

**[] Phiếu dự chẩn trước khi tiêm chủng
(đối tượng là trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ và học sinh tiểu học)**

| | | | | |
|--|--|--------------------------------|----------------|---|
| | | Nhiệt độ cơ thể trước khi khám | | °C |
| Địa chỉ | | | | |
| Họ tên người được tiêm | | Nam/Nữ | Ngày sinh | Ngày ... tháng ... năm ... (Tròn ... tuổi ... tháng) |
| Họ tên phụ huynh | | | | |
| Nội dung câu hỏi | | | Cột trả lời | Cột điền dành cho bác sĩ |
| Bạn đã đọc bản hướng dẫn được phát từ địa phương về việc tiêm chủng sẽ thực hiện ngày hôm nay chưa? | | | Có | Không |
| Hỏi về lịch sử phát triển của con bạn. Trọng lượng trẻ lúc mới sinh () g Có bất thường gì khi mới sinh không? Có bất thường gì sau khi sinh không? Đã từng được nói là có bất thường khi khám sức khỏe sơ sinh chưa? | | | Có Có Có | Không Không Không |
| Hôm nay, cơ thể có chỗ nào khó chịu không? Hãy viết ra triệu chứng cụ thể. () | | | Có | Không |
| Trong vòng một tháng gần đây có bị bệnh gì không? Tên bệnh () | | | Có | Không |
| Trong vòng một tháng gần đây, gia đình và xung quanh có ai bị sởi, rubella, thủy đậu, quai bị không? Tên bệnh () | | | Có | Không |
| Từ khi sinh ra đến giờ, gia đình và xung quanh có ai bị bệnh lao không? | | | Có | Không |
| Trong vòng một tháng gần đây, có đi tiêm chủng không? Hình thức tiêm chủng () | | | Có | Không |
| Từ khi sinh ra đến giờ, có đi khám bác sĩ do mắc dị tật bẩm sinh, bệnh về tim mạch, thận, gan, thần kinh, suy giảm miễn dịch, hoặc các bệnh khác không? Tên bệnh () | | | Có | Không |
| Bác sĩ khám bệnh đó có nói là hôm nay có thể đi tiêm chủng không? | | | Có | Không |
| Có từng bị co giật (lên kinh phong) không? Khoảng () tuổi | | | Có | Không |
| Lúc đó có bị sốt không? | | | Có | Không |
| Đã từng bị thuốc hay thức ăn làm nổi ban, mề đay gây khó chịu trong người chưa? | | | Có | Không |
| Trong số người thân có ai được chẩn đoán là bị bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh không? | | | Có | Không |
| Từ trước đến nay, cơ thể có từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? Hình thức tiêm chủng () | | | Có | Không |
| Trong số người thân, có ai từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? | | | Có | Không |
| Trong vòng 6 tháng gần đây, có được truyền máu hay tiêm gamma globulin không? | | | Có | Không |
| Có câu hỏi gì về tiêm chủng ngày hôm nay không? | | | Có | Không |
| Cột điền dành cho bác sĩ | | | | |
| Căn cứ theo khảo sát ở trên và kết quả chẩn đoán bệnh, tôi nhận định là (có thể tiêm/hoãn tiêm) đối với việc tiêm chủng ngày hôm nay. Ngoài ra, tôi đã giải thích cho phụ huynh về hiệu quả, các phản ứng phụ của việc tiêm chủng, và chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra. Bác sĩ kí tên hoặc ghi tên đóng dấu | | | | |

※ Hãy khoanh tròn vào một trong các nội dung trong ngoặc.
Sau khi nhận chẩn đoán và hướng dẫn của bác sĩ, cũng như hiểu rõ hiệu quả, mục đích của tiêm chủng, khả năng xảy ra phản ứng phụ nghiêm trọng và chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra, v.v... Tôi (đồng ý / không đồng ý) với việc tiêm chủng.
Phiếu dự chẩn này dùng để đảm bảo tính an toàn của việc tiêm chủng. Sau khi hiểu rõ điều này, tôi đồng ý với việc phiếu dự chẩn này được giao cho địa phương.
Chữ kí của phụ huynh (tự kí)

| Tên vắc-xin sử dụng | Liều lượng tiêm | Nơi thực hiện tiêm/Tên bác sĩ/Thời gian tiêm |
|--|----------------------------|---|
| Tên vắc-xin Lot No. (Chú ý) Cần xác nhận xem vắc-xin có còn hạn sử dụng không. | ※ (Tiêm dưới da) ml | Nơi thực hiện tiêm Thời gian tiêm Ngày tháng năm Tên bác sĩ |

(Chú ý) Gamma globulin là một loại sản phẩm từ máu, được tiêm vào với mục đích phòng ngừa bệnh lây nhiễm như viêm gan A và điều trị bệnh lây nhiễm loại nặng, v.v... Đối với những người từng tiêm thuốc này trong vòng 3 đến 6 tháng trở lại đây, hiệu quả tiêm chủng đối với các bệnh như sởi, v.v... có thể sẽ không được phát huy hết.

