

**BỘ Y TẾ**

**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: **2301/QĐ-BYT**

Hà Nội, ngày **12** tháng **6** năm **2015**

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc ban hành Hướng dẫn**

**Khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em**

**BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế; Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế,

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này Hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em.

**Điều 2.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành. Bãi bỏ Quyết định số 04/QĐ-BYT ngày 02 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em.

**Điều 3.** Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh Thanh tra Bộ, các Vụ trưởng, Cục trưởng của các Vụ/Cục thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

*Nơi nhận:*

- Như Điều 3;
- Bộ trưởng (để b/c);
- Thủ trưởng Nguyễn Thị Xuyên;
- Cổng TTĐTBYT, Website Cục QLKCB;
- Lưu: VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG**  
**THỦ TRƯỞNG**

**Nguyễn Thanh Long**

**HƯỚNG DẪN**

**Khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 2201/QĐ-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2015)*

**I. Mục đích của khám sàng lọc:**

Nhằm phát hiện trường hợp bất thường cần lưu ý để quyết định cho trẻ tiêm chủng hay không tiêm chủng vắc xin.

**II. Các trường hợp chống chỉ định và tạm hoãn tiêm chủng vắc xin**

**1. Các trường hợp chống chỉ định:**

a) Trẻ có tiền sử sốc hoặc phản ứng nặng sau tiêm chủng vắc xin lần trước (có cùng thành phần): sốt cao trên 39<sup>0</sup>C kèm co giật hoặc dấu hiệu não/màng não, tím tái, khó thở.

b) Trẻ có tình trạng suy chức năng các cơ quan (như suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy tim, suy thận, suy gan, ...)

c) Trẻ suy giảm miễn dịch (bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh, trẻ nhiễm HIV giai đoạn lâm sàng IV hoặc có biểu hiện suy giảm miễn dịch nặng) chống chỉ định tiêm chủng các loại vắc xin sống.

d) Không tiêm vắc xin BCG cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV mà không được điều trị dự phòng lây truyền từ mẹ sang con.

đ) Các trường hợp chống chỉ định khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin.

**2. Các trường hợp tạm hoãn:**

a) Trẻ mắc các bệnh cấp tính, đặc biệt là các bệnh nhiễm trùng.

b) Trẻ sốt  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$  hoặc hạ thân nhiệt  $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$  (đo nhiệt độ tại nách).

c) Trẻ mới dùng các sản phẩm globulin miễn dịch trong vòng 3 tháng trừ trường hợp trẻ đang sử dụng globulin miễn dịch điều trị viêm gan B.

d) Trẻ đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid (uống, tiêm) trong vòng 14 ngày.

đ) Trẻ có cân nặng dưới 2000g.

e) Các trường hợp tạm hoãn tiêm chủng khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin.

### **III. Tổ chức thực hiện:**

#### **1. Người thực hiện:**

- Bác sỹ, y sỹ : trực tiếp thăm khám cho trẻ và ghi các thông tin của trẻ , trực tiếp đo và ghi kết quả nhiệt độ của trẻ khi không có điều dưỡng viên, hộ sinh viên.

- Điều dưỡng viên, hộ sinh viên: Ghi các thông tin của trẻ, trực tiếp đo và ghi kết quả nhiệt độ của trẻ.

#### **2. Phương tiện:**

- Nhiệt kế
- Ống nghe
- Bảng kiểm trước tiêm chủng cho trẻ em (phụ lục I)
- Bảng kiểm trước tiêm chủng cho trẻ sơ sinh (phụ lục II)

#### **3. Các bước thực hiện khám sàng lọc trước tiêm chủng**

Các bước thực hiện và điền theo bảng kiểm trước tiêm chủng bao gồm:

- Hỏi tiền sử và các thông tin có liên quan
- Đánh giá tình trạng sức khỏe hiện tại
- Kết luận

#### **4. Ghi chép việc khám sàng lọc và lưu bảng kiểm**

a) Đối với trẻ được khám sàng lọc tại bệnh viện:

- Trường hợp bệnh viện sử dụng bệnh án riêng cho trẻ sơ sinh: toàn bộ nội dung khám sàng lọc (như bảng kiểm) và y lệnh chỉ định tiêm phải được ghi trong hồ sơ bệnh án.

