TRƯỜNG ĐẠI HỌC TÂY NGUYÊN
TRƯỜNG THPT THỰC HÀNH CAO NGUYÊN

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

Số 48/TB-THCN

Đắk Lắk, ngày 29 tháng 11 năm 2021

THÔNG BÁO

V/v tiêm vắc xin Covid-19 cho học sinh trường THPT Thực hành Cao Nguyên

Theo kế hoạch tiêm vắc xin Covid-19 của UBND tỉnh Đắk Lắk, học sinh trường THPT Thực hành Cao Nguyên sẽ được tiêm vắc xin Covid-19 vào thứ 4, ngày 01/12/2021. Nhà trường thông báo kế hoạch tiêm như sau:

- Ngày tiêm: **Thứ Tư, ngày 01/12/2021**
- Giờ tiêm cụ thể của các lớp:

Buổi	Lớp	Số HS	Thời gian có mặt	Buổi	Lớp	Số HS	Thời gian có mặt
Buổi SÁNG	**Khối 12**	**295**		Buổi CHIỀU	11A4	43	13h30
	12A1	42	7h30		11A5	43	13h50
	12A2	40	7h50		**Khối 10**	**210**	
	12A3	45	8h10		10A1	43	14h10
	12A4	46	8h30		10A2	44	14h30
	12A5	40	8h50		10A3	40	14h50
	12A6	41	9h10		10A4	40	15h10
	12A7	41	9h30		10A5	43	15h30
	Khối 11	**216**		**Tổng toàn trường**		**721**	
	11A1	44	9h50				
	11A2	42	10h10				
	11A3	44	10h30				

- Địa điểm tiêm: **Tại trường THCS Trần Hưng Đạo, số 09 đường Nguyễn An Ninh,** phường Ea Tam, TP Buôn Ma Thuột (Theo sơ đồ đường đi kèm theo)

*** Một số yêu cầu:**

- Học sinh **phải có** sổ chứng minh nhân dân hoặc thẻ căn cước công dân, nếu chưa làm thẻ CCCD thì ra công an xã, phường nơi cư trú xin MÃ SỐ định danh cá nhân của mình.
- In, điền đầy đủ thông tin cá nhân và mang theo "Bảng kiểm trước tiêm chủng" và "Phiếu đồng ý tiêm chủng" **có chữ ký của cha mẹ** hoặc người giám hộ (File đính kèm thông báo)
- Học sinh trước khi đến tiêm **phải ăn, uống no** đảm bảo sức khỏe.
- Học sinh **mặc áo thể dục** trong buổi tiêm (hoặc áo phông ngắn tay).
- Học sinh đến đúng giờ quy định, xếp hàng theo thứ tự danh sách lớp vào tiêm đúng thứ tự quy định. Tuân thủ sự chỉ đạo của giáo viên chủ nhiệm.
- **Giáo viên chủ nhiệm** phải có mặt tại địa điểm tiêm (trường THCS Trần Hưng Đạo) trước giờ tiêm quy định chỉ đạo cho học sinh xếp hàng tập trung, phát phiếu tiêm cho học sinh và đọc thứ tự học sinh vào tiêm, theo dõi học sinh sau tiêm khi lớp chủ nhiệm được tiêm.
- Bộ phận văn phòng thực hiện công tác chuẩn bị.
- Tất cả học sinh và giáo viên phải tuân thủ quy định 5K phòng chống dịch và tuân thủ hướng dẫn của cán bộ y tế tại địa điểm tiêm phòng.

Yêu cầu học sinh, cán bộ viên chức và giáo sin thực tập nghiêm túc thực hiện.

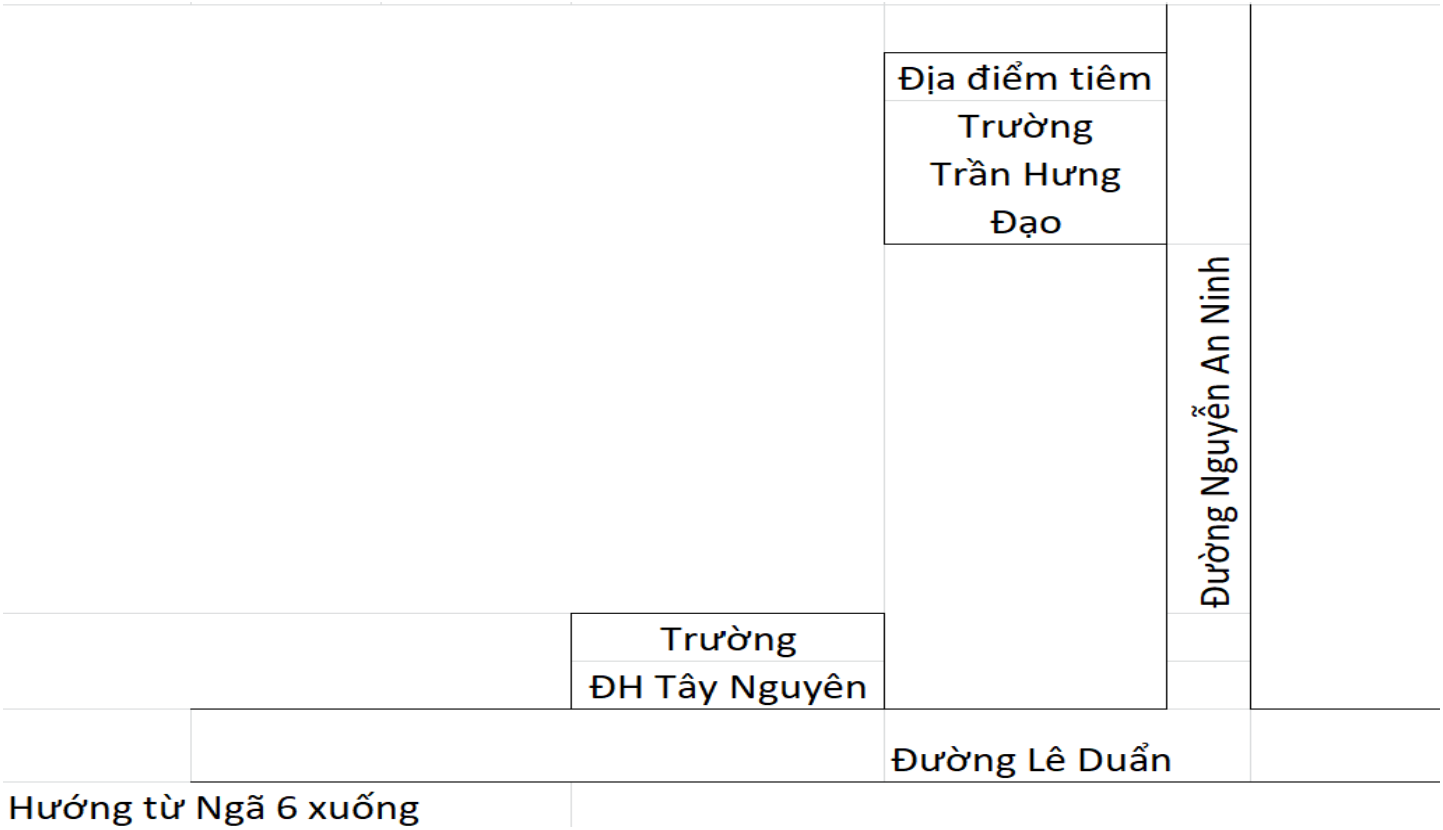
HIỆU TRƯỞNG

TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG THỰC HÀNH CAO NGUYÊN

ThS. Nguyễn Hữu Duẩn

SