

**Danh mục phụ lục**  
*(Kèm theo Kế hoạch tiêm vắc xin phòng COVID-19*  
*cho trẻ từ 5 đến dưới 12 tuổi trên địa bàn tỉnh Kon Tum năm 2022*  
*(đợt 1/2022)*

<b>STT</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Yêu cầu</b>
Phụ lục I	Danh sách đối tượng tiêm vắc xin phòng COVID-19	- Sử dụng danh sách theo mẫu chuẩn hóa nhập liệu - Lập file excel
Phụ lục II	Phiếu đồng ý tham gia tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 <i>(theo Công văn số 8688/BYT-DP ngày 14/10/2021 của Bộ Y tế)</i>	Sau khi được tư vấn, cha/mẹ hoặc người giám hộ đồng ý cho trẻ tiêm chủng thì ký ghi rõ họ tên
Phụ lục III	Phiếu sàng lọc trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 <i>(Ban hành kèm theo Quyết định số 5002/QĐ-BYT ngày 29/10/2021 của Bộ Y tế)</i>	- Chuyển phiếu cho đối tượng tự điền thông tin tại nhà. Ghi số thứ tự theo danh sách (góc trái); Hẹn tiêm (góc phải). - Rà soát lần 1, xác định lại đối tượng mời tiêm - Rà soát lần 2, xác định lại chỉ định tiêm
Phụ lục IV	Tiêu chí cơ sở an toàn tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 <i>(Ban hành theo Quyết định số 3518/QĐ-BYT ngày 20/7/2021 của Bộ Y tế)</i>	Đánh giá lại trước mỗi buổi tiêm tại cơ sở thực hiện tiêm chủng
Phụ lục V	Phiếu hướng dẫn người được tiêm chủng tự theo dõi sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19	Lưu ý điền số điện thoại liên lạc khi cần
Phụ lục VI	Giấy xác nhận đã tiêm vắc xin phòng COVID-19	Cấp cho cá nhân sau khi được tiêm
Phụ lục VII	Báo cáo kết quả tiêm hàng ngày	Dành cho cơ sở thực hiện tiêm chủng
Phụ lục VIII	Báo cáo kết thúc đợt triển khai chiến dịch tiêm vắc xin COVID-19	Thực hiện trong vòng 3 ngày sau khi kết thúc đối với tuyến huyện, 5 ngày đối với tuyến tỉnh.
Phụ lục IX (1,2)	Đối tượng, Phân bổ vắc xin, vật tư tiêm chủng	Excel
Phụ lục X	Kinh phí	Excel

## Phụ lục II

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

### PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG 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 2022

Cha/mẹ hoặc người giám hộ

(Ký, ghi rõ họ tên)

### Phụ lục III

## PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

(Ban hành kèm theo Quyết định số 5002/QĐ-BYT ngày 29 tháng 10 năm 2021 của Bộ Y tế)

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 trẻ: ..... Ngày sinh ..... Nam  Nữ .

Số CCCD/CMT/Hộ chiếu/Mã định danh: .....

Số điện thoại: .....

Địa chỉ liên hệ:.....

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

Địa chỉ liên hệ:.....

Tiền sử mắc COVID-19:

Chưa mắc

Đã mắc; Thời gian mắc COVID-19:.....

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19:

Chưa tiêm

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

### I. Sàng lọc:

Thân nhiệt:.....<sup>0</sup>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"/>
.....	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>

### II. Kết luận:

- **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

- Trì hoãn tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các 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 202.....

Người thực hiện sàng lọc

<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.

## Phụ lục IV

# TIÊU CHÍ CƠ SỞ AN TOÀN TIÊM CHỦNG VẮC-XIN PHÒNG COVID-19

(Quyết định số 3518/QĐ-BYT ngày 20/7/2021 của Bộ Y tế)

