|  |  |
| --- | --- |
| BỆNH VIỆN ……………….…….. | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |

**BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI ĐỐI TƯỢNG TỪ 1 THÁNG TUỔI TRỞ LÊN TẠI CÁC CƠ SỞ TIÊM CHỦNG THUỘC BỆNH VIỆN**

Họ và tên trẻ: ………………………………………………………………………..Nam □ Nữ □

Tuổi:........................................ sinh ngày ……………tháng ………….năm .....................

Địa chỉ: .......................................................................................................................

Họ tên bố/mẹ: ……………………………………………. Điện thoại:....................................

Cân nặng: , kg Thân nhiệt: , °C

**I. Khám sàng lọc:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Phản ứng phản vệ mức độ III trở lên sau lần tiêm chủng trước | Không □ | Có □ |
| 2. Đang mắc bệnh cấp tính hoặc bệnh mạn tính tiến triển\* | Không □ | Có □ |
| 3. Đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid liều cao (tương đương prednison >2mg/kg/ngày), hóa trị, xạ trị, gammaglobulin\*\* | Không □ | Có □ |
| 4. Sốt/Hạ thân nhiệt (Sốt: nhiệt độ ≥ 38°C; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ ≤ 35,5°C) | Không □ | Có □ |
| 5. Suy giảm miễn dịch chưa xác định mức độ hoặc mức độ nặng, có biểu hiện lâm sàng nghi nhiễm HIV | Không □ | Có □ |
| 6. Nghe tim bất thường\*\*\* | Không □ | Có □ |
| 7. Nhịp thở, nghe phổi bất thường\*\*\* | Không □ | Có □ |
| 8. Tri giác bất thường (li bì hoặc kích thích) | Không □ | Có □ |
| 9. Các chống chỉ định khác, nếu có ghi rõ:  …………………………………………………………………………………….. | Không □ | Có □ |

*\*: Chỉ định tiêm vắc xin nếu trẻ có bệnh nhẹ (ho, sổ mũi, tiêu chảy mức độ nhẹ….. và không sốt), bú tốt, ăn tốt*

*\*\*: Trừ kháng huyết thanh viêm gan B*

*\*\*\*: Nếu khám chuyên khoa không cần xử trí cấp cứu thì chỉ định tiêm chủng*

**- Khám sàng lọc theo chuyên khoa:** Không □ Có □, chuyên khoa: ……………………

+ Lý do: ......................................................................................................................

+ Kết quả: ...................................................................................................................

+ Kết luận: ..................................................................................................................

**II. Kết luận:**

|  |  |
| --- | --- |
| **- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay** (Tất cả đều **KHÔNG**có điểm bất thường) | □ |
| Loại vắc xin tiêm chủng lần này: ………………………………………………………….. |  |
| - Chống chỉ định tiêm chủng (Khi **CÓ** điểm bất thường tại mục 1,9) | □ |
| - Tạm hoãn tiêm chủng (Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2,3,4,5,6,7,8) | □ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *…....giờ …….phút, ngày....tháng....năm…..* Người thực hiện sàng lọc (ký, ghi rõ họ và tên) |