

Phiếu điều tra sức khỏe trước tiêm chủng

Số thẻ cư trú	-	(<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ)	Số điện thoại
Họ và tên			Cân nặng
Địa chỉ			kg

Phiếu điều tra sức khỏe trước tiêm chủng	Cha mẹ (người giám hộ)/bản thân người được tiêm <input checked="" type="checkbox"/>
Hôm nay có bị ốm đau gì không? Nếu có, ghi rõ triệu chứng. ()	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Đã bao giờ bị dị ứng nổi mề đay hoặc phát ban sau khi dùng thuốc, thực phẩm (bao gồm cả trứng) hoặc sau khi tiêm ngừa không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Có bao giờ bị phản ứng khác thường sau khi tiêm ngừa không? Nếu có, ghi rõ loại vắc-xin được tiêm. (Tên vắc-xin:)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Đã bao giờ được chẩn đoán hoặc điều trị những bệnh dị tật bẩm sinh, hen suyễn, các bệnh về tim, phổi, thận, gan, chuyển hóa (như tiểu đường), bệnh liên quan đến máu không? Ghi tên bệnh nếu có. ()	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Đã bao giờ bị chứng co giật hoặc bệnh liên quan đến hệ thần kinh (bao gồm hội chứng Guillain-barré, viêm dây thần kinh cấp – chân tay yếu và cảm giác tê) không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Có mắc bệnh ung thư, bệnh máu trắng hoặc những bệnh liên quan đến hệ thống miễn dịch không? Ghi rõ tên bệnh nếu có. (Tên bệnh :)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trong vòng 3 tháng qua, có dùng thuốc cortisone, prednisone, hoặc các loại steroids khác, thuốc chống ung thư hoặc xạ trị liệu không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trong vòng 1 năm qua, có được truyền máu hoặc truyền các chế phẩm từ máu, chế phẩm miễn dịch như globulin không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trong vòng 1 tháng qua, có được tiêm chủng lần nào không? Ghi tên loại vắc-xin nếu có. (Tên loại vắc-xin :)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
(Dành cho phụ nữ) Hiện có đang mang thai hoặc có khả năng mang thai trong tháng tới không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Tôi đồng ý được tiêm chủng sau khi nghe bác sỹ giải thích về kết quả khám sức khỏe và những phản ứng khác thường có thể xảy ra sau khi tiêm chủng.	
Họ tên cha mẹ (người giám hộ) hoặc bản thân người được tiêm:	(Ký tên)
Quan hệ với người được tiêm:	Ngày _____ tháng _____ năm _____

※ Tôi đồng ý cho phép gửi tin nhắn hướng dẫn tiêm chủng và lịch tiêm chủng vào số điện thoại.
(Số điện thoại :)

Kết quả điều tra sức khỏe trước khi tiêm chủng (do bác sỹ điền)	Xác nhận <input type="checkbox"/>
Nhiệt độ cơ thể : °C	Đã giải thích về khả năng có phản ứng khác thường sau khi tiêm chủng <input type="checkbox"/>
Tôi đã giải thích cho người được tiêm chủng phải lưu lại nơi được tiêm 20 đến 30 phút sau khi tiêm để theo dõi.	
Kết quả điều tra sức khỏe:	<input type="checkbox"/>
Dựa trên kết quả khám và điều tra sức khỏe ghi trên, đối tượng có thể tiêm chủng được.	
Họ và tên bác sỹ :	(Ký tên)

Những thông tin và các kết quả điều tra ghi trên sẽ được bảo mật chặt chẽ và lưu trữ không quá 5 năm dành cho việc đánh giá mức độ an toàn của vắc-xin (theo điều 26 Quy định tăng cường quản lý của Luật kiểm dịch). Hồ sơ tiêm chủng được thu thập và chỉ được sử dụng chung giữa các chuyên gia về tiêm chủng để tránh bỏ sót hoặc trùng lặp tiêm chủng và để cấp giấy chứng nhận tiêm chủng (Điều 28 Luật kiểm dịch và Điều 23 Quy định tăng cường quản lý của Luật kiểm dịch). Các hồ sơ sẽ được lưu trữ không vĩnh viễn trên cơ sở sắc lệnh tăng cường quản lý hồ sơ công cộng.

※ Thông tin được chia sẻ bao gồm: các thông tin về cá nhân người được tiêm (họ và tên, số thẻ cư trú, địa chỉ, số điện thoại); Các thông tin cá nhân của cha mẹ hoặc người giám hộ; các chi tiết cụ thể về tiêm chủng (tên vắc-xin, liều lượng, lô sản xuất, ngày tiêm, loại vắc-xin, phương pháp và vị trí tiêm). Thông tin này được bảo mật và quản lý chặt chẽ trên cơ sở Luật Bảo hộ thông tin cá nhân (Điều 10465 Luật này).