



BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN E

THAY ĐỔI ĐỂ PHÁT TRIỂN

HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH TIÊM VẮC XIN PHÒNG COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN E



Địa chỉ: 87-89 Phố Trần Cung, phường Nghĩa Tân, quận Cầu Giấy, Hà Nội
Hotline CSKH: 0818 467 686 hoặc 0868 891 318 | Website: benhviene.com

I. HƯỚNG DẪN TRƯỚC KHI ĐẾN ĐIỂM TIÊM:

1. Chủ động KHAI BÁO Y TẾ ONLINE:

- Quét mã QR Code bằng Camera hoặc Zalo:



MÃ QR CODE KHAI BÁO Y TẾ


hoặc vào đường dẫn: <https://benhviene.ivisor.vn/> để thực hiện Khai báo Y tế.

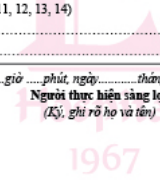
Chụp và lưu ảnh màn hình mã QR Code sau khai báo:



2. Chủ động in, khai báo đầy đủ thông tin, ký và ghi rõ họ tên trên TRANG 1 PHIẾU ĐỒNG Ý TIÊM VÀ KHÁM SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

- Mang theo phiếu này khi đến tiêm chủng tại Bệnh viện E.

 BỘ Y TẾ BỆNH VIỆN E THAY ĐỔI BÉ PHẢI TIÊM		CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc	
KHOA NỘI NHÍ TỔNG HỢP			
PHIẾU ĐỒNG Ý TIÊM VÀ KHÁM SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19 (Ban hành kèm theo Quyết định số 3445/QĐ-BYT ngày 15 tháng 7 năm 2021)			
Họ và tên:		Nam/Nữ	
Ngày tháng năm sinh:			
Nghề nghiệp:		Đơn vị công tác:	
Địa chỉ thường trú (Xã, Huyện, Tỉnh):			
Số điện thoại:		Số CMT/CCCD:	
I. Đồng ý tiêm phòng Vaccine 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 chỉ để 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.		Sau khi đã đọc các thông tin, tôi đã hiểu về các nguy cơ và:	
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 tái biến nặng sau tiêm chủng.		<input type="checkbox"/> Không đồng ý 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.		<input type="checkbox"/> Đồng ý tiêm chủng	
		Ngày tháng năm 2021 (Ký, ghi rõ họ tên)	
II. KHÁM SÀNG LỌC			
DANH CHO NGƯỜI TIÊM TỰ KHAI			
1. Tiền sử phẫu thuật từ độ 2 trở lên (Nếu có, loại tác nhân dị ứng	Không	Có	
2. Tiền sử bị COVID-19 trong vòng 6 tháng	Không	Có	
3. Tiền sử tiêm vắc xin khác trong 14 ngày qua (Nếu có, loại vắc xin	Không	Có	
4. Tiền sử bệnh mạn tính, đang tiến triển (Nếu có, loại bệnh	Không	Có	
5. Tiền sử suy giảm miễn dịch, ung thư giai đoạn cuối, cắt lách, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch, corticoid liều cao (trung đường hoặc hơn 2mg prednisolon/kg/ ngày trong ít nhất 7 ngày)	Không	Có	
6. Bệnh cấp tính (Nếu có, loại bệnh mắc	Không	Có	
7. Đang mang thai, phụ nữ đang nuôi con bằng sữa mẹ	Không	Có	
8. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không	Có	
9. Tiền sử bệnh nền, bệnh mạn tính được điều trị ổn định (Nếu có, loại bệnh:	Không	Có	
10. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu hoặc đang dùng thuốc chống đông	Không	Có	
11. Độ tuổi: \geq 65 tuổi	Không	Có	