A	THÔNG TIN HÀNH CHÍNH	Thông tin điền của cơ sở
1	<b>Tên cơ sở tiêm chủng:</b>	
2	<b>Loại hình cơ sở tiêm chủng:</b> (điền số) 1. Bệnh viện hạng I và đặc biệt 2. Bệnh viện hạng II 3. Bệnh viện hạng III 4. Bệnh viện hạng IV 5. Bệnh viện tư nhân 6. Bệnh viện Bộ/ngành 7. Phòng khám đa khoa 8. Trạm y tế xã/phường, thị trấn 9. Cơ sở tiêm chủng tại công ty, nhà máy 10. Cơ sở tiêm chủng tại trụ sở, hội trường, nhà văn hóa... trong nhà 11. Cơ sở tiêm chủng lưu động ngoài trời 12. Cơ sở tiêm chủng khác (ghi rõ)	
3	Cơ sở tiêm chủng có khoa hồi sức tích cực	1. Có khoa HSTC 2. Không có
4	Vị trí GPS (dùng điện thoại thông minh định vị)	
5	Địa chỉ cơ sở tiêm chủng	
6	Tên người phụ trách cơ sở tiêm chủng	
7	Số điện thoại liên lạc	
8	Thư điện tử/Email	
B	<b>KẾT QUẢ TIÊM CHỦNG</b>	<i>(Cơ sở nhập trên phần mềm theo ngày)</i>
	<b><i>Kết quả theo ngày tiêm</i></b>	
1	Tổng số lượt tiêm trong ngày đã thực hiện	
2	Số trường hợp có phản ứng sau tiêm	
3	Số trường hợp có phản vệ từ độ II trở lên	
4	Số trường hợp cần cấp cứu	
5	Số trường hợp tử vong	
	<b><i>Kết quả cộng dồn từ ngày bắt đầu tiêm</i></b>	
6	Tổng số lượt tiêm từ ngày bắt đầu tiêm	
7	Tổng số trường hợp có phản ứng sau tiêm	
8	Tổng số trường hợp có phản vệ từ độ II trở lên	
9	Tổng số trường hợp cần cấp cứu	
10	Tổng số trường hợp tử vong	

### C. KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ

<b>TIÊU CHÍ</b>	<b>NỘI DUNG</b>	<b>Điểm tối đa</b>	<b>Điểm chấm</b>
<b>TC 1</b>	<b>Cơ sở hạ tầng</b>	<b>5*</b>	
1.1	Đủ không gian thông thoáng để bố trí ngồi chờ trước tiêm và theo dõi sau tiêm, bảo đảm giãn cách mỗi người cách nhau 1m.	1	
1.2	Thiết lập được luồng đón tiếp, khám sàng lọc, tiêm và theo dõi sau tiêm theo quy trình 1 chiều.	1	
1.3	Các lối đi trong cơ sở tiêm chủng dễ dàng tiếp cận, bằng phẳng.	1	
1.4	Bảo đảm cung cấp điện cho các phương tiện bảo quản lạnh và phương tiện cấp cứu khi cần.	1	
1.5	Bảo đảm có bồn nước rửa tay cho nhân viên y tế.	1	
<b>TC 2</b>	<b>Phương tiện, dụng cụ, thiết bị phục vụ tiêm chủng</b>	<b>13</b>	
	<i>Cơ sở tiêm có đầy đủ các phương tiện sau:</i>		
2.1	Khu vực chờ khám.	1	
2.2	- Ghế ngồi chờ làm thủ tục và chờ khám, bảo đảm giãn cách theo quy định phòng chống dịch tại thời điểm tổ chức tiêm chủng.	1	
2.3	- Bàn khám sàng lọc.	1*	
2.4	- Bàn tiêm.	1*	
2.5	- Khuyến khích có ít nhất 1 bàn tiêm có rèm che/vách ngăn bảo đảm quyền riêng tư cho người có nhu cầu.	1	
2.6	- Cơ sở tiêm chủng thoáng mát vào mùa hè, tránh gió lùa vào mùa đông	1	
2.7	- Chỗ ngồi và ghế ngồi theo dõi sau tiêm ít nhất 30 phút, bảo đảm giãn cách theo quy định phòng chống dịch tại thời điểm tổ chức tiêm chủng.	1*	
2.8	- Có ít nhất 01 giường nằm và 02 cáng theo dõi dành cho người cần cho mỗi 100 lượt người tiêm.	1*	
2.9	- Phương tiện bảo quản, vận chuyển vắc-xin bảo đảm chất lượng (tủ lạnh, kho lạnh...).	1*	
2.10	- Phương tiện khám sàng lọc: nhiệt kế, huyết áp kế, ống nghe.	1*	
2.11	- Phương tiện truyền thông: tờ rơi, áp phích.	1*	
2.12	- Phương tiện thu gom chất thải sau tiêm theo đúng quy định.	1*	
2.13	- Phương tiện làm sạch, khử khuẩn bề mặt theo đúng quy định.	1*	
<b>TC 3</b>	<b>Ghi chép thông tin</b>	<b>7</b>	
3.1	Có in và đặt tờ hướng dẫn sử dụng vắc-xin tóm tắt ngay tại bàn tiêm theo đúng loại vắc-xin được cấp trong buổi tiêm nhằm hạn chế nhầm lẫn về liều và cách pha vắc xin.	1*	
3.2	Được tập huấn và biết điền đúng và điền đầy đủ thông tin theo quy định về vắc-xin, bảo quản, sử dụng thuốc, vật tư, biểu mẫu, giấy tờ theo quy định...	1*	
3.3	Danh sách toàn bộ người tiêm bảo đảm có thông tin định danh cá nhân (CCCD, BHYT, CMND...).	1*	
3.4	Nhân viên được tập huấn và có hướng dẫn cho người đi tiêm đọc, ký đầy đủ vào các giấy tờ theo quy định.	1*	
3.5	Được tập huấn và biết sử dụng các phần mềm tiêm chủng theo quy định	1	
3.6	Áp dụng giải pháp công nghệ thông tin, cung cấp mẫu phiếu điện tử cho người đi tiêm kê khai trước	1	
3.7	Đăng ký hẹn giờ đi tiêm, cấp số tự động theo các khung giờ	1	
<b>TC 4</b>	<b>Đào tạo, tập huấn người thực hiện tiêm</b>	<b>5*</b>	

