

**Phụ lục**  
(Kèm theo Kế hoạch số /KH-SYT ngày / /2021 của Sở Y tế)

STT	Nội dung	Yêu cầu
Phụ lục II	Danh sách đối tượng tiêm vắc xin phòng COVID-19	- Địa phương lập trước triển khai - Lập file excel
Phụ lục III	Phiếu đồng ý tham gia tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19	Cá nhân tiêm ký ghi rõ họ tên
Phụ lục IV	Phiếu sàng lọc trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 ( <i>Quyết định số 3445/QĐ-BYT</i> )	-Rà soát lần 1, xác định lại đối tượng mời tiêm - Rà soát lần 2, xác định lại chỉ định tiêm
Phụ lục V	Giấy xác nhận đã tiêm vắc xin phòng COVID-19	
Phụ lục VI	Tiêu chí an toàn tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 ( <i>Quyết định số 3518/QĐ-BYT</i> )	Dành cho cơ sở thực hiện tiêm chủng
Phụ lục VII	Phiếu hướng dẫn người được tiêm chủng tự theo dõi sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19	Cung cấp cho người được tiêm
Phụ lục VIII	Báo cáo hàng ngày kết quả triển khai kế hoạch tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19	Dành cho cơ sở thực hiện tiêm chủng
Phụ lục IX	Báo cáo hàng ngày kết quả triển khai tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19	Tuyển tỉnh thực hiện
Phụ lục X	Báo cáo tổng hợp sự cố bất lợi của tuyển tỉnh	Tuyển tỉnh thực hiện
Phụ lục XI	Báo cáo kết thúc chiến dịch tiêm vắc xin phòng COVID-19	Thực hiện trong vòng 3 ngày sau khi kết thúc đối với tuyển huyện, 5 ngày đối với tuyển tỉnh.

**Phụ lục II**  
**DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG TIÊM VẮC XIN PHÒNG COVID-19**

Tỉnh: Kon Tum

Huyện:.....Xã:.....Điểm tiêm chủng:.....

TT	Họ và tên *	Ngày tháng năm sinh	Tuổi	Giới	Mã nhóm đối tượng ưu tiên (Đánh số từ 1-10)	Đơn vị công tác	Số điện thoại *	Số CMT/CCCD*	Số thẻ bảo hiểm y tế*	Địa chỉ nơi ở hiện tại *				Thông tin tiêm chủng		Ghi chú
										Số nhà/Tổ	Xã /Phường	Quận /Huyện	Tỉnh/TP	Ngày tiêm mũi 1	Ngày tiêm mũi 2	
1																
2																
3																
4																
7																
8																
9																
10																

**\*: BẮT BUỘC PHẢI ĐIỀN**

**Mã nhóm đối tượng ưu tiên:** (1) Lực lượng tuyến đầu phòng chống dịch; (2) Nhân viên, cán bộ ngoại giao của Việt Nam được cử đi nước ngoài; hải quan, cán bộ làm công tác xuất nhập cảnh; (3) Người cung cấp dịch vụ thiết yếu: hàng không, vận tải, du lịch; cung cấp dịch vụ điện, nước...; (4) Giáo viên, người làm việc tại các cơ sở giáo dục, đào tạo; người làm việc tại các cơ quan, đơn vị hành chính thường xuyên tiếp xúc với nhiều người; (5) Người mắc các bệnh mạn tính, người trên 65 tuổi; (6) Người sinh sống tại các vùng có dịch; (7) Người nghèo, các đối tượng chính sách xã hội; (8) Người được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cử đi công tác, học tập, lao động ở nước ngoài; (9) Các đối tượng khác do Bộ Y tế quyết định căn cứ yêu cầu phòng chống dịch; (10) Nhóm khác, ghi rõ.....

**Người lập danh sách**

....., ngày.....tháng ....năm 2021 ...

**Xác nhận**  
**Ban chỉ đạo PCD/UBND**

### Phụ lục III

## 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 tiêm chủng

Không đồng ý tiêm chủng

Họ tên người được tiêm chủng:.....

Số điện thoại: .....

.....,ngày.....tháng.....năm 202...

(Ký, ghi rõ họ tên)

**Phụ lục IV**  
**PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỮNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**

**CƠ SỞ TIÊM CHỮNG**  
.....

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

**PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỮNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**  
*(Theo QĐ 3445/QĐ-BYT ngày 15/7/2021)*

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 (tương 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:.....		

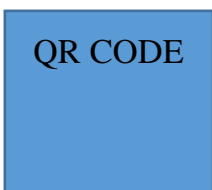
**II. Kết luận:**

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

**Phụ lục V**  
**GIẤY XÁC NHẬN ĐÃ TIÊM VẮC XIN PHÒNG COVID-19**



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

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**GIẤY XÁC NHẬN ĐÃ TIÊM VẮC XIN PHÒNG COVID-19**

Họ và tên: .....

