏng quần áo, chườm/lau bằng khăn ấm tại trán, hố nách, bẹn, uống đủ nước. Không để nhiễm lạnh. Đo lại nhiệt độ sau 30 phút.

b. Sốt từ 38,5 độ 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

**TIÊM VẮC XIN COVID-19 CHO TRẺ TỪ 5 ĐẾN DƯỚI 12 TUỔI**

**VÀ NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT**

Tiêm vắc xin phòng Covid-19 cho trẻ từ 5 đến dưới 12 tuổi là việc hết sức cần thiết, mang lại nhiều lợi ích để bảo vệ trẻ trước tình hình dịch Covid-19 như hiện nay. Phụ huynh và người chăm sóc trẻ nên sớm đồng ý cho trẻ được tiêm, để làm giảm nguy cơ mắc bệnh, giảm tỷ lệ chuyển nặng, giảm biến chứng và giảm tử vong nếu trẻ không may bị nhiễm Covid-19.

Với trẻ mắc Covid-19, qua theo dõi đã xuất hiện nhiều ca có biểu hiện lâm sàng kéo dài, có cả di chứng cấp tính của Covid-19 và tình trạng hậu Covid-19. Thậm chí có những trường hợp ghi nhận trẻ bị Hội chứng viêm đa hệ thống sau mắc Covid-19, đây là biểu hiện nghiêm trọng khi viêm cả các cơ quan khác trong cơ thể, nếu không được phát hiện sớm rất dễ dẫn đến tử vong. Ngoài ra, việc tiêm vắc xin không chỉ bảo vệ bản thân trẻ mà còn giảm đi sự lây nhiễm cho những người trong gia đình, đặc biệt là người cao tuổi, người mắc bệnh nền.

Hiện có hơn 60 quốc gia và vùng lãnh thổ trên thế giới đã và đang sử dụng vắc xin Pfizer để tiêm cho hàng chục triệu trẻ từ 5 đến dưới 12 tuổi. Theo ghi nhận thực tế từ các quốc gia đã triển khai, tỷ lệ phản ứng thông thường như sốt, sưng đau tại chỗ khi trẻ tiêm vắc xin này rất thấp, chưa nói đến phản ứng nặng và tỷ lệ thấp hơn so với các vắc xin thông thường trong và ngoài chương trình tiêm chủng mở rộng như cúm, sởi - quai bị - rublella, v.v.

Đến thời điểm hiện tại, loại vắc xin được nước ta phê duyệt sử dụng cho lứa tuổi này là vắc xin Pfizer. Liều lượng 0,2 ml. Khoảng cách giữa các mũi tiêm thực hiện theo hướng dẫn của nhà sản xuất và Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. Bộ Y tế nêu rõ, việc tổ chức tiêm, khám sàng lọc, hướng dẫn cách theo dõi, chăm sóc sau khi tiêm chủng thực hiện theo các hướng dẫn chuyên môn trước đó của Bộ Y tế. Cha mẹ, người giám hộ đọc kỹ hướng dẫn và ký vào “Phiếu đồng ý tiêm chủng” theo mẫu.

Để giúp trẻ không lo lắng khi được đưa đi tiêm chủng, các chuyên gia khuyến cáo:

1. Cha mẹ nên trao đổi cho trẻ biết về lợi ích và các phản ứng sau tiêm vắc xin trước khi đi tiêm chủng. Cho trẻ ăn uống đầy đủ, ngủ đủ giấc, không vận động quá mức ngay trước khi tiêm. Thực hiện thông điệp 5K tại điểm tiêm. Thông báo với nhân viên y tế tất cả các vấn đề về sức khỏe của trẻ (nếu có).
2. Sau khi tiêm chủng, cần cho trẻ ở lại điểm tiêm chủng ít nhất 30 phút để theo dõi, phát hiện và xử trí kịp thời các phản ứng nghiêm trọng nếu có. Đồng thời cần tiếp tục theo dõi sức khỏe của trẻ tại nhà trong vòng 28 ngày sau tiêm, đặc biệt 48 giờ đầu.
3. Luôn có người hỗ trợ bên cạnh trẻ 24/24 giờ, ít nhất là trong 3 ngày đầu sau tiêm chủng vắc xin phòng Covid-19. Trẻ cần tránh các hoạt động gắng sức và có chế độ dinh dưỡng đầy đủ.
4. Nếu thấy đỏ, đau hay có sưng nhỏ tại vị trí tiêm thì tiếp tục theo dõi, nếu sưng to nhanh và bất thường thì đến ngay cơ sở y tế để khám và điều trị. Tuyệt đối không bôi, chườm hay đắp bất cứ thứ gì vào chỗ tiêm.
5. Thường xuyên đo thân nhiệt cho trẻ:

* Nếu sốt dưới 38,5 độ C: cởi bớt, nới lỏng quần áo, chườm hoặc lau mát bằng khăn ấm tại trán, hố nách, bẹn, uống đủ nước. Không để nhiễm lạnh và đo lại nhiệt độ sau 30 phút.
* Trường hợp sốt từ 38,5 độ C trở lên: cho trẻ dùng thuốc hạ sốt theo chỉ dẫn của nhân viên y tế. Nếu không cắt được sốt hoặc sốt kéo dài sau khi đã dùng thuốc, cần thông báo cho nhân viên y tế hoặc đến cơ sở y tế gần nhất để được khám và hướng dẫn xử trí kịp thời./.