<b>TIÊU CHÍ</b>	<b>NỘI DUNG</b>	<b>Điểm tối đa</b>	<b>Điểm chấm</b>
4.1	Toàn bộ người thực hiện tiêm đã được tập huấn về tiêm vắc - xin phòng COVID-19 (bao gồm khám sàng lọc trước tiêm, tổ chức buổi tiêm, theo dõi biến cố bất lợi sau tiêm và xử trí cấp cứu).	1	
4.2	Trong ca tiêm chủng có ít nhất 01 nhân viên đã được tập huấn về phát hiện và xử trí phản vệ.	1	
4.3	Trong ca tiêm chủng có ít nhất 01 nhân viên đã được tập huấn về cấp cứu ngừng tuần hoàn.	1	
4.4	Toàn bộ nhân viên tham gia tiêm chủng đã xem đoạn phim ngắn (video/clip) về hướng dẫn các bước tiêm chủng: khám sàng lọc, thực hành tiêm chuẩn, xử lý phản vệ sau tiêm...	1	
4.5	Khuyến khích có ít nhất 01 nhân viên có kinh nghiệm vận chuyển cấp cứu thành công.	1	
<b>TC 5</b>	<b>Kiến thức và thực hành khám sàng lọc tiêm chủng</b>	<b>5*</b>	
5.1	Có kiến thức và trả lời đúng cách phân loại đối tượng tiêm chủng theo 4 nhóm.	1	
5.2	Có kiến thức và biết khai thác đúng tiền sử dị ứng, suy giảm miễn dịch, bệnh mạn tính, sử dụng thuốc... và các tiền sử khác.	1	
5.3	Có kiến thức và thực hành đánh giá đúng toàn trạng người tiêm chủng.	1	
5.4	Có kiến thức và thực hành đúng chỉ định tiêm chủng.	1	
5.5	Được tập huấn và thực hành ghi chép đúng thông tin trong phiếu sàng lọc cho toàn bộ người tiêm chủng.	1	
<b>TC 6</b>	<b>Thực hiện sàng lọc trước tiêm chủng và phân loại, phân cấp tiêm đúng đối tượng</b>	<b>3*</b>	
6.1	Phối hợp với cơ quan phụ trách cơ sở tiêm chủng sàng lọc sơ bộ, phân loại, lập danh sách người tiêm.	1	
6.2	Cơ quan phụ trách tiêm chủng cung cấp danh sách đối tượng tiêm chủng phù hợp với năng lực chuyên môn của cơ sở tiêm.	1	
6.3	Cơ sở tiêm chủng thực hiện tiêm đúng đối tượng những người trong danh sách đã được phân công.	1	
<b>TC 7</b>	<b>Phương tiện cấp cứu cơ bản</b>	<b>6*</b>	
7.1	Mỗi bàn tiêm có hộp thuốc cấp cứu phản vệ đủ cơ số theo quy định, bảo đảm chất lượng và dự trữ tối thiểu 5 ống adrenalin.	1	
7.2	Trong hộp thuốc cấp cứu phản vệ luôn có sẵn 1 bơm tiêm có adrenalin 1mg/1ml (trong suốt thời gian tiêm).	1	
7.3	Có sẵn ít nhất 2 lít (4 chai 500ml) dịch truyền NaCl 0,9% và đầy đủ phương tiện truyền dịch.	1	
7.4	Ô-xy và đầy đủ dụng cụ thở ô-xy.	1	
7.5	Bóng Ambu.	1	
7.6	Máy theo dõi, máy đo SpO <sub>2</sub> .	1	
<b>TC 8</b>	<b>Sẵn sàng cấp cứu người bệnh</b>	<b>5*</b>	
8.1	Phác đồ xử trí phản vệ có sẵn, treo/dán trên tường ở vị trí dễ thấy hoặc trong hộp xử trí phản vệ.	1	
8.2	Sẵn sàng phương án ứng phó khi có phản vệ.	1	
8.3	Đã diễn tập xử trí phản vệ sau tiêm vắc xin.	1	
8.4	<i>Đối với cơ sở tiêm chủng có khoa hồi sức tích cực:</i>	1	

<b>TIÊU CHÍ</b>	<b>NỘI DUNG</b>	<b>Điểm tối đa</b>	<b>Điểm chấm</b>
	- Phải luôn có nhân viên trực sẵn sàng cấp cứu. <i>Đối với cơ sở tiêm chủng khác không có khoa hồi sức tích cực:</i> - Có bệnh viện tuyến trên phụ trách cơ sở tiêm chủng, có xe cấp cứu (đầy đủ phương tiện cấp cứu cơ bản) thường trực tại bệnh viện, sẵn sàng đến cấp cứu người bệnh tại cơ sở tiêm chủng trong thời gian sớm nhất.		
8.5	Đã diễn tập chuyển tuyến khi người tiêm có tình trạng cấp cứu.	1	
<b>TC 9</b>	<b>Theo dõi sau tiêm chủng</b>	<b>3*</b>	
9.1	Cung cấp “Phiếu hướng dẫn theo dõi sau tiêm chủng” cho mỗi người tiêm một phiếu ngay sau khi tiêm.	1	
9.2	Toàn bộ người tiêm chủng ký xác nhận đã đọc đầy đủ “Phiếu hướng dẫn theo dõi sau tiêm chủng” và cam kết thực hiện theo đúng hướng dẫn.	1	
9.3	Cung cấp số điện thoại đường dây nóng, bệnh viện phụ trách cơ sở tiêm chủng để hỗ trợ cấp cứu để người được tiêm (người nhà) liên hệ khẩn cấp lúc cần thiết.	1	
	<b>TỔNG ĐIỂM</b>	<b>52</b>	
	Cơ sở tiêm chủng được xếp loại an toàn nếu toàn bộ các tiêu chí và tiểu mục có dấu * đều đạt (tổng điểm từ 45 trở lên).		
	<b>XẾP LOẠI: 1. An toàn 2. Không an toàn</b>		

....., ngày.....tháng.....năm....

**Người phụ trách điểm tiêm chủng**  
(ký và ghi rõ họ tên)

**Người đánh giá bảng kiểm**  
(ký và ghi rõ họ tên)

**Phụ lục V**  
**PHIẾU HƯỚNG DẪN NGƯỜI ĐƯỢC TIÊM CHỦNG**  
**TỰ THEO DÕI SAU TIÊM CHỦNG VẮC-XIN COVID-19**

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

**I. 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:
  - a. Chóng mặt, choáng, xây xẩm, cảm giác muốn ngã, mệt bất thường
  - b. Đau dữ dội bất thường tại một hay nhiều nơi không do va chạm, sang chấn.
  - c. 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 THĂNG BỆNH VIỆN.....**

**II. NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý**


- 1) Luôn có người hỗ trợ bên cạnh 24/24 giờ, ít nhất là trong 3 ngày đầu sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19.
- 2) Không nên uống rượu bia, các chất kích thích, không vận động mạnh 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°C: Cởi bớt, nói lỏng quần áo, chườm/lau bằng khăn ẩm tại trán, hố nách, bẹn, uống đủ nước. Không để nhiễm lạnh. Đo lại nhiệt độ sau 30 phút.
  - b. Sốt từ 38,5° 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 VI

### MẪU GIẤY XÁC NHẬN ĐÃ TIÊM VẮC XIN COVID-19

(Ban hành kèm theo Quyết định số 43/QĐ-BYT ngày 07/01/2022 của Bộ Y tế)

<b>CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM</b> <b>Độc lập - Tự do - Hạnh phúc</b>	
	<b>GIẤY XÁC NHẬN ĐÃ TIÊM VẮC XIN COVID-19</b> <b>(CERTIFICATE OF COVID-19 VACCINATION)</b>
Họ và tên/Name: .....	
Giới tính/Sex: Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>	
Ngày sinh/Date of birth (day/month/year): .....	
Số CCCD/CMT/hộ chiếu/định danh cá nhân (ID): .....	
Số điện thoại/Tel: .....	
Địa chỉ (Address): .....	
Đã được tiêm vắc xin phòng bệnh COVID-19/Has been vaccinated with COVID-19:	
<b>Liều cơ bản/primary dose</b>	
<b>Mũi 1/First dose</b> Ngày/date ..... Loại vắc xin/Vaccine:.....	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu (Sign and Stamp)
<b>Mũi 2/Second dose</b> Ngày/date ..... Loại vắc xin/Vaccine:.....	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu (Sign and Stamp)
<b>Mũi 3/Third dose</b> Ngày/date ..... Loại vắc xin/Vaccine:.....	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu (Sign and Stamp)
<b>Liều bổ sung/additional dose</b>	
Ngày/date ..... Loại vắc xin/Vaccine:.....	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu (Sign and Stamp)
<b>Liều nhắc lại/booster dose*</b>	
<b>Mũi 1/First dose</b> Ngày/date ..... Loại vắc xin/Vaccine:.....	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu (Sign and Stamp)
<b>Mũi 2/Second dose</b> Ngày/date ..... Loại vắc xin/Vaccine:.....	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu (Sign and Stamp)
<b>Mũi 3/Third dose</b> Ngày/date ..... Loại vắc xin/Vaccine:.....	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu (Sign and Stamp)
<i>*Theo hướng dẫn hiện nay đã có tiêm 01 liều nhắc lại. Nếu tiêm nhắc lại các mũi tiếp theo (mũi 2, mũi 3...) Bộ Y tế sẽ có hướng dẫn sau.</i>	

## Phụ lục VII

### MẪU BÁO CÁO KẾT QUẢ TIÊM HÀNG NGÀY

(Ban hành kèm theo Quyết định số Quyết định số 43/QĐ-BYT ngày 07/01/2022 của Bộ Y tế)

#### A. Mẫu Báo cáo kết quả triển khai vắc xin phòng COVID-19 hàng ngày

Đơn vị

.....

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

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

Thời gian bắt đầu triển khai: Ngày ...../...../2022

Ngày báo cáo: ...../...../2022

TT	Địa phương/ Cơ sở y tế / Ngày triển khai	Đợt tiêm *	Loại vắc xin	Số đối tượng trong ngày	Số chuyển bệnh viện tiêm	Số không đồng ý tiêm chủng	Số hoãn tiêm	Số chống chỉ định	Số tiêm được						Vắc xin Covid-19 (liều)		Số phản ứng thông thường sau tiêm chủng										Số tai biến nặng *****	Ghi chú		
									Liều cơ bản			Liều bổ sung	Liều nhắc lại**			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
									Mũi 1	Mũi 2	Mũi 3		Mũi 1	Mũi 2	Mũi 3															
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
Cộng trong ngày																														
Cộng dồn																														

\*: Đợt tiêm: Tính theo Quyết định của Bộ Y tế (Đợt 5: QĐ 2971/QĐ-BYT ngày 17/6/2021; Đợt 6: QĐ 3020/QĐ-BYT ngày 23/6/2021)

\*\* Theo hướng dẫn hiện nay đã có tiêm 01 liều nhắc lại. Nếu tiêm nhắc lại các mũi tiếp theo (mũi 2, mũi 3 ..) Bộ Y tế sẽ có hướng dẫn sau.