※ Về việc tiêm vắc-xin BCG, sẽ ghi mô tả là “Tiêm dưới da một lượng quy định bằng kim ống dùng cho BCG”.

Phiếu dự chắn trước khi tiêm chủng đối với bệnh nhiễm HPV

| | | Nhiệt độ cơ thể trước khi khám | | °C |
|--|--------|--------------------------------|---|--------------------------|
| Địa chỉ | | | | |
| Họ tên người được tiêm | Nam/Nữ | Ngày sinh | Ngày ... tháng ... năm ... (Tròn ... tuổi ... tháng) | |
| Họ tên phụ huynh※ | | | | |
| Nội dung câu hỏi | | Cột trả lời | | Cột điền dành cho bác sĩ |
| Bạn đã đọc bản hướng dẫn được phát từ địa phương về việc tiêm chủng sẽ thực hiện ngày hôm nay chưa? | | Có | Không | |
| Hôm nay, cơ thể có chỗ nào khó chịu không? Hãy viết ra triệu chứng cụ thể. () | | Có | Không | |
| Trong vòng một tháng gần đây có bị bệnh gì không? Tên bệnh () | | Có | Không | |
| Trong vòng một tháng gần đây, có đi tiêm chủng không? Hình thức tiêm chủng () | | Có | Không | |
| Từ khi sinh ra đến giờ, có đi khám bác sĩ do mắc dị tật bẩm sinh, bệnh về tim mạch, thận, gan, thần kinh, suy giảm miễn dịch, hoặc các bệnh khác không? Tên bệnh () | | Có | Không | |
| Bác sĩ khám bệnh đó có nói là hôm nay có thể đi tiêm chủng không? | | Có | Không | |
| Có từng bị co giật (lên kinh phong) không? Khoảng () tuổi | | Có | Không | |
| Lúc đó có bị sốt không? | | Có | Không | |
| Đã từng bị thuốc hay thức ăn làm nổi ban, mề đay gây khó chịu trong người chưa? | | Có | Không | |
| Trong số người thân có ai được chẩn đoán là bị bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh không? | | Có | Không | |
| Từ trước đến nay, cơ thể có từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? Hình thức tiêm chủng () | | Có | Không | |
| Trong số người thân, có ai từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? | | Có | Không | |
| Hiện tại, bạn có khả năng đang mang thai không? (chẳng hạn như kinh nguyệt chậm so với dự định, v.v...) (Chú ý) Cần lưu ý khi tiêm cho người đang mang thai. | | Có | Không | |
| Có câu hỏi gì về tiêm chủng ngày hôm nay không? | | Có | Không | |
| Cột điền dành cho bác sĩ Căn cứ theo khảo sát ở trên và kết quả chẩn đoán bệnh, tôi nhận định là (có thể tiêm/hoãn tiêm) đối với việc tiêm chủng ngày hôm nay. Ngoài ra, tôi đã giải thích cho phụ huynh (hoặc cho người được tiêm trong trường hợp người đó đã kết hôn) về hiệu quả, các phản ứng phụ của việc tiêm chủng, và chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra. Bác sĩ kí tên hoặc ghi tên đóng dấu | | | | |

※Hãy khoanh tròn vào một trong các nội dung trong ngoặc.

Sau khi nhận chẩn đoán và hướng dẫn của bác sĩ, cũng như hiểu rõ hiệu quả, mục đích của tiêm chủng, khả năng xảy ra phản ứng phụ nghiêm trọng và chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra, v.v... Tôi (đồng ý/không đồng ý) với việc tiêm chủng.

Phiếu dự chắn này dùng để đảm bảo tính an toàn của tiêm chủng. Sau khi hiểu rõ điều này, tôi đồng ý với việc phiếu dự chắn này được giao cho địa phương.

