

Phụ lục
(Kèm theo Kế hoạch đợt 5/2021)

STT	Nội dung	Yêu cầu
Phụ lục I	Dự kiến đối tượng tiêm	Hoàn thiện trước tiêm
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	-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	Cấp cho cá nhân sau khi được tiêm
Phụ lục VI	Bảng kiểm an toàn tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19	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	Lưu ý điền số điện thoại liên lạc khi cần
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	Tuyên tỉnh thực hiện
Phụ lục X	Báo cáo tổng hợp sự cố bất lợi của tuyên tỉnh	Tuyên 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 tuyên huyện, 5 ngày đối với tuyên tỉnh.
Phụ lục XII	Phân bổ vắc xin, vật tư tiêm chủng	Excel
Phụ lục XIII	Kinh phí	Excel

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	Nghề nghiệp	Mã nhóm đối tượng theo NQ21	Mã nhóm đối tượng ưu tiên (Từ a đến q)	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		

***: BẮT BUỘC PHẢI ĐIỀN**

Mã nhóm đối tượng ưu tiên: Theo NQ 21/NQ-CP gồm (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.....

Mã nhóm đối tượng ưu tiên theo QĐ 3355/QĐ-BYT: a) Người làm việc trong các cơ sở y tế, ngành y tế (công lập và tư nhân); b) Người tham gia phòng chống dịch (thành viên Ban Chỉ đạo phòng, chống dịch các cấp, người làm việc ở các khu cách ly, làm nhiệm vụ truy vết, điều tra dịch tễ, tổ Covid dựa vào cộng đồng, tình nguyện viên, phóng viên...); c) Lực lượng Quân đội; d) Lực lượng Công an; đ) Nhân viên, cán bộ ngoại giao của Việt Nam và thân nhân được cử đi nước ngoài, người làm việc trong các cơ quan Ngoại giao, Lãnh sự, các tổ chức quốc tế hoạt động tại Việt Nam; e) Hải quan, cán bộ làm công tác xuất nhập cảnh; g) Người cung cấp dịch vụ thiết yếu: Hàng không, vận tải, du lịch; cung cấp dịch vụ điện, nước; h) Giáo viên, người làm việc, học sinh, sinh viên tại các cơ sở giáo dục, đào tạo; lực lượng bác sỹ trẻ; người làm việc tại các cơ quan, đơn vị hành chính; các tổ chức hành nghề luật sư, công chứng, đấu giá... thường xuyên tiếp xúc với nhiều người; i) Người mắc các bệnh mãn tính; Người trên 65 tuổi; k) Người sinh sống tại các vùng có dịch; l) Người nghèo, các đối tượng chính sách xã hội; m) Người được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cử đi công tác, học tập, lao động ở nước ngoài hoặc có nhu cầu xuất cảnh để công tác, học tập và lao động ở nước ngoài; chuyên gia nước ngoài làm việc tại Việt Nam; n) Các đối tượng là người lao động, thân nhân người lao động đang làm việc tại các doanh nghiệp (bao gồm cả doanh nghiệp trong khu công nghiệp, khu chế xuất, doanh nghiệp kinh doanh vận tải, tín dụng, du lịch...), cơ sở kinh doanh dịch vụ thiết yếu như các cơ sở lưu trú, ăn uống, ngân hàng, chăm sóc sức khỏe, dược, vật tư y tế..., cơ sở bán lẻ, bán buôn, chợ, công trình xây dựng, người dân ở vùng, khu du lịch; o) Các chức sắc, chức việc các tôn giáo; p) Người lao động tự do; q) Các đối tượng khác theo Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế hoặc Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố và đề xuất của các đơn vị viện trợ vắc xin cho Bộ Y tế.

Người lập danh sách

....., ngày.....thángnăm 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 CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

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
(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 (trương 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: ≥ 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

Mã QR	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: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 50%; padding: 5px;">Mũi 1/First dose Ngày/date..... Loại vắc xin/Vaccine:</td><td style="width: 50%; padding: 5px;">Mũi 2/Second dose Ngày/date Loại vắc xin/Vaccine:</td></tr><tr><td style="width: 50%; text-align: center; padding: 10px;">Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu (<i>Sign and Stamp</i>)</td><td style="width: 50%; text-align: center; padding: 10px;">Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu (<i>Sign and Stamp</i>)</td></tr></table>		Mũi 1/First dose Ngày/date..... Loại vắc xin/Vaccine:	Mũi 2/Second dose Ngày/date Loại vắc xin/Vaccine:	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu (<i>Sign and Stamp</i>)	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu (<i>Sign and Stamp</i>)
Mũi 1/First dose Ngày/date..... Loại vắc xin/Vaccine:	Mũi 2/Second dose Ngày/date Loại vắc xin/Vaccine:				
Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu (<i>Sign and Stamp</i>)	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu (<i>Sign and Stamp</i>)				