DANH CHO NHÂN VIÊN Y TẾ			
12. Bất thường dấu hiệu sống (ghi rõ) • Nhịp độ:	• Mạch:	lần/phút/	Không
• Nhịp thở:	• Huyết áp:	mmHg	Có
13. Dấu hiệu bất thường khi nghe tim phổi			Không
14. Rối loạn tri giác			Có
15. Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19? <input type="checkbox"/> Chưa tiêm <input type="checkbox"/> Đã tiêm, loại vắc xin:			Không
Ngày tiêm:			Có
III. KẾT LUẬN			
- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay (Tất cả đều KHÔNG có điểm bất thường)			
Chỉ định tiêm chủng (Bác sĩ chỉ định một trong ba loại vaccine dưới đây)			
<input type="checkbox"/> COVID-19 vaccine AstraZeneca - Liều lượng: 0.5ml - Tiêm bắp			
<input type="checkbox"/> Moderna COVID-19 vaccine - Liều lượng: 0.5ml - Tiêm bắp			
<input type="checkbox"/> Pfizer/BioNTech COVID-19 vaccine - Liều lượng: 0.3ml - Tiêm bắp			
- Chồng chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại (Khi CÓ điểm bất thường tại mục 1)			
- Tri hoãn tiêm chủng (Khi CÓ bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2, 3, 4, 5, 6, 7)			
- Thận trọng, chuyên tiêm chủng và theo dõi tại bệnh viện (Khi CÓ tại các mục 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14)			
- Đề nghị chuyển đến:			
- Lý do:			
Hết giờ phút, ngày tháng năm 2021			
Người thực hiện sàng lọc (Ký, ghi rõ họ và tên)			
			
Thông tin cụ thể về mũi tiêm phòng bệnh COVID-19:			
Ngày, giờ tiêm giờ phút / / 2021	Số lô/ Hạn sử dụng / / 20.....	Điều dưỡng tiêm (Ký, ghi rõ họ tên)	

3. Khi nhận được tin nhắn của Cục Y tế dự phòng mời đến tham dự buổi tiêm, đề nghị quý khách:

- Mang theo CMND/CCCD, Hộ chiếu
- Tuân thủ đến bệnh viện đúng giờ hẹn được thông báo trên tin nhắn
- Thực hiện theo hướng dẫn phân luồng của nhân viên y tế

KHOA NỘI NHI TỔNG HỢP

**PHIẾU ĐỒNG Ý TIÊM VÀ KHÁM SÀNG LỌC
TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3445/QĐ-BYT ngày 15 tháng 7 năm 2021)

Họ và tên:Nam/Nữ

Ngày tháng năm sinh:.....

Nghề nghiệp:Đơn vị công tác:.....

Địa chỉ thường trú (Xã, Huyện, Tỉnh):.....

Số điện thoại: Số CMT/CCCD:

I. Đồng ý tiêm phòng Vaccine Covid 19

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Sau khi đã đọc các thông tin, tôi đã hiểu về các nguy cơ và:</p> <p><input type="checkbox"/> Không đồng ý tiêm chủng</p> <p><input type="checkbox"/> Đồng ý tiêm chủng</p> <p>Ngày tháng năm 2021 (Kí, ghi rõ họ tên)</p>
---	--

II. KHÁM SÀNG LỌC

DÀNH CHO NGƯỜI TIÊM TỰ KHAI		
1. Tiền sử phản vệ từ độ 2 trở lên (Nếu có, loại tác nhân dị ứng.....)	Không	Có
2. Tiền sử bị COVID-19 trong vòng 6 tháng	Không	Có
3. Tiền sử tiêm vắc xin khác trong 14 ngày qua (Nếu có, loại vắc xin)	Không	Có
4. Tiền sử bệnh mạn tính, đang tiến triển (Nếu có, loại bệnh.....)	Không	Có
5. Tiền sử suy giảm miễn dịch, ung thư giai đoạn cuối, cắt lách, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch, corticoid liều cao (tương đương hoặc hơn 2mg prednisolon/kg/ ngày trong ít nhất 7 ngày)	Không	Có
6. Bệnh cấp tính (Nếu có, loại bệnh mắc)	Không	Có
7. Đang mang thai, phụ nữ đang nuôi con bằng sữa mẹ	Không	Có
8. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không	Có
9. Tiền sử bệnh nền, bệnh mạn tính được điều trị ổn định (Nếu có, loại bệnh:)	Không	Có
10. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu hoặc đang dùng thuốc chống đông	Không	Có
11. Độ tuổi: ≥ 65 tuổi	Không	Có

DÀNH CHO NHÂN VIÊN Y TẾ

12. Bất thường dấu hiệu sống (ghi rõ) • Nhiệt độ: độ • Nhịp thở: lần/phút	• Mạch: lần/phút/ • Huyết áp: mmHg	Không	Có
13. Dấu hiệu bất thường khi nghe tim phổi		Không	Có
14. Rối loạn tri giác		Không	Có
15. Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19? <input type="checkbox"/> Chưa tiêm <input type="checkbox"/> Đã tiêm, loại vắc xin:..... Ngày tiêm.....		Không	Có