Chữ kí của phụ huynh (hoặc của người được tiêm trong trường hợp người đó đã kết hôn) Tự kí

| Tên vắc-xin sử dụng | Liều lượng tiêm | Nơi thực hiện tiêm/Tên bác sĩ/Thời gian tiêm | |
|--|-----------------------------|--|-------------------------|
| Tên vắc-xin Lot No. (Chú ý) Cần xác nhận xem vắc-xin có còn hạn sử dụng không. | Tiêm trong cơ 0.5 ml | Nơi thực hiện tiêm Thời gian tiêm Ngày | Tên bác sĩ tháng năm |

※ Trong trường hợp người được tiêm đã kết hôn thì không cần điền vào phần tương ứng.

Phiếu dự chắn trước khi tiêm chủng đối với bệnh nhiễm HPV (Trường hợp không đi cùng phụ huynh)

Hướng dẫn khi tiêm chủng đối với bệnh nhiễm HPV

○ **Dành cho phụ huynh: Vui lòng đọc kĩ nội dung.**

※ **[Dành cho phụ huynh có con ở độ tuổi từ 12 đến 16 tuổi thuộc đối tượng được tiêm chủng dự phòng]**

Từ trước đến nay, khi thực hiện tiêm chủng cho trẻ, phụ huynh cần phải đi cùng; tuy nhiên, đối với tiêm chủng bệnh nhiễm HPV dành cho trẻ từ 13 tuổi trở lên (13 tuổi ~ 16 tuổi), nếu phụ huynh có nguyện vọng cho phép trẻ tiêm chủng sau khi đã đọc, hiểu, và đồng ý với các thông tin ghi trong phiếu dự chắn này, thì thông qua việc tự kí tên vào phiếu dự chắn này, phụ huynh không cần đi cùng trẻ, trẻ vẫn có thể được tiêm chủng.

(Vui lòng cho trẻ mang theo mẫu này vào ngày tiêm.)

Khi kí tên vào phiếu dự chắn này, nếu có bất cứ câu hỏi nào trong việc ra quyết định cho trẻ tiêm chủng hay không, trước hết hãy xác nhận với bác sĩ gia đình, cơ sở y tế công cộng, hoặc người phụ trách tiêm chủng tại địa phương nơi mình sinh sống, rồi sau khi hoàn toàn đồng ý thì hãy quyết định cho phép trẻ tiêm chủng.

1 Về triệu chứng của bệnh nhiễm HPV (Human Papilloma Virus)

Vi-rút HPV (Human Papilloma Virus) là vi-rút lây nhiễm qua da và niêm mạc, và được phân chia thành hơn 100 loại. Trong số đó, loại lây nhiễm chủ yếu qua niêm mạc là loại vi-rút lây nhiễm bằng cách thâm nhập từ vết thương vô cùng nhỏ trên lớp biểu bì xảy ra do hoạt động tình dục vào niêm mạc cơ quan sinh sản; và ước tính ở nước ngoài có hơn 50% phụ nữ thực hiện hoạt động tình dục sẽ bị nhiễm vi-rút này 1 lần trong đời.

Trong số các vi-rút HPV lây nhiễm qua niêm mạc, có ít nhất 15 loại được phát hiện từ ung thư cổ tử cung, còn được gọi là “HPV loại nguy cơ cao”. Trong số HPV loại nguy cơ cao, hai loại có tên là tuýp 16 và tuýp 18 là đặc biệt phổ biến, ước tính 2 tuýp vi-rút này có liên quan tới khoảng 70% khả năng phát sinh ung thư cổ tử cung ở nước ngoài. Ngoài ung thư cổ tử cung, người ta ước tính rằng ở nước ngoài nó cũng liên quan tới ít nhất 90% ung thư hậu môn, 40% ung thư âm đạo, ung thư âm hộ và ung thư dương vật. Ngoài ra, những tuýp vi-rút không thuộc loại nguy cơ cao cũng được cho là nguyên nhân của bệnh sùi mào gà (bệnh có mụn lạnh tính mọc trên cơ quan sinh dục).

2 Về hiệu quả và phản ứng phụ của tiêm chủng

Trong vắc-xin có chứa thành phần vi-rút của một số loại Human Papilloma Virus (HPV), và trẻ em được tiêm chủng sẽ có được khả năng miễn dịch chống lại những loại vi-rút này. Nếu cơ thể có khả năng miễn dịch thì có thể ngăn ngừa lây nhiễm HPV.