PHỤ LỤC VI
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	Tên cơ sở tiêm chủng:	
2	Loại hình cơ sở tiêm chủng: (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	KẾT QUẢ TIÊM CHỦNG	<i>(Cơ sở nhập trên phần mềm theo ngày)</i>
	<i>Kết quả theo ngày tiêm</i>	
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	
	<i>Kết quả cộng dồn từ ngày bắt đầu tiêm</i>	
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

TIÊU CHÍ	NỘI DUNG	Điểm tối đa	Điểm chấm
TC 1	Cơ sở hạ tầng	5*	
1.1	Đủ không gian thông thoáng để bố trí ngòì 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	
TC 2	Phương tiện, dụng cụ, thiết bị phục vụ tiêm chủng	13	
	<i>Cơ sở tiêm có đầy đủ các phương tiện sau:</i>		
2.1	Khu vực chờ khám.	1	
2.2	- Ghế ngòì 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 ngòì và ghế ngòì 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*	
TC 3	Ghi chép thông tin	7	
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	

TIÊU CHÍ	NỘI DUNG	Điểm tối đa	Điểm chấm
TC 4	Đào tạo, tập huấn người thực hiện tiêm	5*	
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	
TC 5	Kiến thức và thực hành khám sàng lọc tiêm chủng	5*	
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	
TC 6	Thực hiện sàng lọc trước tiêm chủng và phân loại, phân cấp tiêm đúng đối tượng	3*	
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	
TC 7	Phương tiện cấp cứu cơ bản	6*	
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 ₂ .	1	
TC 8	Sẵn sàng cấp cứu người bệnh	5*	
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	

TIÊU CHÍ	NỘI DUNG	Điểm tối đa	Điểm chấm
8.4	<i>Đối với cơ sở tiêm chủng có khoa hồi sức tích cực:</i> - 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.	1	
8.5	Đã diễn tập chuyển tuyến khi người tiêm có tình trạng cấp cứu.	1	
TC 9	Theo dõi sau tiêm chủng	3*	
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	
	TỔNG ĐIỂM	52	
	Cơ sở tiêm chủng được xếp loại an toàn nếu toàn bộ các tiêu chí và tiêu mục có dấu * đều đạt (tổng điểm từ 45 trở lên).		
	XẾP LOẠI: 1. An toàn 2. Không an toàn		

....., ngày....tháng....năm....

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

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

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 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 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, 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 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 báo cáo)

Tỉnh:..... Huyện/TP:

Cơ sở tiêm chủng:.....

Tổng số đối tượng đăng ký 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 ¹	Số TH phản ứng thông thường ²	Số TH tai biến nặng ³

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 ¹	Số TH phản ứng thông thường ²	Số TH tai biến nặng ³
Đơn vị đăng ký tiêm 1								
Đơn vị đăng ký tiêm 2								

¹ Báo cáo trường hợp hoãn tiêm chủng:

Số trường hợp hoãn tiêm: _____

Lý do khác:.....

² Báo cáo cụ thể các trường hợp phản ứng thông thường:

Phản ứng thông thường			
Đơn vị	Sốt ≤ 39 °C	Sung, đau tại chỗ tiêm	Triệu chứng khác
Đơn vị đăng ký tiêm 1			
Đơn vị đăng ký tiêm 2			

³ 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)

Ngàythángnăm 2021

Thủ trưởng cơ quan
(Ký tên, đóng dấu)

Phụ lục IX
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 X
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														
Cộng														
Cộng dồn														

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

Người làm báo cáo

Ngày.....tháng.....năm 2021

Lãnh đạo đơn vị

Phụ lục XI
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							
Tổng							

2. Kết quả theo đơn vị:

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

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
Số trường hợp phản ứng thông thường	
Đau/sung tại chỗ tiêm	
Nôn/buồn nôn	
Tiêu chảy/đau bụng	
Sốt <39 ⁰ C	
Sốt ≥39 ⁰ C	
Đau họng/Chảy nước mũi	
Ớn 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	
Số trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng	
2. Số trường hợp chống chỉ định	
3. Số trường hợp tạm hoãn (<i>ghi lý do tạm hoãn</i>)	
-	
-	
-	
4. Số trường hợp không đồng ý tiêm chủng	
5. Số trường hợp vắng mặt tại thời điểm tiêm chủng	

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

Nội dung	Số lượng
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:

Vật tư, vắc xin	Có sẵn/ Tồn	Được cấp trong TCMR	Tự mua	Sử dụng*	Hủy	Tồn
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)