

THÔNG BÁO

Tiêm chủng vắc xin phòng Covid-19 mũi 02 vắc xin Pfizer cho các em học sinh từ 12 đến dưới 18 tuổi đang học tại Trường Cao đẳng Sơn La

Căn cứ Giấy mời số 112/GM-BVĐKCS ngày 24/12/2021 của bệnh viện Đa khoa Cuộc sống về việc tiêm chủng vắc xin phòng Covid-19 mũi 02 vắc xin Pfizer cho các trẻ em từ 12 tuổi đến dưới 18 tuổi;

Để tổ chức tiêm vắc xin phòng Covid-19 mũi 02 vắc xin Pfizer cho các em học sinh, Trường Cao đẳng Sơn La yêu cầu các phòng, khoa có liên quan và học sinh thực hiện các nội dung sau:

1. Các Khoa có học sinh từ 12 đến dưới 18 tuổi đã tiêm ngày 04/12/2021.

- Giáo viên liên hệ với cha mẹ, người giám hộ của học sinh để thông báo về việc thực hiện ký phiếu đồng ý tiêm chủng mũi 02 (nếu đồng ý tiêm chủng cho đối tượng này) theo mẫu ban hành kèm Thông báo. Cử Giáo viên chủ nhiệm lớp Trung cấp tổ chức theo dõi sát sao sức khỏe học sinh khi đi tiêm chủng về.

- Yêu cầu học sinh phải có đầy đủ thông tin và có phiếu đồng ý tiêm chủng đúng quy định. Đúng 15h00 ngày 28/12/2021 có mặt trước nhà Hiệu bộ gặp ông: Đặng Quang Kiên (Tổ trưởng tổ Y tế - Phòng công Tác HSSV, SĐT: 0977865265) để hướng dẫn đưa đi tiêm vắc xin Covid-19 mũi 02.

2. Phòng Tổ chức hành chính.

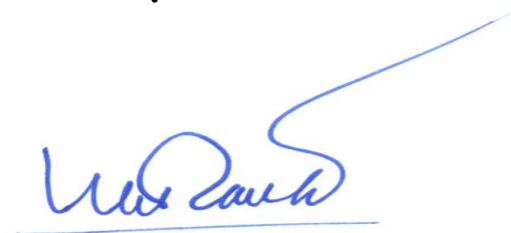
- Bố trí thuê phương tiện vận chuyển đưa 38 học sinh đến địa điểm tiêm; Phối hợp với Tổ Y tế sắp xếp đưa học sinh đi tiêm mũi 02 (từ trường Cao đẳng Sơn La đến Bệnh viện Đa khoa Cuộc Sống).

Trên đây là Thông báo tiêm chủng vắc xin phòng Covid-19 mũi 02 vắc xin Pfizer cho học sinh từ 12 đến dưới 18 tuổi tại Trường Cao đẳng Sơn La. Yêu cầu các phòng có liên quan, các Khoa và học sinh nhà trường nghiêm túc thực hiện./.

Nơi nhận:

- Ban Giám hiệu (Chỉ đạo);
- BCĐ Covid-19 (Chỉ đạo);
- Các Khoa, HSSV (Thực hiện);
- Lưu: VT, CTHSSV.

**KT. HIỆU TRƯỞNG
PHÓ HIỆU TRƯỞNG**



Nguyễn Xuân Thắng

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

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:

Sơn La, ngày.....tháng năm 202.....

Cha/mẹ hoặc người giám hộ

**BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19
ĐỐI VỚI TRẺ EM**

Họ và tên trẻ:..... Ngày sinh:.....Nam Nữ

Số CCCD/CMT/Hộ chiếu:..... Số điện thoại:.....

Địa chỉ liên hệ:
.....

Họ và tên Bố/Mẹ/Người giám hộ:.....

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

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19:

- Chưa tiêm
 Đã tiêm, loại vắc xin:.....

I. Sàng lọc: (phần dành cho NVYT)

Mạch:.....; nhiệt độ:.....Huyết áp:.....

1. Tiền sử rõ ràng với vắc xin 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	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, 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 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"/>
.....)		

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 của 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, ngàytháng.... năm

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)