Tuy nhiên, tùy vào loại tiêm chủng mà có trường hợp xuất hiện phản ứng phụ nhẹ. Ngoài ra, tuy là rất hiếm nhưng cũng có trường hợp xảy ra phản ứng phụ nặng. Dưới đây là những phản ứng được ghi nhận xuất hiện sau khi tiêm chủng.

Phản ứng phụ chủ yếu của vắc-xin HPV

Các phản ứng phụ chủ yếu là sốt, phản ứng tại chỗ (đau, mẩn đỏ, sưng tấy). Ngoài ra, sau khi tiêm cũng có trường hợp xuất hiện cơn đau do chích tiêm, hay bị ngất do bất nguồn từ tâm lý. Để tránh bị ngất do ngất, sau khi tiêm khoảng 30 phút, hãy cho đối tượng ngồi xuống ghế sofa có tựa lưng để có thể giữ trọng lượng cơ thể, rồi quan sát trạng thái.

Số ít trường hợp có phản ứng phụ nặng được báo cáo bao gồm triệu chứng sốc phản vệ (sốc, nổi mề đay, khó thở, v.v.), hội chứng Guillain-Barré, xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối (ban xuất huyết, chảy máu cam, chảy máu niêm mạc miệng, v.v.), bệnh viêm não tủy cấp lan tỏa (ADEM), v.v...

3 Về chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra

○ Trong trường hợp vì phản ứng phụ của việc tiêm chủng định kỳ, mà xảy ra thiệt hại về sức khỏe như để lại khuyết tật gây trở ngại cho đời sống sinh hoạt, hoặc cần phải trị liệu tại cơ quan y tế, thì người được tiêm có thể nhận bồi thường theo Luật tiêm chủng dự phòng.

○ Tùy vào mức độ thiệt hại sức khỏe, có các loại tiền như chi phí y tế, phụ cấp y tế, tiền trợ cấp nuôi dưỡng trẻ khuyết tật, tiền trợ cấp khuyết tật, tiền bồi thường tử vong (trả 1 lần), phí mai táng; số tiền sẽ được chi trả theo quy định của pháp luật. Đối với những khoản tiền không phải là tiền bồi thường tử vong (trả một lần), phí mai táng thì sẽ được trả trước khi kết thúc điều trị hoặc cho đến thời kì khuyết tật được chữa khỏi.

○ Tuy nhiên, trường hợp mối quan hệ nhân quả rằng thiệt hại sức khỏe đó là kết quả kéo theo do việc tiêm chủng gây ra, hay do nguyên nhân chủ yếu khác (bệnh lây nhiễm có trước hoặc sau khi tiêm chủng, hoặc các nguyên nhân khác, v.v...) được Hội đồng thảo luận Quốc gia với những chuyên gia đến từ nhiều lĩnh vực như tiêm chủng, điều trị bệnh lây nhiễm, pháp luật, v.v..., thảo luận và nhận định là do tiêm chủng gây ra, thì người được tiêm có thể nhận được trợ cấp.

※ Trường hợp cần phải nộp đơn xin trợ cấp, xin vui lòng tham khảo ý kiến của bác sĩ đã chẩn đoán cho bạn, cơ sở y tế, hoặc bộ phận phụ trách tiêm chủng của địa phương nơi bạn sinh sống.

4 Những lưu ý khi tiêm chủng

Nguyên tắc khi thực hiện tiêm chủng là tiến hành vào ngày thể trạng tốt. Trường hợp tình trạng sức khỏe của trẻ không tốt, thì hãy quyết định có tiêm hay không sau khi thảo luận với bác sĩ gia đình, v.v...

Ngoài ra, trường hợp trẻ đang trong tình trạng như dưới đây thì cũng không thể được tiêm chủng.

- Trường hợp rõ ràng là trẻ đang bị sốt (thường là trên 37,5 độ C)
- Trường hợp rõ ràng là trẻ đang bị một bệnh cấp tính nghiêm trọng.
- Trường hợp trẻ đã từng bị sốc phản vệ do thành phần của vắc-xin tiêm chủng mà trẻ sẽ phải tiêm.
- Trường hợp khác mà bác sĩ nhận định là trạng thái không thích hợp.

Ngoài ra, trường hợp đối với người hiện đang mang thai, do đây là đối tượng cần được chú ý khi tiêm chủng nên hãy thảo luận kĩ lưỡng với bác sĩ gia đình.