- Trường hợp bệnh viện không sử dụng bệnh án riêng cho trẻ sơ sinh: toàn bộ nội dung khám sàng lọc được ghi theo bảng kiểm. Bảng kiểm được lưu trong hồ sơ bệnh án.

Thời gian lưu theo quy định lưu hồ sơ bệnh án.

b) Đối với trẻ được khám sàng lọc tại các điểm tiêm chủng khác (trừ bệnh viện): toàn bộ nội dung khám sàng lọc được ghi theo bảng kiểm, lưu tại các điểm tiêm chủng.

Thời gian lưu: 15 ngày.

**KT. BỘ TRƯỞNG  
THỨ TRƯỞNG**

  
**Nguyễn Thanh Long**

## PHỤ LỤC I

(Ban hành kèm theo Quyết định số ..... /QĐ-BYT ngày .....

BV/TTYTDP/TYT/PK

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

### BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỪNG ĐỐI VỚI TRẺ EM

Họ và tên trẻ: Nam  Nữ   
Tuổi: sinh ngày tháng năm

Địa chỉ

Họ tên bố/mẹ:

Điện thoại:

1. Sốc, phản ứng nặng sau lần tiêm chủng trước:

Không  Có

2. Đang mắc bệnh cấp tính hoặc bệnh mạn tính tiến triển:

Không  Có

3. Đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid/gammaglobulin:

Không  Có

4. Sốt/Hạ thân nhiệt ( Sốt: nhiệt độ  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$  ; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ  $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$  )

Không  Có

5. Nghe tim bất thường:

Không  Có

6. Nhịp thở, nghe phổi bất thường:

Không  Có

7. Tri giác bất thường (ly bì hoặc kích thích)

Không  Có

8. Có các chống chỉ định khác :

Không  Có

**Kết luận:**

- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay (Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường)

Loại vắc xin tiêm chủng lần này: .....

- Chống chỉ định tiêm chủng (Khi **CÓ** điểm bất thường tại mục 1,8)

- Tạm hoãn tiêm chủng (Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2, 3,4,5,6,7)

Hồi.....giờ .....phút, ngày tháng năm

Người thực hiện sàng lọc  
(ký, ghi rõ họ và tên)

## PHỤ LỤC II

(Ban hành kèm theo Quyết định số ..... /QĐ-BYT ngày .....)

BV/TTYTDP/TYT/PK/NHS CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

.....

### BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI TRẺ SƠ SINH

Họ và tên trẻ: \_\_\_\_\_ Nam  Nữ

Sinh ..... giờ ..... ngày tháng năm

Địa chỉ

Họ tên bố/mẹ:

Loại vắc xin tiêm chủng lần này:

1. Sốt/Hạ thân nhiệt ( Sốt: nhiệt độ  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$  ; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ  $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$  )

Không  Có

2. Nghe tim bất thường:

Không  Có

3. Nghe phổi bất thường:

Không  Có

4. Tri giác bất thường (ly bì hoặc kích thích, bú kém,...):

Không  Có

5. Cân nặng khi sinh dưới 2000g:

Không  Có

6. Có các chống chỉ định khác :

Không  Có

#### Kết luận:

- Đủ điều kiện tiêm ngay (Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường)

Loại vắc xin tiêm chủng: .....

- Tạm hoãn tiêm chủng (Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường)

Hồi.....giờ .....phút, ngày tháng năm

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)

### PHỤ LỤC III

(Ban hành kèm theo Quyết định số ..... /QĐ-BYT ngày .....)

**Tần số thở bình thường lúc nghỉ ở trẻ theo các nhóm tuổi**

Tuổi (năm)	Nhịp thở (tần số thở theo phút)
Sơ sinh	40 -50
< 1	30 - 40
1 - 2	25 -35
2 - 5	25 - 30
5 -12	20 -25
>12	15 - 20

(Hướng dẫn điều trị - Tập III – Xử trí cấp cứu nhi khoa)

## PHỤ LỤC IV

(Ban hành kèm theo Quyết định số ..... /QĐ-BYT ngày .....

### Nhịp tim bình thường theo tuổi

Tuổi (năm)	Nhịp tim (tần số tim/phút)
Sơ sinh	140 - 160
< 1	110 - 160
1 - 2	100 - 150
2 - 5	95 - 140
5 - 12	80 - 120
> 12	60 - 100

(Hướng dẫn điều trị - Tập III – Xử trí cấp cứu nhi khoa)