III. KẾT LUẬN

- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay (Tất cả đều KHÔNG có điểm bất thường) Chỉ định tiêm chủng (<i>Bác sĩ chỉ định một trong ba loại vaccine dưới đây</i>) <input type="checkbox"/> COVID-19 vaccine AstraZeneca - Liều lượng: 0.5ml - Tiêm bắp <input type="checkbox"/> Moderna COVID-19 vaccine - Liều lượng: 0.5ml - Tiêm bắp <input type="checkbox"/> Pfizer/BioNTech COVID-19 vaccine - Liều lượng: 0.3ml - Tiêm bắp	
- 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, 3, 4, 5, 6, 7)	
- Thận trọng, chuyển tiêm chủng và theo dõi tại bệnh viện (Khi CÓ tại các mục 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) - Đề nghị chuyển đến:..... - Lý do:.....	

Hồi.....giờphút, ngày.....tháng năm 2021

Người thực hiện sàng lọc

(Ký, ghi rõ họ và tên)

1967

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

Ngày, giờ tiêmgiờ.....phút...../...../2021	Số lô/ Hạn sử dụng/...../20.....	Điều dưỡng tiêm <i>(Ký, ghi rõ họ tên)</i>
--	---	--

II. HƯỚNG DẪN TẠI ĐIỂM TIÊM:

**BƯỚC
1**



**Kiểm tra thân nhiệt,
xuất trình tin nhắn hẹn lịch tiêm**

**BƯỚC
2**

**Check mã QR Code kiểm tra khai báo
y tế, tiền sử dịch tễ**



**BƯỚC
3**



Khám sàng lọc trước tiêm

**BƯỚC
4**

Tiêm vắc xin phòng Covid-19



**BƯỚC
5**



Theo dõi sau tiêm



Theo dõi 30 phút tại phòng theo dõi được bố trí tại khu vực tiêm



Nhận “**Giấy chứng nhận tiêm chủng vắc xin phòng Covid-19**”



Tiếp tục theo dõi tại nhà trong 7 ngày và bắt buộc báo cáo các phản ứng bất lợi sau tiêm bằng cách mở Zalo và quét mã QR code:



SAU TIÊM

III. HƯỚNG DẪN TỰ THEO DÕI SAU TIÊM:

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

NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý



Luôn có người hỗ trợ bên cạnh 24/24 giờ, ít nhất là trong 03 ngày đầu sau tiêm chủng vắc xin.



Không nên uống rượu bia và các chất kích thích ít nhất là trong 03 ngày đầu sau tiêm chủng vắc xin.



Nếu thấy sưng, đỏ, đau, nổi cục nhỏ tại vị trí tiêm: tiếp tục theo dõi; nếu sưng to nhanh thì đi khám ngay.



Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ.

Không bôi, chườm, đắp bất cứ thứ gì vào chỗ sưng đau.

Thường xuyên đo thân nhiệt, nếu có:



Sốt dưới 38,5 độ C: Cởi bớt, nới 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.



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.

KHI THẤY MỘT TRONG CÁC DẤU HIỆU SAU:

Ở miệng: thấy có cảm giác tê quanh môi hoặc lưỡi



Ở da: thấy có phát ban hoặc nổi mẩn đỏ hoặc tím tái hoặc đỏ da hoặc chảy máu, xuất huyết dưới da



Ở họng: có cảm giác ngứa, căng cứng, nghẹn họng, nói khó;



Về thần kinh: có triệu chứng đau đầu kéo dài hoặc dữ dội, li bì; ngủ gà, lú lẫn, hôn mê, co giật



Về tim mạch: có dấu hiệu đau tức ngực, hồi hộp đánh trống ngực kéo dài, ngất;



Đường tiêu hóa: có dấu hiệu nôn, đau quặn bụng hoặc tiêu chảy;



Đường hô hấp: có dấu hiệu khó thở, thở rít, khò khè, tím tái;



Toàn thân:

- Chóng mặt, choáng, xây xẩm, cảm giác muốn ngã, mệt bất thường
- Đau dữ dội bất thường tại một hay nhiều nơi không do va chạm, sang chấn.
- Sốt cao liên tục trên 39 độ C mà không đáp ứng thuốc hạ sốt

Hãy gọi ngay số **034.888.5335** để được hỗ trợ cấp cứu ngay lập tức
Hoặc đến thẳng bệnh viện gần nhất



Để đăng ký đặt hẹn lịch khám bệnh và đặt lịch khám, tư vấn tiêm chủng,
Quý khách vui lòng gọi số hotline CSKH Bệnh viện E:

086 8891318