○ Dành cho phụ huynh: Hãy đọc kĩ nội dung sau.

Hãy quyết định tiêm chủng cho trẻ sau khi đã đọc kĩ, hiểu rõ và hoàn toàn đồng ý với nội dung ghi trên. Trường hợp đã quyết định cho trẻ tiêm chủng, hãy kí tên vào cột chữ kí của phụ huynh (tự kí) dưới đây. **(Nếu không kí tên thì không thể được tiêm chủng.)**

Trường hợp không có nguyên vọng tiêm chủng, thì không ghi gì vào cột tự kí.

Sau khi đã đọc hướng dẫn khi tiêm chủng đối với bệnh nhiễm HPV, hiểu rõ hiệu quả, mục đích của tiêm chủng, khả năng xảy ra phản ứng phụ nghiêm trọng cũng như chương trình bồi thường đối với thiệt hại do tiêm chủng dự phòng gây ra, v.v... tôi đồng ý cho phép tiêm chủng cho con tôi.

Ngoài ra, sau khi hiểu rằng bản hướng dẫn này được lập giúp phụ huynh hiểu rõ về tiêm chủng dự phòng, tôi đồng ý nộp mẫu này cho địa phương.

Chữ kí của phụ huynh (tự kí)

Địa chỉ

Địa chỉ liên lạc khẩn cấp

※ Mẫu này được sử dụng trong trường hợp khi tiêm chủng đối với bệnh nhiễm HPV mà phụ huynh không đi cùng. Trường hợp trẻ một mình đi tiêm chủng thì nhất định hãy đảm bảo rằng trẻ sẽ nộp phiếu dự chắn này.

Nếu không có chữ kí phụ huynh trên phiếu dự chắn thì trẻ không thể tiêm chủng.

Cột dự chẩn

| | | | | |
|--|--|--------------------------------|-----------|---|
| | | Nhiệt độ cơ thể trước khi khám | | °C |
| Địa chỉ | | | | |
| Họ tên người được tiêm | | Nam/ Nữ | Ngày sinh | Ngày ... tháng ... năm ... (Tròn ... tuổi ... tháng) |
| Nội dung câu hỏi | | Cột trả lời | | Cột điền dành cho bác sĩ |
| Hôm nay, cơ thể có chỗ nào khó chịu không? Hãy viết ra triệu chứng cụ thể. () | | Có | Không | |
| Trong vòng một tháng gần đây có bị bệnh gì không? Tên bệnh () | | Có | Không | |
| Trong vòng một tháng gần đây, có đi tiêm chủng không? Hình thức tiêm () | | Có | Không | |
| Từ khi sinh ra đến giờ, có đi khám bác sĩ do mắc dị tật bẩm sinh, bệnh về tim mạch, thận, gan, thần kinh, suy giảm miễn dịch, hoặc các bệnh khác không? Tên bệnh () | | Có | Không | |
| Bác sĩ khám bệnh đó có nói là hôm nay có thể đi tiêm chủng không? | | Có | Không | |
| Có từng bị co giật (lên kinh phong) không? Khoảng () tuổi | | Có | Không | |
| Lúc đó có bị sốt không? | | Có | Không | |
| Đã từng bị thuốc hay thức ăn làm nổi ban, mề đay gây khó chịu trong người chưa? | | Có | Không | |
| Trong số người thân có ai được chẩn đoán là bị bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh không? | | Có | Không | |
| Từ trước đến nay, cơ thể có từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? Hình thức tiêm () | | Có | Không | |
| Trong số người thân, có ai từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? | | Có | Không | |
| Hiện tại, bạn có khả năng đang mang thai không? (chẳng hạn như kinh nguyệt chậm so với dự định, v.v...) (Chú ý) Cần lưu ý khi tiêm chủng cho người đang mang thai. | | Có | Không | |
| <p>※ Hãy khoanh tròn vào một trong những nội dung trong ngoặc. Bạn có đồng ý tiêm chủng cho con bạn sau khi đã xem xét về tiền sử bệnh án, tình trạng sức khỏe, thể trạng trẻ, v.v... vào ngày tiêm chủng hay không? (Đồng ý/Không đồng ý). Phiếu dự chẩn này dùng để đảm bảo tính an toàn của tiêm chủng. Sau khi hiểu rõ điều này, tôi đồng ý với việc phiếu dự chẩn này được giao cho địa phương. Chữ kí của phụ huynh (tự kí)</p> | | | | |

