

**BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19 ĐỐI VỚI TRẺ EM**

Họ và tên trẻ: .....Ngày sinh: ...../...../.....Nam  Nữ   
CMND/CCCD/Hộ chiếu (nếu có): .....Số điện thoại: .....  
Địa chỉ liên hệ: Số nhà .....Đường.....Phường.....Quận.....Tỉnh/TP.....  
Họ tên bố/mẹ/người giám hộ: .....Số điện thoại: .....  
Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19:  
 Chưa tiêm  
 Đã tiêm, loại vắc xin:.....Ngày tiêm: .....

**I. Sàng lọc**

Thân nhiệt: .....<sup>0</sup>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 <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
2. Đang mắc bệnh cấp tính, mạn tính tiến triển	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
3. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
4. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
5. Mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu...	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
6. Nghe tim phổi, bất thường <sup>i</sup>	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
7. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ghi rõ tác nhân dị ứng: .....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
8. Các chống chỉ định/trì hoãn khác nếu <sup>ii</sup> (nếu có, ghi rõ) .....	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>

**II. Kết luận**

- **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay:** 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 của nhà sản xuất

- 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 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.....

**Người thực hiện sàng lọc**

(Ký, ghi rõ họ và tên)

<sup>i</sup> Chỉ định tiêm tại bệnh viện nếu đánh giá tình trạng hiện tại không có chỉ định cấp cứu

<sup>ii</sup> Các trường hợp chống chỉ định/trì hoãn theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với loại vắc xin COVID-19 sử dụng hoặc phát hiện có các yếu tố bất thường khác.