PHỤ LỤC 2 :

MẪU PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN COVID-19

(Ban hành kèm theo Công văn số 8688/BYT-DP ngày 14 tháng 10 năm 2021 của Bộ Y tế)

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.

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 cho trẻ tiêm chủng □ Không đồng ý cho trẻ tiêm chủng □

Họ tên cha/mẹ hoặc người giám hộ: .....

Số điện thoại: .....

Họ tên trẻ được tiêm chủng:.....

....., ngày.....tháng.....năm 202….
Cha/mẹ hoặc người giám hộ
(Ký, ghi rõ họ tên)

Phu lục 3:

BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒN G COVID-19 ĐỐI VỚI TRẺ EM *(Ban hành kèm theo Quyết định Số 5002/QĐ-BYTngày 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 PHÒN G 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:
☐ Chua tiêm
☐ Đã tiêm, loại vắc xin: ..... Ngày tiêm: .....

I. Sàng lọc

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

- **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay:** Đủ điều kiện tiêm chủng ngay: Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất ☐ thường và **KH ÔN G** 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 ☐
- Trì 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 mục3, 4 ☐

Thân nhiệt: ..... ^{o} C Mạch: ..... lần/phút
Lý do: .....

Thời gian: ...giờ.....phút, ngày .....tháng ..... năm
Người thực hiện sàng lọc

[I] Chỉ định tiêm tại bệnh viện nếu đánh giá tình trạng hiện tại không có chỉ định cấp cứu.

[II] Các trường hợp chống chỉ định/trì 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.

II. Kết luận

Phụ lục 4

HƯỚNG DẪN

Người được tiêm chủng tự theo dõi sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 *(Ban hành kèm theo Quyết định số 3588/QĐ-BYTngày 26 tháng 07năm 2021 của Bộ Y tế)*

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

KHI THẤY MỘT TRONG CÁC DẤU HIỆU SAU:

1. Ở miệng thấy có cảm giác tê quanh môi hoặc lưỡi;
2. Ở da thấy có phát ban hoặc nổi mẩn đỏ hoặc tím tái hoặc đỏ da hoặc chảy máu, xuất huyết dưới da;
3. Ở họng có cảm giác ngứa, căng cứng, nghẹn họng, nói khó;
4. về thần kinh có triệu chứng đau đầu kéo dài hoặc dữ dội, li bì; ngủ gà, lú lẫn, hôn mê, co giật;
5. Về tim mạch có dấu hiệu đau tức ngực, hồi hộp đánh trống ngực kéo dài, ngất;
6. Đường tiêu hóa dấu hiệu nôn, đau quặn bụng hoặc tiêu chảy;
7. Đường hô hấp có dấu hiệu khó thở, thở rít, khò khè, tím tái;
8. Toàn thân:
9. Chóng mặt, choáng, xây xẩm, cảm giác muốn ngã, mệt bất thường
10. Đau dữ dội bất thường tại một hay nhiều nơi không do va chạm, sang chấn.
11. Sốt cao liên tục trên 39 độ C mà không đáp ứng thuốc hạ sốt

HÃY LIÊN HỆ VỚI:

-ĐỘI CẤP CỨU LƯU ĐỘNG.....

- HOẶC ĐẾN THẲNG BỆNH VIỆN.....

NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý

1. Luôn có người hỗ trợ bên cạnh 24/24 giờ, ít nhất là trong 03 ngày đầu sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19.
2. Không nên uống rượu bia và các chất kích thích ít nhất là trong 03 ngày đầu sau tiêm chủng.
3. Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ.
4. Nếu thấy sưng, đỏ, đau, nổi cục nhỏ tại vị trí tiêm: Tiếp tục theo dõi, nếu sưng to nhanh thì đi khám ngay, không bôi, chườm, đắp bất cứ thứ gì vào chỗ sưng đau.
5. Thường xuyên đo thân nhiệt, nếu có:

   a. Sốt dưới 38,5 độ C: Cởi bớt, nới lỏng quần áo, chườm/lau bằng khăn ấm tại trán, hố nách, bẹn, uống đủ nước. Không để nhiễm lạnh. Đo lại nhiệt độ sau 30 phút.

   b. 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

Phụ lục 5

MẪU GIẤY XÁC NHẬN ĐÃ TIÊM VẮC XIN COVID-19

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3588/QĐ-BYTngày 26 tháng 07 năm 2021 của Bộ Y tế)

QR CODE

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

GIẤY XÁC NHẬN ĐÃ TIÊM VẮC XIN COVID-19
(CERTIFICATE OF COVID-19 VACCINATION)

Họ và tên/Name:.....

Ngày sinh/Date of birth (day/month/year): .....

Số CCCD/CMT/hộ chiếu/ID:.....

Số điện thoại/Tel: .....

Địa chỉ (Address): .....