Cột điền dành cho bác sĩ
 Căn cứ theo khảo sát ở trên và kết quả chẩn đoán bệnh, tôi nhận định là (có thể tiêm/hoãn tiêm) đối với việc tiêm chủng ngày hôm nay.
 Tôi đã giải thích cho người được tiêm chủng về hiệu quả, phản ứng phụ của tiêm chủng cũng như chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra.
 Bác sĩ kí tên hoặc ghi tên đóng dấu

| | | | |
|--|-----------------------------|--|-------------------------|
| Tên vắc-xin sử dụng | Liều lượng tiêm | Nơi thực hiện tiêm/Tên bác sĩ/Thời gian tiêm | |
| Tên vắc-xin Lot No. (Chú ý) Cần xác nhận xem vắc-xin có còn hạn sử dụng không. | Tiêm trong cơ 0.5 ml | Nơi thực hiện tiêm Thời gian tiêm Ngày | Tên bác sĩ tháng năm |

Phiếu dự chẩn trước khi tiêm chủng đối với bệnh viêm gan B

| | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|---|
| | | Nhiệt độ cơ thể trước khi khám | | °C |
| Địa chỉ | | | | |
| Họ tên người được tiêm | | Nam/ Nữ | Ngày sinh | Ngày ... tháng ... năm ... (Tròn ... tuổi ... tháng) |
| Họ tên phụ huynh | | | | |
| Nội dung câu hỏi | | | Cột trả lời | Cột điền dành cho bác sĩ |
| Bạn đã đọc bản hướng dẫn được phát từ địa phương về việc tiêm chủng sẽ thực hiện ngày hôm nay chưa? | | | Có | Không |
| Hỏi về lịch sử phát triển của con bạn. Trọng lượng trẻ lúc mới sinh () g Có bất thường gì khi mới sinh không? Có bất thường gì sau khi sinh không? Đã từng được nói là có bất thường khi khám sức khỏe sơ sinh chưa? | | | Có Có Có | Không Không Không |
| Hôm nay, cơ thể có chỗ nào khó chịu không? Hãy viết ra triệu chứng cụ thể. () | | | Có | Không |
| Trong vòng một tháng gần đây có bị bệnh gì không? Tên bệnh () | | | Có | Không |
| Trong vòng một tháng gần đây, gia đình và xung quanh có ai bị sởi, rubella, thủy đậu, quai bị không? (Tên bệnh) | | | Có | Không |
| Trong vòng một tháng gần đây, có đi tiêm chủng không? Hình thức tiêm chủng () | | | Có | Không |
| Từ khi sinh ra đến giờ, có đi khám bác sĩ do mắc dị tật bẩm sinh, bệnh về tim mạch, thận, gan, thần kinh, suy giảm miễn dịch, hoặc các bệnh khác không? Tên bệnh () | | | Có | Không |
| Bác sĩ khám bệnh đó có nói là hôm nay có thể đi tiêm chủng không? | | | Có | Không |
| Có từng bị co giật (lên kinh phong) không? Khoảng () tuổi | | | Có | Không |
| Lúc đó có bị sốt không? | | | Có | Không |
| Đã từng bị thuốc hay thức ăn làm nổi ban, mề đay gây khó chịu trong người chưa? | | | Có | Không |
| Có bị bệnh dị ứng mù cao su không? | | | Có | Không |
| Trong số người thân có ai được chẩn đoán là bị bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh không? | | | Có | Không |
| Từ trước đến nay, cơ thể có từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? Hình thức tiêm chủng () | | | Có | Không |
| Trong số người thân, có ai từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? | | | Có | Không |
| Trong vòng 6 tháng gần đây, có được truyền máu hay tiêm gamma globulin không? | | | Có | Không |
| Đã từng được vắc-xin viêm gan B sau khi sinh để ngăn ngừa lây truyền từ mẹ sang con chưa? | | | Có | Không |
| Có câu hỏi gì về tiêm chủng ngày hôm nay không? | | | Có | Không |
| Cột điền dành cho bác sĩ Căn cứ theo khảo sát ở trên và kết quả chẩn đoán bệnh, tôi nhận định là (có thể tiêm/hoãn tiêm) đối với việc tiêm chủng ngày hôm nay. Tôi đã giải thích cho phụ huynh về hiệu quả, phản ứng phụ của tiêm chủng và chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra. Bác sĩ kí tên hoặc ghi tên đóng dấu | | | | |
| <p>※Hãy khoanh tròn vào một trong các nội dung trong ngoặc Sau khi nhận chẩn đoán và hướng dẫn của bác sĩ, cũng như hiểu rõ hiệu quả, mục đích của tiêm chủng, khả năng xảy ra phản ứng phụ nghiêm trọng và chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra, v.v... Tôi (đồng ý/không đồng ý) với việc tiêm chủng. Phiếu dự chẩn này dùng để đảm bảo tính an toàn của tiêm chủng. Sau khi hiểu rõ điều này, tôi đồng ý với việc phiếu dự chẩn này được giao cho địa phương.</p> <p style="text-align: right;">Chữ kí của phụ huynh (tự kí)</p> | | | | |
| Tên vắc-xin sử dụng | | Liều lượng tiêm | Nơi thực hiện tiêm/Tên bác sĩ/Thời gian tiêm | |
| Tên vắc-xin Lot No. (Chú ý) Cần xác nhận xem vắc-xin có còn hạn sử dụng không. | | ※ (Tiêm dưới da) mL | Nơi thực hiện tiêm Thời gian tiêm Ngày | Tên bác sĩ tháng năm |

