

**PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC-XIN PHÒNG COVID-19**

1. Tiêm chủng vắc xin là biện pháp phòng bệnh hiệu quả, tuy nhiên vắc xin phòng COVID-19 có thể không phòng được bệnh hoàn toàn. Người được tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 đủ liều có thể phòng được bệnh hoặc giảm mức độ nặng nếu mắc COVID-19. Sau khi được tiêm vắc xin phòng COVID-19 vẫn cần thực hiện đầy đủ Thông điệp 5K phòng, chống dịch COVID-19.

2. Tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 có thể gây ra một số biểu hiện tại chỗ tiêm hoặc toàn thân như sưng, đau chỗ tiêm, nhức đầu, buồn nôn, sốt, đau cơ....hoặc tai biến nặng sau tiêm chủng.

3. Khi có triệu chứng bất thường về sức khỏe, người được tiêm chủng cần liên hệ với cơ sở y tế gần nhất để được tư vấn, khám và điều trị kịp thời.

Sau khi đã đọc các thông tin nêu trên, tôi đã hiểu về các nguy cơ và:

Đồng ý tiêm chủng

Không đồng ý tiêm chủng

Họ tên người được tiêm chủng:.....

Đơn vị công tác: .....

Số điện thoại: .....

Quy Nhơn, ngày.....tháng.....năm 2021

*(Ký, ghi rõ họ tên)*

## 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 <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
2. Tiền sử rõ ràng bị COVID-19 trong vòng 6 tháng	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
3. Đang mắc bệnh cấp tính	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
4. Phụ nữ mang thai *		
4a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
4b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
5. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng:.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
6. Đang bị suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
7. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
8. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
9. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>

#### 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<sup>#</sup>, 6, 7, 8, 9, 10.

\* Phụ nữ đang mang thai và cho con bú: Chống chỉ định với vắc xin Sputnik V.

<sup>#</sup> 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)

## **Phụ lục: 3**

# **PHIẾU HƯỚNG DẪN NGƯỜI ĐƯỢC TIÊM CHỦNG TỰ THEO DÕI SAU TIÊM CHỦNG VẮC-XIN COVID-19**

(Thời gian tự theo dõi 28 ngày sau tiêm chủng, đặc biệt trong vòng 7 ngày đầu)

## **I. KHI THẤY MỘT TRONG CÁC DẤU HIỆU SAU:**

- 1) Ở miệng thấy có cảm giác tê quanh môi hoặc lưỡi;
- 2) Ở da thấy có phát ban hoặc nổi mẩn đỏ hoặc tím tái hoặc đỏ da hoặc chảy máu, xuất huyết dưới da;
- 3) Ở họng có cảm giác ngứa, căng cứng, nghẹn họng, nói khó;
- 4) Về thần kinh có triệu chứng đau đầu kéo dài hoặc dữ dội, li bì; ngủ gà, lú lẫn, hôn mê, co giật;
- 5) Về tim mạch có dấu hiệu đau tức ngực, hồi hộp đánh trống ngực kéo dài, ngất;
- 6) Đường tiêu hóa dấu hiệu nôn, đau quặn bụng hoặc tiêu chảy;
- 7) Đường hô hấp có dấu hiệu khó thở, thở rít, khò khè, tím tái;
- 8) Toàn thân:
  - a. Chóng mặt, choáng, xây xẩm, cảm giác muốn ngã, mệt bất thường
  - b. Đau dữ dội bất thường tại một hay nhiều nơi không do va chạm, sang chấn.
  - c. Sốt cao liên tục trên 39 độ C mà không đáp ứng thuốc hạ sốt

HÃY LIÊN HỆ VỚI:

- ĐỘI CẤP CỨU LƯU ĐỘNG

- HOẶC ĐẾN THĂNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HOẶC THÀNH PHỐ

## **II. NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý**

- 1) Luôn có người hỗ trợ bên cạnh 24/24 giờ, ít nhất là trong 3 ngày đầu sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19.
- 2) Không nên uống rượu bia và các chất kích thích ít nhất là trong 03 ngày đầu sau tiêm chủng.
- 3) Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ.
- 4) Nếu thấy sưng, đỏ, đau, nổi cục nhỏ tại vị trí tiêm: Tiếp tục theo dõi, nếu sưng to nhanh thì đi khám ngay, không bôi, chườm, đắp bất cứ thứ gì vào chỗ sưng đau.
- 5) Thường xuyên đo thân nhiệt, nếu có:
  - a. Sốt dưới 38,5 độ C: Cởi bớt, nói lỏng quần áo, chườm/lau bằng khăn ẩm tại trán, hố nách, bẹn, uống đủ nước. Không để nhiễm lạnh. Đo lại nhiệt độ sau 30 phút.
  - b. Sốt từ 38,5 độ C trở lên: Sử dụng thuốc hạ sốt theo chỉ dẫn của nhân viên y tế. Nếu không cắt được sốt hoặc sốt lại trong vòng 2 tiếng cần thông báo ngay cho nhân viên y tế và đến cơ sở y tế gần nhất.