Đã được tiêm vắc xin phòng bệnh COVID-19/Has been vaccinated with COVID-19 vaccine:

Mũi 1/First dose	Mũi 2/Second dose
Ngày/date.....	Ngày/date.....
Loại vắc xin/Vaccine:	Loại vắc xin/Vaccine:
Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu *(Sign and Stamp)*	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu *(Sign and Stamp)*

ĐƠN VỊ

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

DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG TRẺ DƯỚI 18 TUỔI TIÊM VẮC XIN PHÒNG COVID-19

TT	HỌ VÀ TÊN (*)	Ngày tháng năm sinh (dd/mm/yyyy) (*)	Giới tính *(Nam Nữ)* (*)	Mã nhóm danh mục đối tượng ưu tiêm (*), (**)	Đơn vị (Trường)	Số điện thoại (Tối thiểu 10 số)	Số CMT/ CCCD/ Hộ chiếu (nếu có)	Số thẻ BHYT (Nếu có)	Họ tên người giám hộ (*)	Quan hệ với đối tượng ti êm (1:Mẹ; 2: bố: 3: người gi ám	Số Điện thoại người gi ám hộ (*) (Tối thiểu 10 số)	ĐỊA CHỈ NƠI Ở HIỆN TẠI				Mũi 1				Mũi 2				Ghi chú
												Tên Tỉnh/ TP (*)	Tên Quận / huyện (*)	Tên Phường/ xã (*)	Địa chỉ chi tiết	Tên vắc xin (*)	Ngày tiêm dạng dd/mm /yyyy (*)	Lô vắc xin(*)	Địa điểm tiêm (*)	Tê n vắc xin (*)	Ngày tiêm dạng dd/mm /yyyy (*)	Lô vắc xin(*)	Địa điểm tiêm (*)	
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								

***: Yêu cầu bắt buộc**

****: Mã đối tượng trẻ em: Hệ thống đang ghi số 17.**

Ngày. tháng ....năm 20...

Người làm báo cáo Lãnh đạo đơn vị

PHỤ LỤC 6

BÁO CÁO KẾT QUẢ TRIỂN KHAI VẮC XIN PHÒNG COVID-19 HÀN G N GÀY '

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3588/QĐ-BYTngày 26 tháng 07 năm 2021 của Bộ Y tế)

Đơn vị

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

TÒNG HỢP BÁO CÁO HÀNG NGÀY KẾT QUẢ TRIỂN KHAI TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

Ngày . //2021

TT	Địa phương/ Cơ sở y tế / Ngày triển khai	Đợt tiêm *	Loại văc xin	Số đối tượng trong ngày	Số chuyển BV tiêm	Số không đồng ý tiêm chủng	Số hoãn tiêm	Số chống chỉ định	Số đã tiêm		Văc xin Covid-		Số phản ứng thông thường sau tiêm chủng											Số tói biến nặng	Ghi chú
									Mũi 1	Mũi 2	Số sử dụng (liều) **	Số hủy (liều)	Số trường hợp có phản ứng nhẹ ***	Đau, sưng tại chỗ tiêm	Nôn / buồn nôn	Tiêu chảy, đau bụng	Sốt <39 độ	Sốt >39 độ	Đau họng/ chảy nước mũi	Ớn lạnh	Đau đầu	Phát ban	Triệu chứng khác		
1																									
2																									
3																									
4																									
Cộng trong																									
Cộng dồn																									

**: Đợt tiêm: Căn cứ Quyết định của Bộ Y tế*

***: Số vắc xin sử dụng nguyên lọ (liều) (VD1: lọ vắc xin 10 liều đã mở, sử dụng để tiêm chủng cho 9 người, còn 1 liều trong lọ sau buổi tiêm chủng thì số sử dụng báo cáo là 10 liều. VD2: lọ vắc xin 10 liều đã mở, sử dụng để tiêm chủng cho 11 người thì số sử dụng báo cáo là 10 liều)*

****: Số ca phản ứng nhẹ được ghi nhận trong ngày nhưng cố thể bao gồm các ca được tiềm chủng trước ngực báo cáo. Một người cố nhiều triệu chứng chỉ ghi nhộn 1 trường hợp ở cột này*

*****: Trường hợp xác định là phản ứng nặng thì bắt buộc phải cố thông tin báo cáo để nhập vào danh sách "Báo cáo hang ngậy trường hợp tà biến nặng sau tiêm chủng vắc xin phòng COVỈD-19*

Ngày . tháng ....năm 2021

Người làm báo cáo

Lãnh đạo đơn vị

PHỤ LỤC 7

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3588/QĐ-BYT ngày 26 tháng 07 năm 2021 của Bộ Ytế)

ĐƠN VỊ **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

Độclập - Tự do - Hạnh phúc

TỔNG HỢP BÁO CÁO HÀNG NGÀY TRƯỜNG HỢP TAI BIẾN NẶNG SAU TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

Thời gian bắt đầu triển khai: Ngày...../...../202...

