|  |
| --- |
| **TỜ KHAI Y TẾ**  **(Áp dụng cho đối tượng không sử dụng khai báo y tế điện tử và dùng để phục vụ công tác phòng chống dịch)** |

**1. Thông tin người khai báo y tế**

- Họ và tên: ……………………….…………………, Nam/Nữ: ………….., Tuổi………….……..

- Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: …….……………………….., Quốc tịch: ………………….……….

- Địa chỉ theo CMND/CCCD/Hộ chiếu: ………………………………………….…………….……

- Chổ ở hiện nay: Số……..……., đường/ấp: ………..….……………………………….…………...

, xã/phường: ………….……., huyện/quận …………………., tỉnh/thành phố:…………….……….

- Số điện thoại liên hệ: ………….………………………………………………….………………...

- Loại phương tiện: ………..………., Biển số:…………………….Số người đi cùng:..……..người.

- Nơi đi: …………………………………………………, Ngày đi:………………………………...

- Nơi đến (ghi cụ thể ấp, xã, huyện): …………..…………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………..…

- Thời gian khai bào y tế tại chốt kiểm soát:…………………………………………………….…...

**2. Những địa phương (tỉnh/thành phố) đã đi qua trong 14 ngày gần đây:**

…………………………………………………………………………………………..……………

…………………………………………………………………………………………..……………

…………………………………………………………………………………………..……………

…………………………………………………………………………………………..……………

**3. Các yếu tố liên quan đến dịch bệnh trong vòng 14 ngàu gần đây:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Đi đến/ ở/ về từ vùng dịch: | 🞏 Có | 🞏 Không |
| - Tiếp xúc người nghi ngờ mắc bệnh | 🞏 Có | 🞏 Không |
| - Tiếp xúc người có biểu hiện sốt, ho, khó thở | 🞏 Có | 🞏 Không |
| **4. Hiện tại và những ngày gần đây có mắc các dấu hiệu sau:** | | | |
| - Sốt (trên 38oC), ho, Khó thở, Đau họng | 🞏 Có | 🞏 Không |

**5. Hiện có mắc những bệnh gì:**

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

**6. Tôi xin cam kết những thông tin khai báo nêu trên là sự thật và đầy đủ. Nếu khai báo không đầy đủ hoặc sai sự thật tôi xin hoàn toàn chịu mọi trách nhiệm theo qui định của pháp luật.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Người tiếp nhận tờ khai**  *(ký và ghi rõ họ tên)* | ……………….., ngày……tháng……năm 2021  **Người khai**  *(ký và ghi rõ họ tên)* |

⚫ **Địa điểm chốt kiểm soát:** ………….……………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **CẢNH BÁO:** **Khai báo y tế không trung thực, không đầy đủ hoặc khai báo gian dối có thể bị xử lý:** |   1. Xử phạt vi phạm hành chính: căn cứ Nghị định 117/2020/NĐ-CP  Phạt **từ 01 triệu đồng đến 20 triệu đồng**.  2.Trong trường hợp đã được thông báo mắc bệnh; nghi ngờ mắc bệnh hoặc trở về từ vùng có dịch bệnh COVID-19 đã được thông báo cách ly mà gây lây truyền dịch bệnh COVID-19 cho người khác bị xử lý hình sự theo Điều 240 của Bộ Luật Hình sự 2015  + Phạt tiền **từ: 50 triệu đồng dênd 200 triệu đồng.**  + Phạt tù **từ 01 năm đến 12 năm (tùy mức đọ lay truyền dịch bệnh)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **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: …………………………………………………………………………..

1. **Sàng lọc**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Tiền sử rõ ràng phản vệ với vắc xin phòng COVID-19 lần trước hoặc của 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 đang điều trị hóa trị, xạ trị | Không □ | Có □ |
| 7. Tiền sử bị 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 □ |

1. **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. | □  □  □  □  □ |

*Thời gian:… giờ … phút, ngày ....tháng năm 2021*

**Ngƣời thực hiện sàng lọc**

*(ký, ghi rõ họ và tên)*

# **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.

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: ..............................................

............., ngày......tháng…… năm 202…

*(Ký, ghi rõ họ tên)*