**PHỤ LỤC**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 3802/QĐ-BYT ngày 10 tháng 08 năm 2021)*

|  |  |
| --- | --- |
| **CƠ SỞ TIÊM CHỦNG**  ............................. | **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 CCCD: ................................................ Số điện thoại: ...........................................................

Nghề nghiệp:

Đơn vị công tác:

Địa chỉ liên hệ:

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

- Trì hoãn tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2, 3, 4a □

- Chỉ định tiêm tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu phản vệ: Khi **CÓ** bất thường tại mục 5 □

- Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 4b#, 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 và ký cam kết nếu đồng ý tiêm và chuyển đến cơ sở có cấp cứu sản khoa để tiêm.*

*Thời gian:... giờ ... phút, ngày ....tháng...... năm ......*

**Người thực hiện sàng lọc**

*(ký, ghi rõ họ và tên)*