Ngày báo cáo: .../...../202...

TT	Cơ sở tiêm chủng	Tỉnh/ Thành phố	Ngày tiêm	Ngày nhận được	Họ tên bệnh nhân	Năm sinh	Tuổi	Giới (Nam Nữ)	Thời gian xuất hiện phản ứng	Lô vắc xin	Mũi tiêm vắc	Mô tả diễn biến, xử trí và kết quả	Chẩn đoán sơ bộ	Kết quả
1			.../.../ ...	.../ ../....										
2			.../.../ ...	.../ ../....										
3			./.... /...	.../ ../....										
4			./.... /...	./ ..../...										
5			./.... /...	./ ..../...										
6			./.... /...	./ ..../...										
7			./.... /...	./ ..../...										
8			./.... /...	./ ..../...										
9			./.... /...	./ ..../...										
10			./.... /...	./ ..../...										

Ngày. .. tháng ....năm 2021

Người làm báo cáo **Lãnh đạo đơn vị**

Báo cáo hàng ngày được nhập trên Google form do Chương trình TCQG cung cấp; Bản Excel gửi về e-mail của Chương trình TCQG và khu vực

PHỤ LỤC 8a

BÁO CÁO KẾT THÚC ĐỢT TRIỂN KHAI VẮC XIN PHÒNG COVID-19

Đơn vị **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

..... **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

BÁO CÁO KẾT QUẢ TRIỂN KHAI TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

Đợt triển khai*: (QĐ số. /. ..... ngày ... tháng ... năm 2021)

Thời gian triển khai: Từ ngày ..../..../2021; Đến ngày ..../..../2021

Loại vắc xin triển khai:.....

Tổng số vắc xin được phân bổ trong đợt này: ... (liều)

I. KẾT QUẢ TRIỂN KHAI TIÊM COVID-19

TT	Tên đơn vị triển khai * *	Tổng số đối tượng	Số tiêm được				Vắc xin		Số phản ứng thông thường sau tiêm chủng												Ghi chú
			Mũi 1	Mũi 2	Tổng số mũi tiêm	Tỷ lệ (%)	*Số sử dụng*	*Số hủy*	***Số trường hợp***	*Đaa cưng tại*	*Nón n buồồ*	*Tiêu cháy / đau*	*Sot <39 độ C*	*sốt >= 39*	*Đa.a hhng*	*Ớn lạnh*	*Đau đần*	*PPá á ban*	*Triệ u chím*	***Số tai***	
a	*b*	*c*	*d*	*e*	*f=d+=*	*q==*1O*	*h*	*ĩ*	*ì*	*k*	*l*	*m*	*n*	*ũ*	*p*	*q*	*r*	*s*	*t*	*u*	*V*
1					0	#DIV/0!															
2					0	#DIV/0!															
3					0	#DIV/0!															
4					0	#DIV/0!															
5					0	#DIV/0!															
6					0	#DIV/0!															
7					0	#DIV/0!															
8					0	#DIV/0!															
9					0	#DIV/0!															
10					0	#DIV/0!															
Tổng cộng			**0**	**0**	**0**	**#DIV/0!**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	

**.• Đợt tiêm: Căn cứ Quyết định của Bộ Y tế hoặc Viện VSDT Trung ương*

***: Đơn vị triển khai: Ghi rõ đơn vị quận/huyện, bệnh viện, công an, bộ đội (Dối với Bệnh viện/Viện/Trường có thể ghi theo ngày hoặc tổng)*

****: Số ca phản ứng nhẹ được ghi nhận trong ngày nhưng có thể bao gồm các ca được tiêm chủng trước ngày báo cáo. Một người có nhiều triệu chứng chỉ ghi nhận 1 trường hợp ở cột này*

*****: Trường hợp xác định là phản ứng nặng (cột u) thì bắt buộc phải nhập thông tin ca tai biến nặng tại phụ lục 2.*

II. THUẬN LỢI VÀ KHÓ KHĂN:

III. KIẾN NGHỊ VÀ ĐỀ XUẤT Ngàytháng ....năm 2021

Lãnh đạo đơn vị

Người làm áo cáo

PHỤ LỤC 8b

BÁO CÁO KẾT THÚC ĐỢT TRIỂN KHAI VẮC XIN PHÒNG COVID-19

ĐƠN VỊCỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độclập - Tự do - Hạnh phúc

TỔNG HỢP BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP TAI BIẾN NẶNG SAU TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

Đợt triển khai*: ..(QĐ số..../..... ngày ... tháng ... năm 2021)

Thời gian triển khai tại địa phương/đơn vị: Từ ngày ..../..../2021; Đến ngày .../../2021

