

THÔNG BÁO **Về việc tiêm vắc xin phòng Covid-19 cho học sinh**

Thực hiện Kế hoạch số 186/KH-UBND ngày 16/12/2021 của UBND huyện Tư Nghĩa về việc triển khai tiêm vắc xin phòng Covid-19 cho trẻ em từ 12 đến 17 tuổi trên địa bàn huyện Tư Nghĩa năm 2021; Trường THCS Nghĩa Thắng thông báo đến toàn thể cán bộ, giáo viên, nhân viên, cha mẹ học sinh và học sinh những nội dung sau:

1. Đối tượng được tiêm vắc xin:

Là học sinh của trường có độ tuổi từ 12 đến 17 tuổi kể cả học sinh học gửi vì dịch Covid-19 (Trừ học sinh thuộc địa bàn thôn 1 và thôn 2).

2. Nhiệm vụ của GVCN:

- Họp cha mẹ học sinh thông báo nội dung kế hoạch, lịch tiêm chủng.
- Nắm chắc số lượng học sinh tham gia, không tham gia tiêm chủng. Đối với học sinh không tham gia tiêm chủng cần nắm rõ lý do.
- Làm tốt công tác tư tưởng để cha mẹ học sinh và học sinh an tâm và đồng thuận.
- Cung cấp đầy đủ và hướng dẫn cha mẹ học sinh điền thông tin vào phiếu đồng ý tiêm chủng và phiếu khám sàng lọc y tế trước khi tiêm.
- Có mặt tại địa điểm tiêm trước giờ tiêm 15 phút để theo dõi; hướng dẫn cha mẹ học sinh và học sinh thực hiện quy trình tiêm.
- Phối hợp với nhân viên y tế cung cấp số liệu tiêm chủng để cập nhật CSDL ngành.

3. Trách nhiệm của cha mẹ học sinh:

- Thực hiện tốt phương châm: Tiêm chủng vắc xin phòng Covid-19 là quyền lợi của trẻ, là trách nhiệm đối với cộng đồng;
- Ký vào phiếu đồng ý tiêm chủng cho con em và đưa con em đi tiêm đúng lịch;
- Điền thông tin vào phiếu khám sàng lọc trước khi tiêm; theo dõi sức khỏe con em sau khi tiêm.

- Tuân thủ nguyên tắc 5K.

4. Trách nhiệm của học sinh:

- Tham gia tiêm chủng đúng lịch;
- Tuân thủ nguyên tắc 5K;
- Tự theo dõi sức khỏe sau khi tiêm.

5. Trách nhiệm của nhân viên y tế:

- Quản lý chung về công tác tiêm vắc xin;
- Cập nhật tình hình tiêm vắc xin lên CSDL ngành;
- Phối hợp với TTYT huyện theo dõi chặt chẽ tình hình tiêm chủng và xử lý kịp thời các trường hợp có phản ứng sau khi tiêm.

6. Địa điểm tiêm và lịch tiêm:

- **Địa điểm:** Trung tâm y tế huyện Tư Nghĩa

- **Lịch:** Chiều thứ tư ngày 22/12/2021 theo các khung giờ như sau:

Thời gian	Học sinh khối	Ghi chú
Từ 13h30 đến 14h30	9	Phụ huynh đưa con em đến địa điểm tiêm trước giờ tiêm 15 phút
Từ 14h30 đến 15h30	8	Phụ huynh đưa con em đến địa điểm tiêm trước giờ tiêm 15 phút
Từ 15h30 đến 16h30	7 và 6 có độ tuổi từ 12-17	Phụ huynh đưa con em đến địa điểm tiêm trước giờ tiêm 15 phút

Nay thông báo./.

HIỆU TRƯỞNG

<Đã ký>

Nguyễn Phúc Lộc

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN COVID-19

(Công văn số 8688/BYT-DP ngày 14 tháng 10 năm 2021 của Bộ Y tế)

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN 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:

Nghĩa Thắng, ngày tháng năm 2021

Cha/mẹ hoặc người giám hộ

(Ký, ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC

(Ban hành kèm theo Quyết định số 5002/QĐ-BYT ngày 29 tháng 10 năm 2021)

CƠ SỞ TIÊM CHỦNG
TTYT HUYỆN TƯ NGHĨA

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

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

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

CCCD/CMT/Hộ chiếu (nếu có):..... Số điện thoại:.....

Địa chỉ liên hệ:

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

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19:

Chưa tiêm

Đã tiêm, loại vắc xin: Ngày tiêm:.....

I. Sàng lọc

Thân nhiệt:^oC

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 Tiền sử bị COVID-19 trong vòng 6 tháng	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 ⁱ	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
7. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
8. Các chống chỉ định/trì hoãn khác ⁱⁱ (nếu có, ghi rõ)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
.....	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>

II. Kết luận

- **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay:** 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** điểm 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 kỳ một điểm bất thường tại các mục 3, 4

- Chuyển khám sàng lọc, tiêm chủng tại bệnh viện: Khi **CÓ** bất thường tại các mục 5, 6, 7

Lý do:

Thời gian: giờ phút, ngày tháng năm

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)

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

ⁱⁱ Các trường hợp chống chỉ định/trì hoãn theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với loại vắc xin COVID-19 sử dụng hoặc phát hiện có các yếu tố bất thường khác