|  |  |
| --- | --- |
| TTKSBT/TTYT/TYT/PK/NHS…………………………… | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** |

**BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI TRẺ DƯỚI 1 THÁNG TUỔI TẠI CÁC CƠ SỞ TIÊM CHỦNG NGOÀI 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:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Đang mắc bệnh cấp tính hoặc bệnh mạn tính tiến triển\* |  |  |
| 2. Sốt/Hạ thân nhiệt (Sốt: nhiệt độ ≥ 38°C; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ ≤ 35,5°C) | Không □ | Có □ |
| 3. Cân nặng < 2000 g |  |  |
| 4. Khóc bé hoặc không khóc được | Không □ | Có □ |
| 5. Da, môi không hồng | Không □ | Có □ |
| 6. Bú kém hoặc bỏ bú | Không □ | Có □ |
| 7. Tuổi thai < 34 tuần | Không □ | Có o |
| 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 □ |

**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) | □ |

- Đề nghị khám sàng lọc tại bệnh viện: Không □ Có □

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

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