

BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19 ĐỐI VỚI TRẺ EMHọ và tên trẻ: Ngày sinh:/...../..... Tuổi: Nam ☐ Nữ ☐

Trường: Lớp: Khối:

CCCD/CMT/Mã định danh/Hộ chiếu (nếu có): Số điện thoại:

Nơi ở hiện tại: Xã/phường: Quận/huyện:

☐ Chưa tiêm Vắc xin phòng COVID-19 ☐ Đã tiêm, loại vắc xin: Ngày tiêm:

Họ tên bố/mẹ/người giám hộ: Số điện thoại:

Địa chỉ liên hệ:

I. Sàng lọc:

Thân nhiệt: °C

Mạch: lần/phút

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. Đang mắc bệnh cấp tính, mạn tính tiến triển	Không ☐	Có ☐
3. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không ☐	Có ☐
4. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	Không ☐	Có ☐
5. Mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu...	Không ☐	Có ☐
6. Nghe tim phổi bất thường	Không ☐	Có ☐
7. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ghi rõ tác nhân dị ứng:.....)	Không ☐	Có ☐
8. Các chống chỉ định/trì hoãn khác (nếu có, ghi rõ)	Không ☐	Có ☐

II. Kết luận:- **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay:** Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường ☐và **KHÔNG** có chống chỉ định tiêm vắc xin theo hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất- Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại: Khi **CÓ** điểm bất thường tại mục 1 ☐- Trì hoãn tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2 ☐- Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 3,4 ☐- Chuyển khám sàng lọc, tiêm chủng tại bệnh viện: Khi có bất thường tại mục 5,6,7 ☐

Lý do:

Thời gian: giờ..... phút, ngày tháng năm 20.....

Người thực hiện sàng lọc

(Ký, ghi rõ họ tên)

Thông tin cụ thể về mũi tiêm phòng bệnh COVID-19: Comirnaty

Ngày, giờ tiêm:/...../2021

Số lô:

Điều dưỡng tiêm

.....giờ..... phút

Hạn sử dụng:/...../.....**Theo dõi 30 phút tại điểm tiêm chủng:**

Thời gian tiêm: Thời gian kết thúc theo dõi tại điểm tiêm:.....

Tình trạng sức khỏe khi kết thúc thời gian theo dõi:.....

Người theo dõi PUSTNgười được tiêm ký: