

Thủ Dầu Một, ngày 12 tháng 4 năm 2022

Số: 246/TTYT-KSDB

V/v hướng dẫn quy trình tổ chức
chiến dịch tiêm vắc xin phòng
Covid-19 cho trẻ từ 5-12 tuổi

KHẨN

Kính gửi:

- Phòng Giáo dục và Đào tạo thành phố Thủ Dầu Một;
- Các Ủy ban nhân dân phường;
- 14 Trạm Y tế phường, Phòng khám ĐKKV Phú Mỹ.

Căn cứ Công văn số 1535/BYT-DP ngày 28/03/2022 của Bộ Y tế về việc tiêm vắc xin phòng COVID-19 cho trẻ từ 5 đến dưới 12 tuổi;

Căn cứ Công văn số 905/SYT-NVY ngày 06/4/2022 của Sở Y tế tỉnh Bình Dương về việc tiêm vắc xin phòng COVID-19 cho trẻ từ 5 đến 12 tuổi;

Căn cứ Kế hoạch số 54/UBND ngày 18/3/2022 của Ủy ban nhân dân thành phố Thủ Dầu Một về Kế hoạch triển khai chiến dịch tiêm vắc xin phòng Covid-19 cho trẻ em từ 05-11 tuổi trên địa bàn thành phố Thủ Dầu Một;

Trung tâm Y tế thành phố Thủ Dầu Một triển khai hướng dẫn quy trình tổ chức tiêm chủng vắc xin phòng Covid-19 cho trẻ em từ 05-11 tuổi tại các trường học, như sau:

1. Quy trình tổ chức buổi tiêm chủng

- Quy trình bố trí điểm tiêm chủng phải đảm bảo theo quy tắc 1 chiều, đảm bảo khoảng cách giữa các bàn/vị trí tiêm chủng để phòng chống dịch theo thứ tự như sau: Khu vực chờ trước tiêm chủng (1) → Bàn đón tiếp, hướng dẫn, kiểm tra thông tin (2) → Bàn khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng (3) → Bàn tiêm chủng (4) → Bàn ghi chép, nhập số liệu (5) → Khu vực theo dõi và xử trí tai biến sau tiêm chủng (6).

2. Đối với trường học

- Phối hợp với UBND phường, Trạm Y tế phường đóng trên địa bàn phường để sắp xếp thời gian triển khai thực hiện tiêm tại trường học, gửi danh sách các đối tượng từ 5-11 tuổi cho UBND phường, Trạm Y tế phường trước khi tổ chức tiêm vắc xin phòng Covid-19 cho trẻ.

- Trường học bố trí ít nhất 04 phòng học để Trạm Y tế tổ chức triển khai tiêm: 01 phòng khám sàng lọc, tư vấn trước tiêm chủng, 01 phòng tiêm chủng, 01 phòng hay khu vực thoáng mát theo dõi và xử trí tai biến sau tiêm chủng, 01 phòng nhập liệu thông tin trẻ được tiêm và ghi phiếu xác nhận đã tiêm vắc xin phòng Covid-19.

- Trường học chuẩn bị các phiếu sàng lọc tiêm chủng vắc xin phòng Covid-19 dành cho trẻ em để phụ huynh học sinh điền trước các thông tin và ký đồng ý chấp thuận cho trẻ tiêm (theo mẫu).

- Trường học bố trí các giáo viên hỗ trợ hướng dẫn các trẻ đến khu vực chờ tiêm và kiểm tra các thông tin, giấy tờ của trẻ trước khi đến phòng khám, tiêm chủng, theo dõi sau tiêm.

- Huy động giáo viên nhập liệu và viết giấy xác nhận đã tiêm vắc xin phòng covid-19 cho trẻ sau khi trẻ đã hoàn thành tiêm vắc xin phòng Covid-19.

- Phát phiếu theo dõi các phản ứng sau tiêm cho phụ huynh để các bậc phụ huynh tiếp tục theo dõi trẻ tại nhà sau khi tiêm vắc xin phòng Covid-19 đến 7 ngày.

- Tự cân đối nguồn kinh phí, bố trí kinh phí hỗ trợ trong đợt triển khai tiêm vắc xin phòng Covid-19 cho trẻ 05-11 tuổi tại trường.

3. Đối với Ủy ban nhân dân phường

- Xây dựng kế hoạch tổ chức triển khai chiến dịch tiêm vắc xin phòng Covid-19 cho trẻ từ 5-11 tuổi tại các trường học trên địa bàn phường.

- Phối hợp với các trường học, trung tâm bảo trợ xã hội trên địa bàn và lập danh sách trẻ 5-11 tuổi trước khi tổ chức tiêm chủng.

- Bố trí lực lượng đảm bảo an ninh trật tự tại nơi tổ chức tiêm chủng tại các trường học.

4. Đối với Trạm Y tế phường

- Tổ chức buổi tiêm chủng lưu động tại các trường học theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Tổ chức buổi tiêm đảm bảo theo nguyên tắc 1 chiều, đảm bảo an toàn trong tiêm chủng.

- Phối hợp với các trường học trên địa bàn phường lập danh sách các trẻ từ 05-11 tuổi trước khi tổ chức tiêm chủng.

- Hướng dẫn các trường học bố trí các phòng theo quy trình tổ chức buổi tiêm chủng, hướng dẫn các giáo viên nhập liệu, viết giấy xác nhận đã tiêm vắc xin phòng Covid-19.

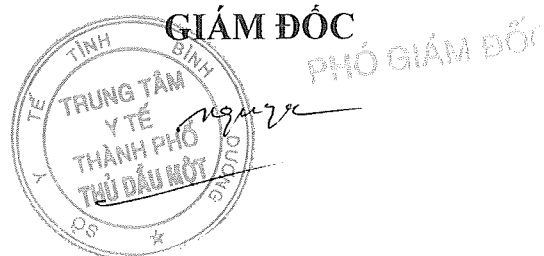
- Thực hiện các quy trình khám sàng lọc, tư vấn, tiêm chủng và theo dõi sau tiêm, xử trí các trường hợp phản ứng sau tiêm theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

Trong quá trình tổ chức thực hiện có vướng mắc, khó khăn liên hệ Ys Thảo 0909559858 hoặc Bs Minh 0906767633 Khoa Kiểm soát dịch bệnh – Trung tâm Y tế thành phố Thủ Dầu Một để hướng dẫn, giải đáp thắc mắc.

Trân trọng./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- UBND thành phố (báo cáo);
- Đ/c Nam PCT UBND thành phố (báo cáo);
- Ban Giám đốc;
- Lưu: VT, KSDB



Nguyễn Minh Nguyễn

**PHIẾU SÀNG LỌC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19
DÀNH CHO TRẺ EM**

A. THÔNG TIN CÁ NHÂN (Các thông tin (*) là bắt buộc)

- Họ tên (ghi chữ IN HOA)(*):..... Ngày sinh(*):.../.../.... Nam Nữ
- Số hộ chiếu /CMND/CCCD(*): Điện thoại (*):.....
- Mã định danh (nếu có):
- Số thẻ bảo hiểm y tế (*):
- Địa chỉ liên hệ: Số nhà:....., Tò:....., Khu phố:....., Phường:.....
Quận/huyện:....., Tỉnh/Thành phố:.....
- Cha/mẹ/người giám hộ: Điện thoại:

*** Thông tin về tiêm vắc xin phòng COVID-19:** Chưa tiêm Đã tiêm mũi 1, loại vắc xin:..... Ngày tiêm:**B. KHAI BÁO Y TẾ (nếu đã khai báo online thì bỏ qua mục B)**

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào (Có thể đi qua nhiều quốc gia):

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có thấy xuất hiện ít nhất 1 trong các dấu hiệu: **sốt, ho, khó thở, viêm phổi, đau họng, mệt mỏi không ?** Có Không

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có tiếp xúc với (*)

	Có	Không
Người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh COVID-19 (*)		
Người từ nước có bệnh COVID-19 (*)		
Người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở, Viêm phổi) (*)		

C. 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 vẫn 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 các phản ứng sau tiêm chủng:

Đồng ý cho trẻ tiêm chủng Không đồng ý cho trẻ tiêm chủng

Họ tên cha/mẹ/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)

D. BẢNG KIỂM KHÁM SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19 ĐỐI VỚI TRẺ EM

(Đã cập nhật theo Quyết định 5002/QĐ-BYT ngày 29/10/2021 của Bộ Y tế)

D1- Khám sàng lọc

*** Thông tin về tiêm vắc xin phòng COVID-19:**

Chưa tiêm

Đã tiêm mũi 1, loại vắc xin: Ngày tiêm:

*** 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	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/trì hoãn khác (nếu có, ghi rõ.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>

D2-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 thường tại mục 3,4
- Chuyển khám sàng lọc, tiêm chủng tại bệnh viện: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 5, 6, 7

Lý do chuyển:

Thời gian: giờ phút, ngày tháng năm 202...

Người thực hiện sàng lọc

(Ký, ghi rõ họ và tên)

Thời gian tiêm: lúc ... giờ ... phút ngày ... / ... /202...

Hết thời gian theo dõi sau tiêm: lúc ... giờ ... phút ngày ... / ... /202...

¹ Chỉ định tiêm tại bệnh viện nếu đánh giá tình trạng hiện tại không có chỉ định cấp cứu

² Các trường hợp chống chỉ định/trì hoãn theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với loại vắc xin hoặc phát hiện có các yếu tố bất thường khác.

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

QR CODE

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

Họ và tên/Name:.....

Giới tính/Sex: Nam Nữ

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 Ngày/date:/...../..... Loại vắc xin/Vaccine:.....	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu
Mũi 2/Second dose Ngày/date:/...../..... Loại vắc xin/Vaccine:.....	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu
Mũi 3/Third dose Ngày/date:/...../..... Loại vắc xin/Vaccine:.....	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu
Liều bổ sung/additional dose	
Ngày/date:/...../..... Loại vắc xin/Vaccine:.....	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu
Liều nhắc lại/booster dose*	
Mũi 1/First dose Ngày/date:/...../..... Loại vắc xin/Vaccine:.....	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu
Mũi 2/Second dose Ngày/date:/...../..... Loại vắc xin/Vaccine:.....	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu
Mũi 3/ Third dose Ngày/date:/...../..... Loại vắc xin/Vaccine:.....	Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit Ký tên, đóng dấu

HƯỚNG DẪN

Người được tiêm chủng tự theo dõi sau tiêm chủng vắc xin phòng 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 THANG BỆNH VIỆN.....

II. 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, nói 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 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