\*\*\*: 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 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 thì bắt buộc phải có thông tin báo cáo để nhập vào danh sách "PL 2". Đề nghị Hội đồng chuyên môn cấp tỉnh tổ chức họp và đánh giá, xác định, phân loại ca phản ứng sớm trong vòng 5 ngày kể từ khi nhận báo cáo theo quy định.

Ngày ..... tháng ....năm 2021

Lãnh đạo đơn vị

Người làm báo cáo

**B. Báo cáo nhanh danh sách trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng hàng ngày**

**ĐƠN VỊ**

.....

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

**Độc lập - 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 ...../...../2022*

Ngày báo cáo: ...../...../2022

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 phản ứng	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...	.../.../...			
6				...giờ...	.../.../...	.../.../...							...giờ...	.../.../...			
7				...giờ...	.../.../...	.../.../...							...giờ...	.../.../...			
8				...giờ...	.../.../...	.../.../...							...giờ...	.../.../...			

**Người làm báo cáo**

Ngày ..... tháng ....năm 2021

**Lãnh đạo đơn vị**

**Phụ lục VIII**  
**MẪU BÁO CÁO KẾT THÚC**  
**ĐỢT TRIỂN KHAI CHIẾN DỊCH TIÊM VẮC XIN COVID-19**  
*(Ban hành kèm theo Quyết định số 43/QĐ-BYT ngày 07/01/2022 của Bộ Y tế)*

TỈNH: .....

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

Ngày.....tháng.....năm 2022

**BÁO CÁO**  
**KẾT QUẢ TRIỂN KHAI TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**  
 Đợt tiêm số ..... (Theo Quyết định số ...../QĐ-BYT ngày...tháng...năm 202....)

**I. KẾT QUẢ**

**Kết quả chung:**

Nhóm đối tượng ưu tiên	Các đợt trước đây		Đợt này								Ghi chú	
	Số đối tượng	Số đã tiêm	Số đối tượng	Liều cơ bản			Liều bổ sung	Liều nhắc lại				Tỷ lệ (%)
				Mũi 1	Mũi 2	Mũi 3		Mũi 1	Mũi 2	Mũi 3		
<b>Cộng</b>												

**Kết quả tiêm vắc xin COVID-19 theo đơn vị:**

TT	Đơn vị	Số đối tượng	Số đã tiêm							Tỷ lệ (%)	Ghi chú
			Liều cơ bản			Liều bổ sung	Liều nhắc lại*				
			Mũi 1	Mũi 2	Mũi 3	Mũi bổ sung	Mũi 1	Mũi 2	Mũi 3		
	<b>Tổng</b>										

\*: Theo hướng dẫn hiện nay đã có tiêm 01 liều nhắc lại. Nếu tiêm nhắc lại các mũi tiếp theo (mũi 2, mũi 3...) Bộ Y tế sẽ có hướng dẫn sau.

**II. SỰ CÓ BẤT LỢI SAU TIÊM VẮC XIN PHÒNG COVID-19**

<b>1. Liệt kê những dấu hiệu thường gặp sau khi tiêm vắc xin phòng Covid-19</b>	<b>Số trường hợp</b>
<b>Số trường hợp phản ứng thông thường</b> (Nếu 1 người có nhiều triệu chứng thì chỉ tính 1 trường hợp ở dòng này. Đối với các dòng PUST thông thường dưới đây thì tính cho từng dấu hiệu)	.....
Đau/sung tại chỗ tiêm	
Nôn/buồn nôn	
Tiêu chảy/đau bụng	
Sốt <39°C	
Sốt ≥39°C	
Đau họng/chảy nước mũi	
Ớn lạnh	
Đau đầu	
Phát ban	
Các triệu chứng khác (ghi rõ)	
<b>Số trường hợp tai biến nặng:</b>	
<b>2. Số trường hợp chống chỉ định:</b>	
<b>3. Số trường hợp tạm hoãn</b> (ghi lý do tạm hoãn)	
-	
-	
-	
<b>4. Số trường hợp không đồng ý tiêm chủng</b>	
<b>5. Số trường hợp vắng mặt tại thời điểm tiêm chủng</b>	
<b>6. Số trường hợp chuyển tiêm chủng tại CSYT tuyến trên</b>	

### **III. TỔ CHỨC THỰC HIỆN**

#### **1. Công tác chỉ đạo**

-  
-

#### **2. Tổ chức thực hiện**

##### **2.1. Thời gian triển khai**

Thời gian chung triển khai trên địa bàn: Từ ngày ... tháng ... năm 2021 đến ngày ... tháng ... năm 2021

Tổng số điểm tiêm chủng: ....., trong đó:

o Số điểm tiêm chủng tại trạm: .....

o Số điểm tiêm chủng tại phòng khám ..... đa khoa khu vực: ;

o Số điểm tiêm chủng tại Bệnh viện: .....

o Số điểm tiêm chủng lưu động: .....