TT	Cơ sở tiêm chủng	Tỉnh/ Thành phố	Đợt tiêm	Giờ tiêm	Ngày tiêm	Ngày nhận được báo cáo	Họ tên bệnh nhân	Ngày tháng năm sinh	Giới (Nam / Nữ)	Mũi tiêm vắc xin	Loại vắc xin	Lô vắc xin	Thời điểm xuất hiện	Ngày xuất hiện phản ứng	Chẩn đoán sơ bộ	Mô tả diễn biến, xử trí và kết quả	Kết quả
1				..giờ...	./...../...	./...../...							..giờ...	./ ..../...			
2				..giờ...	./...../...	./...../...							..giờ...	./ ..../...			
3				..giờ...	./...../...	./...../...							..giờ...	./ ..../...			
4				..giờ...	./...../...	./...../...							..giờ...	./ ..../...			
5				..giờ...	./...../...	./...../...							..giờ...	./ ..../...			

Ngày... tháng ....năm 2021

N gười làm báo cáo **Lãnh đạo đơn vị**

Gửi báo cáo bằng văn bản lên tuyến trên trong vòng 5 ngày sau khi kết thúc triển khai mỗi đợt tiêm chủng

Phụ lục 9

DỰ TRÙ KINH PHÍ TRIỂN KHAI CHIẾN DỊCH TIÊM VẮC XIN COVID-19 CHO ĐỐI TƯỢNG TỪ 12 ĐẾN DƯỚI 18 TUỔI NĂM 2021

(dự trù theo định mức, thực hiện thực thanh thực chi và từ nguồn huy động, hỗ trợ khác nếu có)

TT	Tên nội dung hoạt động	Đơn vị tính	Số lượng	Ngày/đêm, đợt	Người	Mức chi	Thành tiền
I	**Kiểm tra, giám sát**						**195,700,000**
1	**Tỉnh giám sát kiểm tra**						**42,820,000**
-	Công tác phí	huyện	16	2	3	150,000	14,400,000
-	Khoán trọ	huyện	16	2	3	150,000	14,400,000
-	Xăng xe (TB 1 huyện 15 lít x6 đợt)	Lít	30	17		22,000	11,220,000
-	Phí đường bộ	Lượt	80	1	1	35,000	2,800,000
2	**Huyện giám sát kiểm tra**						**152,880,000**
	Công tác phí (98 xã)	Ngày	98	5	2	100,000	98,000,000
	Khoán đi lại từ huyện xuống xã (TB 1 xã đi về +70km x 5 đợt x 800đ/km)	km	34,300		2	800	54,880,000
II	**In ấn biểu mẫu**						**243,382,000**
-	Biểu mẫu khám sàng lọc, giấy mời, giấy đồng ý tiêm chủng, mẫu báo cáo, phiếu điều tra….	Tờ	1,216,910			200	243,382,000
III	**Mua vật tư, bơm kim tiêm, hộp an toàn, vật tư khác…**	**(Nếu không được cấp từ Chương trình tiêm chủng Quốc gia)**					**414,588,996**
-	Mua bơm kim tiêm 0.5ml	Cái	381,772			693	264,567,996
-	Hộp an toàn	Cái	3,825			27,000	103,275,000
-	Bông	Kg	126			215,000	27,090,000
-	Cồn	Lít	504			39,000	19,656,000
IV	**Vận chuyển vắc xin**						**141,218,000**
1	**Nhận vắc xin**						**17,350,000**
-	Công tác phí	Ngày	2	5	2	200,000	4,000,000
	Khoán ngủ	Đêm	1	5	2	350,000	3,500,000
-	Xăng xe (380 km x x0,21lit/km)	Lít	80	5	1	22,000	8,800,000
-	Phí đường bộ	Lượt	6	5	1	35,000	1,050,000
2	**Cấp phát vắc xin**						**46,428,000**
-	Công tác phí	Ngày	16	5	2	100,000	16,000,000

-	Xăng xe (ước TB 1 huyện đi về 90 km x 17 huyện x 16lít/100km)	Lít	244.8	5	1	22,000	26,928,000
-	Phí đường bộ	Lượt	10	5	2	35,000	3,500,000
3	**Huyện cấp vắc xin về xã**						**77,440,000**
	Xăng xe đi cấp vắc xin (TB 1 xã đi 20 km x 0,16lit/km x 220 xã)	Lít	704	5		22,000	77,440,000
V	**Hỗ trợ tiền công tiêm chủng**						**2,602,950,000**
	Số đối tượng được tiêm	lần	2	1	173,530	7,500	2,602,950,000
VI	**Các chi phí khác (vật tư, thuốc chống sốc, phông bạt ...)**						**243,844,112**
A	**Công tác phục vụ tiêm chủng: I+ II+III+IV+V+VI**						**3,841,683,108**