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

**BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI TRẺ DƯỚI 1 THÁNG TUỔI TẠI CÁC CƠ SỞ TIÊM CHỦNG THUỘC BỆNH VIỆN**

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

Sinh: ……….. giờ …….. ngày…….. tháng …… năm ……… Tuổi thai khi sinh: ................

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

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

Cân nặng: g Thân nhiệt: , °C

Mẹ đã xét nghiệm HbsAg: Không □ Có □ Kết quả: Dương tính □ Âm tính □

**I. Khám sàng lọc:**

Các dấu hiệu hiện tại:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Tình trạng sức khỏe chưa ổn định | Không □ | Có □ |
| 2. Sốt/Hạ thân nhiệt (Sốt: nhiệt độ ≥ 38°C; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ ≤ 35,5°C ) | Không □ | Có □ |
| 3. Khóc bé hoặc không khóc | Không □ | Có □ |
| 4. Da, môi không hồng | Không □ | Có □ |
| 5. Bú kém hoặc bỏ bú | Không □ | Có □ |
| 6. Tuổi thai < 28 tuần | Không □ | Có □ |
| 7. Tuổi thai < 34 tuần\* | Không □ | Có □ |
| 8. Suy giảm miễn dịch chưa xác định mức độ hoặc mức độ nặng, có biểu hiện lâm sàng nghi nhiễm HIV\* | Không □ | Có □ |
| 9. Các chống chỉ định khác, nếu có ghi rõ  …………………………………………………………………………… | Không □ | Có □ |

*\* Chỉ áp dụng với vắc xin phòng lao (BCG)*

**- 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 9) | □ |
| - Tạm hoãn tiêm chủng (Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 1,2,3,4,5,6,7,8) | □ |

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