

**BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI TRẺ DƯỚI 1 THÁNG TUỔI TẠI CÁC CƠ SỞ TIÊM  
CHỨNG THUỘC BỆNH VIỆN**

Họ và tên trẻ: ..... Nam  Nữ

Sinh: ..... giờ ..... ngày ..... tháng ..... năm ..... Tuổi thai khi sinh: .....

Địa chỉ: .....

Họ tên bố/mẹ: ..... Điện thoại: .....

Cân nặng: ...g Thân nhiệt: ... °C Mẹ đã xét nghiệm HbsAg: Không  Có  Kết quả: Dương tính  Âm tính

**I. Khám sàng lọc:**

Các dấu hiệu hiện tại:

1. Tình trạng sức khỏe chưa ổn định	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
2. Sốt/Hạ thân nhiệt (Sốt: nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ )	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
3. Khóc bé hoặc không khóc	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
4. Da, môi không hồng	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
5. Bú kém hoặc bỏ bú	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
6. Tuổi thai < 28 tuần	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
7. Tuổi thai < 34 tuần*	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
8. Suy giảm miễn dịch chưa xác định mức độ hoặc mức độ nặng, có biểu hiện lâm sàng nghi nhiễm HIV*	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
9. Các chống chỉ định khác, nếu có ghi rõ: .....	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>

\* Chỉ áp dụng với vắc xin phòng lao (BCG)

- Khám sàng lọc theo chuyên khoa: Không  Có , chuyên khoa: .....

+ Lý do: .....

+ Kết quả: .....

+ Kết luận: .....

**II. Kết luận:**

- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay (Tất cả đều KHÔNG có điểm bất thường)	<input type="checkbox"/>
Loại vắc xin tiêm chủng lần này: .....	
- Chống chỉ định tiêm chủng (Khi CÓ điểm bất thường tại mục 9)	<input type="checkbox"/>
- Tạm hoãn tiêm chủng (Khi CÓ bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 1,2,3,4,5,6,7,8)	<input type="checkbox"/>

.....giờ .....phút, ngày.....tháng.....năm.....

**Người thực hiện sàng lọc**

(ký, ghi rõ họ và tên)