**PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN 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 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. Tiêm vắc xin mũi 2 do Pfizer sản xuất ở người đã tiêm mũi 1 bằng vắc xin AstraZeneca có thể tăng khả năng xảy ra phản ứng thông thường 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.
	4. 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:.........................................................................

Số điện thoại: ....................................................................................................

Địa chỉ nơi ở:.....................................................................................................

................., ngày......tháng năm 2021

*(Ký, ghi rõ họ tên)*

|  |  |
| --- | --- |
| **BAN CHỈ ĐẠO PHÒNG CHỐNG** **DỊCH COVID-19****BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI** | **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: Vắc xin:………………Ngày tiêm:………………Nơi tiêm……………………..

**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*

*\*\* Đo huyết áp đối với người có tiền sử tăng huyết áp/ huyết áp thấp, người có bệnh nền liên quan đến bệnh lý tim mạch, người trên 65 tuổi.*

*\*\*\* Đo mạch, đếm nhịp thở ở người có tiền sử suy tim hoặc phát hiện bất thường như đau ngực, khó thở....*

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

**Người thực hiện sàng lọc**

*(ký, ghi rõ họ và tên)*

|  |  |
| --- | --- |
| **BAN CHỈ ĐẠO PHÒNG CHỐNG** **DỊCH COVID-19****BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |



**GIẤY XÁC NHẬN ĐÃ TIÊM VẮC XIN PHÒNG COVID-19**

**(CERTIFICATE OF COVID-19 VACCINATION)**

Họ và tên/Name: ..................................................................................................

Ngày sinh/Date of birth (day/month/year): ..........................................................

Số CCCD/CMT/hộ chiếu/ID: ..............................................................................

Số điện thoại/Tel: .................................................................................................

Địa chỉ (Address):.................................................................................................

Đã được tiêm vắc xin phòng bệnh COVID-19/Has been vaccinated with COVID-19 vaccine

|  |  |
| --- | --- |
| Mũi 1/First dose: Ngày/date: .................................................Loại vắc xin/Vaccine: .................................Lô vắc xin/Lot:.............................................Người tiêm/vaccinator:................................ | Mũi 2/Second dose: Ngày/date: ...........................................Loại vắc xin/Vaccine: ……………………Lô vắc xin/Lot:............................................Người tiêm/vaccinator:............................... |
| *Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit**(Ký, đóng dấu)**(Sign and Stamp)* | *Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit**(Ký, đóng dấu)**(Sign and Stamp)* |

(***Lưu ý:*** *Đây là giấy* ***xác nhận tạm thời****, sau khi được tiêm* ***đủ 2 mũi tiêm****, người tiêm sẽ được nhận* ***Giấy xác nhận chính thức*** *có chữ ký dấu đỏ của Bệnh viện)*

**HƯỚNG DẪN NGƯỜI ĐƯỢC TIÊM CHỦNG TỰ THEO DÕI SAU TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG 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 THẲNG BỆNH VIỆN ................................................................*

**II. NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý**

1) Luôn có người hỗ trợ bên cạnh 24/24 giờ, ít nhất là trong 03 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, nới lỏng quần áo, chườm/lau bằng khăn ấm 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.