

Số: 3445 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 15 tháng 7 năm 2021

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc ban hành Hướng dẫn sửa đổi, bổ sung Hướng dẫn tạm thời khám sàng lọc trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19**

**BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

*Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;*

*Theo đề nghị của Hội đồng chuyên môn xây dựng hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 được thành lập theo Quyết định số 2933/QĐ-BYT ngày 15/6/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế tại cuộc họp ngày 15/6/2021;*

*Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.*

**QUYẾT ĐỊNH**

**Điều 1.** Thay thế mẫu Phiếu sàng lọc trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 tại Phụ lục ban hành kèm theo Quyết định số 2995/QĐ-BYT ngày 18/6/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về **việc ban hành Hướng dẫn tạm thời khám sàng lọc trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 bằng mẫu Phiếu sàng lọc trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19** được ban hành kèm theo Quyết định này.

**Điều 2.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

**Điều 3.** Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Cục trưởng và Vụ trưởng các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc các bệnh viện, viện có giường 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 và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

**Nơi nhận:**

- Như Điều 3;
- Bộ trưởng Bộ Y tế (đề b/c);
- Các Thứ trưởng;
- Công thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Website Cục KCB;
- Lưu VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG**  
**THỨ TRƯỞNG**



**Nguyễn Trường Sơn**

## PHỤ LỤC

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

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: ..... Nam  Nữ   
Ngày sinh .....  
Nghề nghiệp: .....  
Đơn vị công tác: .....  
Địa chỉ liên hệ: ..... Số điện thoại: .....

#### I. Sàng lọc

1. Tiền sử phản vệ từ độ 2 trở lên (Nếu có, loại tác nhân dị ứng:.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
2. Tiền sử bị COVID-19 trong vòng 6 tháng	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
3. Tiền sử tiêm vắc xin khác trong 14 ngày qua (Nếu có, loại vắc xin:.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
4. Tiền sử bệnh mạn tính, đang tiến triển (Nếu có, loại bệnh:.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
5. Đang bị suy giảm khả năng đáp ứng miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối, đã cắt lách, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch, corticoid liều cao (trung đương hoặc hơn 2mg prednisolon/kg/ngày trong ít nhất 7 ngày)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
6. Bệnh cấp tính (Nếu có, loại bệnh mắc:.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
7. Đang mang thai, phụ nữ đang nuôi con bằng sữa mẹ	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
8. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
9. Tiền sử bệnh nền, bệnh mạn tính được điều trị ổn định (Nếu có, loại bệnh:.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
10. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu hoặc đang dùng thuốc chống đông	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
11. Độ tuổi: $\geq 65$ tuổi	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
12. Bất thường dấu hiệu sống (ghi rõ) • Nhiệt độ: độ C • Mạch: lần/phút • Huyết áp: mmHg • Nhịp thở: lần/phút; SpO2: % (nếu có)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
13. Dấu hiệu bất thường khi nghe tim phổi	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
14. Rối loạn tri giác	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
15. Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19: <input type="checkbox"/> Chưa tiêm <input type="checkbox"/> Đã tiêm, loại vắc xin:.....		

#### 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** 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)
- 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: .....

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

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