(Chú ý) Bệnh dị ứng mù cao su là bệnh dị ứng ngay lập tức đối với các sản phẩm làm từ cao su thiên nhiên. Người bị nghi ngờ mắc bệnh này nếu họ xảy ra phản ứng dị ứng khi sử dụng găng tay làm từ cao su. Ngoài ra, hãy thảo luận với chúng tôi nếu người được tiêm dị ứng với các loại trái cây có phản ứng chéo với cao su (như chuối, hạt dẻ, kiwi, bơ, dưa lưới, v.v...)

PHIẾU DỰ CHẨN TRƯỚC KHI TIÊM CHỦNG PHÒNG VI-RÚT ROTA

※Phụ huynh ghi vào các ô lớn

| | | | | | | |
|------------------------|--|-----------------|--|-----------|-----------|-------|
| | | Ngày tiêm chủng | Ngày | tháng | năm | |
| Địa chỉ | | | Nhiệt độ cơ thể trước khi khám | °C | | |
| | | | Số điện thoại | () | — | |
| Họ tên người được tiêm | | | Nam / Nữ | Ngày | tháng năm | |
| Họ tên phụ huynh | | | Ngày sinh | (sinh sau | tuần | ngày) |
| | | | "sinh sau tuần ngày" thể hiện số ngày được tính từ ngày kế tiếp ngay sau ngày sinh | | | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Nếu là tiêm lần đầu thì xác nhận xem đã qua 14 tuần 6 ngày sau khi sinh chưa? | Cột điền dành cho cơ sở y tế (✓) |
|---|----------------------------------|

