

Số: 5002/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 29 tháng 10 năm 2021

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc ban hành Hướng dẫn sửa đổi, bổ sung Hướng dẫn  
Khám sàng lọc trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 đối với trẻ em**

**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;*

*Căn cứ Nghị quyết số 86/NQ-CP ngày 06/8/2021 của Chính phủ về các giải pháp cấp bách phòng, chống dịch bệnh COVID-19 để thực hiện Nghị quyết số 30/2021/QH15 ngày 28/7/2021 của Quốc hội khóa XV;*

*Theo đề nghị của Hội đồng chuyên môn xây dựng Phiếu sàng lọc trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 cho trẻ em được thành lập theo Quyết định số 4971/QĐ-BYT ngày 27/10/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế tại cuộc họp ngày 27/10/2021;*

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

**QUYẾT ĐỊNH**

**Điều 1.** Bổ sung Bảng kiểm trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 đối với trẻ em được ban hành kèm theo Quyết định 2470/QĐ-BYT ngày 14/6/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em.

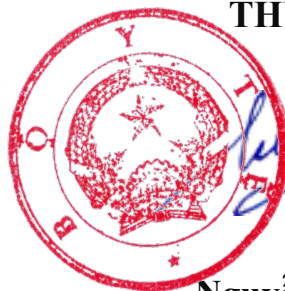
**Điều 2.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

**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 (để 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 5002/QĐ-BYT ngày 29 tháng 10 năm 2021)

CƠ SỞ TIÊM CHỦNG

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

### BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19 ĐỐI VỚI TRẺ EM

Họ và tên trẻ: ..... Ngày sinh: ...../...../..... Nam  Nữ

CCCD/CMT/Hộ chiếu (nếu có): ..... Số điện thoại: .....

Địa chỉ liên hệ: .....

Họ tên bố/mẹ/người giám hộ: ..... Số điện thoại: .....

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19:

Chưa tiêm

Đã tiêm, loại vắc xin: ..... Ngày tiêm: .....

#### I. Sàng lọc

Thân nhiệt: ..... °C

Mạch: ..... lần/phút

|  |                                |                             |
|--|--------------------------------|-----------------------------|
| 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 | Không <input type="checkbox"/> | Có <input type="checkbox"/> |
| 2. Đang mắc bệnh cấp tính, mạn tính tiến triển   | Không <input type="checkbox"/> | Có <input type="checkbox"/> |
| 3. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào   | Không <input type="checkbox"/> | Có <input type="checkbox"/> |
| 4. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi   | Không <input type="checkbox"/> | Có <input type="checkbox"/> |
| 5. Mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu...                      | Không <input type="checkbox"/> | Có <input type="checkbox"/> |
| 6. Nghe tim, phổi bất thường <sup>i</sup>  | Không <input type="checkbox"/> | Có <input type="checkbox"/> |
| 7. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ghi rõ tác nhân dị ứng:.....)                                | Không <input type="checkbox"/> | Có <input type="checkbox"/> |
| 8. Các chống chỉ định/tri hoãn khác <sup>ii</sup> (nếu có, ghi rõ)   | Không <input type="checkbox"/> | Có <input type="checkbox"/> |
| .....  |                                |                             |

#### II. Kết luận

- **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay:** 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 sử dụng của nhà sản xuất

- Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại: Khi **CÓ** bất thường tại mục 1

- Tri hoãn tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại mục 2

- Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 3, 4

- Chuyển khám sàng lọc, tiêm chủng tại bệnh viện: Khi **CÓ** bất thường tại mục 5, 6, 7

Lý do: .....

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

**Người thực hiện sàng lọc**

(ký, ghi rõ họ và tên)

<sup>i</sup> Chỉ định tiêm tại bệnh viện nếu đánh giá tình trạng hiện tại không có chỉ định cấp cứu.

<sup>ii</sup> Các trường hợp chống chỉ định/tri hoãn theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với loại vắc xin COVID-19 sử dụng hoặc phát hiện có các yếu tố bất thường khác.