- Số cơ sở tiêm chủng:

o Bệnh viện tuyến TW/Khu vực/Tỉnh/Bộ ngành/ĐHY: ..... cơ sở;

o Bệnh viện/Trung tâm Y tế huyện ..... cơ sở;

- o Phòng khám đa khoa... ..cơ sở;
- o Trạm Y tế ..... cơ sở;
- o Cơ sở tiêm chủng dịch vụ ..... cơ sở;
- o Cơ sở khám chữa bệnh tư nhân ..... cơ sở;
- o Điểm tiêm chủng lưu động ..... cơ sở;
- o Khác (ghi rõ) ..... cơ sở;

**2.2. Hoạt động truyền thông**

<b>Nội dung</b>	<b>Số lượng</b>
Tổng số lượt tuyên truyền trên báo, đài địa phương	
Số buổi phát thanh trên loa truyền thanh xã/thị trấn	
Tổng số lớp tập huấn đã mở tại địa phương	
Tổng số người tham dự	
Các tài liệu do địa phương phát hành	
Các hình thức tuyên truyền khác	
Số người đã sử dụng ứng dụng Hồ sơ sức khỏe	
Số người đã khai báo sự cố bất lợi sau tiêm vắc xin COVID-19	

**2.3. Cung cấp vắc xin, vật tư**

<b>Vật tư, vắc xin</b>	<b>Có sẵn/Tồn</b>	<b>Được cấp trong TCMR</b>	<b>Tự mua</b>	<b>Sử dụng**</b>	<b>Hủy</b>	<b>Tồn</b>
Vắc xin (liều) (theo loại)						
- .....						
- .....						
Hộp an toàn (chiếc)						
BKT 0,5ml (cái)						
Vật tư khác:						

\*\* : Số liều vắc xin đã tiêm cho đối tượng và số liều còn lại trong các lọ đã mở nhưng không sử dụng hết được tính vào số sử dụng

**2.4. Kinh phí**

<b>Nguồn kinh phí</b>	<b>Số kinh phí (đồng)</b>
<b>1. Ngân sách Trung ương cấp</b>	
<b>2. Ngân sách địa phương cấp</b>	
- Tỉnh:	
- Huyện:	
- Xã:	
Các nguồn khác (ghi cụ thể)	
Các hình thức hỗ trợ khác (ghi cụ thể)	
<b>Tổng cộng</b>	

**2.5. Công tác giám sát và nhân lực triển khai**

**a. Công tác giám sát**

- Tuyển tỉnh: số lượt giám sát: ..... lượt; số người giám sát: ..... người; số điểm giám sát: ..... điểm
- Tuyển huyện: số lượt giám sát: ..... lượt; số người giám sát: ..... người; số điểm giám sát: ....điểm
- Các vấn đề phát hiện trong quá trình giám sát:

- +
- +
- +
- Các vấn đề đã được giải quyết:
- +
- +

**b. Nhân lực trực tiếp tham gia**

Cán bộ y tế	Lượt người
Khối cơ quan quản lý	
Khối bệnh viện	
Khối trường Y	
Khối Y học Dự phòng	
Quân Y và Y tế các ngành khác	
<b>Tổng số</b>	

Người tình nguyện	Lượt người
Giáo dục	
Hội chữ Thập đỏ	
Hội phụ nữ	
Mặt trận Tổ quốc	
Đoàn Thanh niên	
Ban, Ngành, đoàn thể khác	
<b>Tổng số</b>	

**IV. NHỮNG THUẬN LỢI VÀ KHÓ KHĂN**

**4.1. Thuận lợi**

- 
- 
- 

**4.2. Khó khăn**

- 
- 

**V. NHẬN XÉT VÀ ĐỀ NGHỊ**

- 
- 

**Người tổng hợp**  
(ký ghi rõ họ tên)

**LÃNH ĐẠO ĐƠN VỊ**  
(ký ghi rõ họ tên, đóng dấu)