| Nội dung câu hỏi | Cột trả lời | | | Cột điền dành cho bác sĩ |
|---|-------------|----------------|-------|--------------------------|
| | Lần 1 | Lần 2 | Lần 3 | |
| Đây là lần tiêm chủng lần thứ mấy? | Lần 1 | Lần 2 | Lần 3 | |
| Hãy ghi ngày tiêm chủng cho đến hôm nay. (chỉ đối với trường hợp lần tiêm chủng này là lần tiêm chủng thứ 2 trở đi) ※Xác nhận việc đã qua trên 27 ngày, kể từ ngày tiêm chủng vi-rút Rota lần trước. | Lần 1 | Ngày tháng năm | | |
| Bạn đã đọc bản hướng dẫn được phát từ địa phương về việc tiêm chủng sẽ thực hiện ngày hôm nay chưa? | Lần 2 | Ngày tháng năm | | |
| Đã hiểu về hiệu quả hay tác dụng phụ của lần tiêm chủng ngày hôm nay chưa? | Có | Không | | |
| Đã nghe giải thích và hiểu về bệnh lồng ruột chưa? | Có | Không | | |
| Hỏi về lịch sử phát triển của con bạn. Trọng lượng trẻ lúc mới sinh Có bất thường gì khi mới sinh không? | | | g | |
| Có bất thường gì sau khi sinh không? | Có | Không | | |
| Đã từng được nói là có bất thường khi khám sức khỏe sơ sinh chưa? | Có | Không | | |
| Hôm nay, cơ thể có chỗ nào khó chịu không? Hãy viết ra triệu chứng cụ thể. () | Có | Không | | |
| Trong vòng một tháng gần đây có bị bệnh gì không? | | | | |
| Tên bệnh () | Có | Không | | |
| Trong vòng một tháng gần đây, gia đình và xung quanh có ai bị sởi, rubella, thủy đậu, quai bị không? | Có | Không | | |
| Tên bệnh () | | | | |
| Trong vòng một tháng gần đây, có đi tiêm chủng không? | Có | Không | | |
| Hình thức tiêm chủng () ngày tiêm () | | | | |
| Cho đến nay có từng bị lồng ruột lần nào chưa? Hoặc trẻ có bị bệnh về đường tiêu hóa bẩm sinh mà vẫn chưa được chữa khỏi không? ※Trường hợp này thì không thể thực hiện tiêm chủng phòng vi-rút Rota | Có | Không | | |
| Cho đến nay có từng bị chuẩn đoán là thiếu khả năng miễn dịch không? Hoặc trẻ có thường xuyên mắc các bệnh truyền nhiễm như viêm phổi, viêm tai giữa, v.v... hoặc tiêu chảy, bị khó tăng cân không? ※ Trường hợp này cũng có thể không được tiêm chủng phòng vi-rút Rota | Có | Không | | |
| Ngoài ra, cho đến nay, có đi khám bác sĩ do mắc dị tật bẩm sinh, tổn hại dạ dày, bệnh về tim mạch, thận, gan, máu, thần kinh não hoặc các bệnh khác không? Tên bệnh () | Có | Không | | |
| Bác sĩ khám bệnh đó có nói là hôm nay có thể đi tiêm chủng không? | Có | Không | | |
| Có từng bị co giật (lên kinh phong) không? (khoảng ... tháng) | Có | Không | | |
| Lúc đó có bị sốt không? | Có | Không | | |
| Đã từng bị thuốc hay thức ăn làm nổi ban, mề đay gây khó chịu trong người chưa? Tên thuốc hoặc thức ăn () | Có | Không | | |
| Từ trước đến nay, cơ thể có từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? Hình thức tiêm chủng () | Có | Không | | |
| Người mẹ trong thai kỳ có uống thuốc hạn chế miễn dịch không? Tên thuốc () | Có | Không | | |
| Trong số người thân có ai được chẩn đoán là bị bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh không? | Có | Không | | |
| Trong số người thân, có ai từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? | Có | Không | | |
| Cho đến nay có được truyền máu hay tiêm gamma globulin không? | Có | Không | | |
| Có câu hỏi gì về tiêm chủng ngày hôm nay không? | Có | Không | | |

Cột điền dành cho bác sĩ

Căn cứ theo khảo sát ở trên và kết quả chẩn đoán bệnh, tôi nhận định là (có thể tiêm/hoàn tiêm) đối với việc tiêm chủng ngày hôm nay.
Ngoài ra, tôi đã giải thích cho phụ huynh về hiệu quả, các phản ứng phụ của việc tiêm chủng (đặc biệt là bệnh lồng ruột), và chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra.

Bác sĩ ký tên hoặc ghi tên đóng dấu

Cột điền dành cho phụ huynh

Sau khi nhận chẩn đoán và hướng dẫn của bác sĩ, cũng như hiểu rõ hiệu quả, mục đích của tiêm chủng, khả năng xảy ra phản ứng phụ nghiêm trọng (đặc biệt là bệnh lồng ruột), và chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra, v.v... Tôi (đồng ý / không đồng ý) với việc tiêm chủng. ※ Hãy khoanh tròn vào một trong các nội dung trong ngoặc.

Phiếu dự chẩn này đúng để đảm bảo tính an toàn của việc tiêm chủng. Sau khi hiểu rõ điều này, tôi đồng ý với việc phiếu dự chẩn này được giao cho địa phương.

Chữ ký của phụ huynh (tự ký)

| Tên vắc-xin sử dụng | Liều lượng tiêm | | Nơi thực hiện tiêm/Tên bác sĩ/Thời gian tiêm |
|--|-----------------|-------------------|--|
| | Qua đường uống | | |
| Tên vắc-xin | | | Nơi thực hiện tiêm |
| Lot No. | Rotateq® 2mL | Rotateq® 1.5mL | Tên bác sĩ |
| (Chú ý) Cần xác nhận xem vắc-xin có còn hạn sử dụng không. | | | Thời gian tiêm ngày tháng năm |