|  |  |
| --- | --- |
|  ***THE CANTHO CITY DEPARTMENT OF HEALTH*****Can Tho Center for Disease Control**  |  ***SOCIALIST REPUBLIC OF VIET NAM******Independence – Freedom - Happiness*** |

**PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**

***COVID-19 PRE-VACCINATION SCREENING FORM***

Họ và tên *Name*: ……………………………….. Ngày sinh *Date of birth*:……………...............................

Nam Male □ Nữ Female □

Số CCCD *ID No:* ……………………………….Số điện thoại *Mobile no:* ……………………………….

Địa chỉ liên hệ *Contact Address*: ……………………………………………………………………..

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19: *previous dose of a COVID-19 vaccine*

□ Chưa tiêm No

□ Đã tiêm mũi 1, loại vắc xin Had 1st injection, type of vaccine: ...………………..... date.....................

□ Đã tiêm mũi 2, loại vắc xin Had 2nd injection, type of vaccine: ...………………..... date.....................

□ Đã tiêm mũi 1, loại vắc xin Had 3rd injection, type of vaccine: ...………………..... date.....................

**I. Sàng lọc Vaccination screening questions**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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.*A history of severe allergic reaction to the previous shot of COVID-19 vaccine or to any COVID-19 vaccine ingredients.* | No □ | Yes □ |
| 2. Đang mắc bệnh cấp tính *Having any acute disease* | No □ | Yes □ |
| 3. Phụ nữ mang thai *Being pregnant*  |   |   |
|  3a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần *pregnant women < 13 weeks* | No □ | Yes □ |
|  3b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần *pregnant women ≥ 13 weeks* | No □ | Yes □ |
| 4. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng:……) *Any anaphylaxis grade 3 or higher with allergen (If yes, type of allergen:……..)* | No □ | Yes □ |
| 5. Đang bị suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị*Being severe immunocompromised, terminal cancer undergoing chemotherapy or radiation therapy* | No □ | Yes □ |
| 6. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào *History of allergies to any allergen* | No □ | Yes □ |
| 7. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu *History of blood clots/hemostasis* | No □ | Yes □ |
| 8. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi *Have a disorder of consciousness or behavioral disorder* |  |  |
| 9. Bất thường dấu hiệu sống (Nếu có, ghi rõ ………………………………..................................)*Abnormal vital signs (If yes, please describe……………………………...........................................)**Temperature: °C* ; *Pulse: beats per minute**Blood pressure: mmHg* ; *Respiration rate: breaths per minute* | No □ | Yes □ |
| 10. Các chống chỉ định/ trì hoãn khác (Nếu có, ghi rõ …...............................................................)*Other contraindications to vaccination/ A delay in vaccination* *(If yes, please describe……….....)*.......................................................................................................................................................... | No □ | Yes □ |

**II. Kết luận:** ***Conclusion***

|  |  |
| --- | --- |
| **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*Eligible for a COVID-19 vaccine immediately: There are NO anomalities and there are NO contraindications to vaccination according to the manufacturer's instructions* | □ |
| - Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại: Khi **CÓ** bất thường tại mục 1 *Contraindications and precautions to the same vaccine: When there* ***IS*** *an abnormality in section 1* | □ |
| Trì hoãn tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2, 3a *A delay in vaccination: When there* ***IS*** *any abnormality in sections 2, 3a* | □ |
| Chỉ định tiêm tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu phản vệ: Khi **CÓ** bất thường tại mục 5*Indicated for injection at medical facilities that are qualified for emergency treatment of anaphylaxis: When there* ***IS*** *an abnormality in section 5* | □ |
| Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 3b,5,6,7,8,9 *Cautious group when vaccinated: When there* ***IS*** *any abnormality in sections* 3b,5,6,7,8,9 | □ |
| Lý do:............................................Reason:....................................................................................... |  |

*\* Phụ nữ đang mang thai và cho con bú: cần đối chiếu với hướng dẫn sử dụng vắc xin để chỉ định loại vắc xin được phép sử dụng*

*Pregnant or breastfeeding women: It is necessary to compare with the vaccine instructions to determine the type of vaccine that is allowed to be used*

*\* 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.*

*For pregnant women ≥ 13 weeks: Explain the risks and benefits of vaccination and provide a signature on the vaccine consent form and transfer to* *obstetric emergency for injection.*

*\** Đo mạch, đếm nhịp thở ở người có tiền sử huyết áp/huyết áp thấp, người có bệnh nền liên quan đến bệnh lý tim mạch, người trên 65 tuổi.

*Measure pulse, count breathing in people with a history of blood pressure / low blood pressure, people who underlying diseases related to cardiovascular disease, or over 65 years old.*

*\** 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 các yếu tố bất thường khác.

*Contraindications/delays according to the manufacturer's instructions for the type of COVID-19 vaccine used or other unusual factors detected.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Cần Thơ,..... giờ .... phút, ngày .... tháng… năm 2022***Người thực hiện sàng lọc***(ký, ghi rõ họ và tên)**Signature of screening staff* |
|  |  |

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

**CONSENT FORM FOR COVID-19 VACCINATION**

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.

*Vaccination is the effective way of protecting people against disease, but COVID-19 vaccines do not fully protect everyone who is vaccinated. People who receive a full dose of the COVID-19 vaccine can prevent or reduce the severity of the disease if they get COVID-19. After being vaccinated, it is necessary to fully comply with the 5K message.*

1. 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.

*Vaccination against COVID-19 can cause some side effects at the injected spot or*

*the whole body such as swelling, pain at the injected spot, headache, nausea, fever,*

*muscle pain... or severe complications after vaccinated.*

1. 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.

*When there are unusual symptoms the vaccinated person should contact the nearest medical facility for consultation, examination and treatment.*

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

*I have read the above information and understand the risks and benefits, and*

* Đồng ý tiêm chủng *I wish to be vaccinated*
* Không đồng ý tiêm chủng *I do not wish to be vaccinated*

Họ tên người được tiêm chủng:

*Full name of vaccinated person*

Số điện thoại:

*Mobile no:*

Hồi giờ phút, ngày tháng \_\_ năm 2021

*Time……., date………………………………..2021*

(*Ký, ghi rõ họ tên*)

 *(Sign, write full name)*