Sinh ngày: .....tháng .....năm .....

Số điện thoại: .....

Địa chỉ: .....

Đã được tiêm vắc xin phòng COVID-19:

Mũi 1: Ngày.....tháng.....năm 202.....	Mũi 2: Ngày.....tháng.....năm 202.....
<b>Loại vắc xin:.....</b>	<b>Loại vắc xin:.....</b>
Đơn vị tiêm chủng (Ký, đóng dấu)	Đơn vị tiêm chủng (Ký, đóng dấu)

**PHỤ LỤC VII**  
**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 THẮNG 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 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°C: Cởi bớt, cởi lỏng quần áo, chườm/lau bằng khăn ẩm tại trán, hõ 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 X**  
**MẪU BÁO CÁO HÀNG NGÀY KẾT QUẢ TRIỂN KHAI**  
**KẾ HOẠCH TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**

**BÁO CÁO HÀNG NGÀY KẾT QUẢ TRIỂN KHAI**  
**KẾ HOẠCH TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**  
*(Dành cho cơ sở thực hiện tiêm chủng báo cáo)*

Tỉnh:..... Huyện/TP: .....

Cơ sở tiêm chủng:.....

Tổng số đối tượng đăng kí tiêm chủng:.....Ngày ...../...../.....

Số đối tượng tiêm chủng	Số vắc xin nhận	Số vắc xin sử dụng	Số vắc xin hủy	Số vắc xin còn lại	Số TH hoãn tiêm chủng <sup>1</sup>	Số TH phản ứng thông thường <sup>2</sup>	Số TH tai biến nặng <sup>3</sup>

*Ghi chú: Nếu 1 cơ sở tổ chức tiêm cho nhiều đơn vị thì sử dụng bảng dưới đây:*

Tên đơn vị	Số đối tượng tiêm chủng	Số vắc xin nhận	Số vắc xin sử dụng	Số vắc xin hủy	Số vắc xin còn lại	Số TH hoãn tiêm chủng <sup>1</sup>	Số TH phản ứng thông thường <sup>2</sup>	Số TH tai biến nặng <sup>3</sup>
Đơn vị đăng ký tiêm 1								
Đơn vị đăng ký tiêm 2								

**<sup>1</sup> Báo cáo trường hợp hoãn tiêm chủng:**

Số trường hợp hoãn tiêm: .....

Lý do khác:.....

**<sup>2</sup> Báo cáo cụ thể các trường hợp phản ứng thông thường:**

Phản ứng thông thường			
Đơn vị	Sốt $\leq 39^\circ\text{C}$	Sung, đau tại chỗ tiêm	Triệu chứng khác
Đơn vị đăng ký tiêm 1			
Đơn vị đăng ký tiêm 2			

**<sup>3</sup> Báo cáo trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng:**

Liệt kê các trường hợp và mô tả ngắn gọn từng trường hợp:

STT	Đơn vị	Họ và tên	Ngày sinh	Mô tả (triệu chứng, diễn biến, các xử trí, kết quả,...)

Từng trường hợp được báo cáo chi tiết theo phiếu điều tra tai biến nặng sau tiêm chủng tại thông tư 34/2018/TT – BYT ngày 12 tháng 11 năm 2018.

**Người tổng hợp**  
*(Ký, ghi rõ họ tên)*

Ngày .....tháng .....năm 2021  
**Thủ trưởng cơ quan**  
*(Ký tên, đóng dấu)*



**Phụ lục XI**  
**MẪU BÁO CÁO TỔNG HỢP HÀNG NGÀY CỦA TUYẾN TỈNH**

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.../.../2021

Ngày báo cáo:...../...../2021

TT	Địa phương/ Cơ sở y tế	Số đối tượng	Số hoãn tiêm	Số không đồng ý tiêm	Số chống chỉ định	Số tiêm được	Số vắc xin Covid-19 (tính theo lọ)			Số phản ứng sau tiêm chủng		Ghi chú
							Số nhận	Số sử dụng	Số hủy	Số TH phản ứng thông thường	Số TH tai biến nặng *	
1												
2												
3												
Cộng trong ngày												
Cộng dồn												

\* Báo cáo thông tin các trường hợp tai biến nặng sau tiêm vắc xin phòng Covid-19 (Phụ lục 11 tại Thông tư 34/2018/TT-BYT ngày 16/11/2018)

Ngày....tháng.....năm 2021

Người làm báo cáo

Lãnh đạo đơn vị

**Phụ lục XII**  
**MẪU TỔNG HỢP BIẾN CỐ BẤT LỢI CỦA TUYẾN TỈNH**

**Đơn vị**

.....

