|  |  |
| --- | --- |
| **TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT THANH HÓA** | **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: …………………………..…… Ngày sinh …………….…………………Nam □ Nữ □.

Số CMT:………………………………… Số thẻ BHYT:………………………….…………………

Nghề nghiệp: …………………………… Số điện thoại: ……………………………………………..

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

Địa chỉ nơi ở …………………………………………………………….. …………………………

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19:

□ Chưa tiêm

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

**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. | Không □ | Có □ |
| 2. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ nguyên nhân gì (Nếu có, loại tác nhân dị ứng:…….….....) | Không □ | Có□ |
| 3. Tiền sử rõ ràng bị COVID-19 trong vòng 6 tháng | Không □ | Có □ |
| 4. Đang mắc bệnh cấp tính | Không □ | Có□ |
| 5. Phụ nữ mang thai \*  5a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần  5b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần | 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. Bất thường dấu hiệu sống (Nếu có, ghi rõ……………………………………………)  • Nhiệt độ:         độ C  • Mạch:               lần/phút  • Huyết áp:          mmHg  • Nhịp thở:          lần/phút; SpO2:        % (nếu có) | Không □ | Có□ |
| 10. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi | Không □ | Có□ |

**II. 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)  - Chỉ định tiêm tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu phản vệ (Khi **CÓ** bất thường tại mục 2)  - Trì hoãn tiêm chủng khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 3, 4, 5a  - Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 5b#, 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, nếu đồng ý tiêm chuyển đến cơ sở có cấp cứu sản khoa để tiêm.* | | □  □  □  □  □ | |
|  | | *Thời gian:… giờ … phút, ngày ....tháng…… năm 2021*  **Bác sĩ khám sàng lọc** *(ký, ghi rõ họ và tên)* | |