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

**Độc lập- Tự do- Hạnh phúc**

**TỔNG HỢP BÁO CÁO CÁC BIẾN CỐ BẤT LỢI SAU TIÊM VẮC XIN**

Ngày báo cáo: ...../...../2021

TT	Đơn vị/ Cơ sở y tế	Số đối tượng tiêm vắc xin	Số trường hợp ghi nhận PU'STC*	Các dấu hiệu ghi nhận										Ghi chú
				Đau, sưng tại chỗ tiêm	Nôn/ buồn nôn	Tiêu chảy/ đau bụng	Sốt		Đau họng, chảy nước mũi/ ho	Ớn lạnh	Đau đầu	Phát ban	Triệu chứng khác	
							<39°C	≥39°C						
1														
2														
3														
4														
5														
6														
<b>Cộng</b>														
<b>Cộng dồn</b>														

\* Một trường hợp có thể có 1 hoặc nhiều triệu chứng

Ngày.....tháng.....năm 2021

**Người làm báo cáo**

**Lãnh đạo đơn vị**

**Phụ lục XIII**  
**BÁO CÁO KẾT THÚC CHIẾN DỊCH TIÊM VẮC XIN COVID-19**

TỈNH: .....

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

*Ngày.....tháng.....năm 2021*

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

**I. KẾT QUẢ**

**1. Kết quả chung**

Nhóm đối tượng ưu tiên	Các đợt trước đây		Đợt này				
	Số đối tượng	Số đã tiêm	Số đối tượng	Số đối tượng đã tiêm		Tỷ lệ (%)	Ghi chú
				Mũi 1	Mũi 2		
Nhóm 1							
Nhóm 2							
Nhóm 3							
Nhóm 4							
Nhóm 5							
Nhóm 6							
Nhóm 7							
Nhóm 8							
Nhóm 9							
Khác							
<b>Tổng</b>							

**2. Kết quả theo đơn vị:**

Đơn vị	Số đối tượng	Số đã tiêm		Tỷ lệ (%)	Ghi chú
		Mũi 1	Mũi 2		
<b>Tổng</b>					

## II. PHẢN ỨNG SAU TIÊM VẮC XIN PHÒNG COVID-19.

1. Liệt kê những dấu hiệu thường gặp sau khi tiêm vắc xin phòng Covid-19	Số trường hợp
<b>Số trường hợp phản ứng thông thường</b>	
Đau/sung tại chỗ tiêm	
Nôn/buồn nôn	
Tiêu chảy/đau bụng	
Sốt <39 <sup>0</sup> C	
Sốt ≥39 <sup>0</sup> C	
Đau họng/Chảy nước mũi	
Ốn lạnh	
Chóng mặt	
Nổi hạch	
Phát ban nổi mẩn/ngứa ngoài da	
Đau đầu	
Đau cơ	
Đau khớp	
Bồn chồn/khó chịu	
Các triệu chứng khác	
<b>Số trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng</b>	
<b>2. Số trường hợp chống chỉ định</b>	
<b>3. Số trường hợp tạm hoãn (<i>ghi lý do tạm hoãn</i>)</b>	
-	
-	
-	
<b>4. Số trường hợp không đồng ý tiêm chủng</b>	
<b>5. Số trường hợp vắng mặt tại thời điểm tiêm chủng</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.../.../ 2021 đến ngày .../.../2021

- Thời gian chung triển khai trên địa bàn: Từ ngày..../..../ 2021 đến ngày..../..../2021

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

+ Số điểm tiêm chủng tại trạm: .....

+ Số điểm tiêm chủng tại trường học: .....

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

+ Số điểm tiêm chủng lưu động: .....

- Số cơ sở tiêm chủng:

+ Bệnh viện tuyến TW/Khu vực/Tỉnh ..... cơ sở;

+ Bệnh viện tuyến huyện ..... cơ sở;

+ Phòng khám đa khoa... ..... cơ sở;

+ Trạm Y tế ..... cơ sở;

+ Cơ sở tiêm chủng dịch vụ ..... cơ sở;

+ Trường học ..... cơ sở;

+ Điểm tiêm chủng lưu động ..... cơ sở;

+ Khác (ghi rõ) ..... cơ sở;

## **2.2. Hoạt động truyền thông**

### **Công tác tuyên truyền**

<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 Phản ứng sau tiêm vắc xin Covid-19	

## **2.3. Hậu cần**

### **a. 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)						
-						
-						

Vật tư, vắc xin	Có sẵn/ Tồn	Được cấp trong TCMR	Tự mua	Sử dụng*	Hủy	Tồn
Hộp an toàn (chiếc)						
BKT 0,5ml (cái)						
BKT 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

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

#### 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	

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	

Tổng		Tổng	
------	--	------	--

#### IV. NHỮNG THUẬN LỢI VÀ KHÓ KHĂN

##### 3.1. Thuận lợi

.....  
.....

##### 3.2. Khó khăn

.....  
.....

#### V. NHẬN XÉT

.....  
.....

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

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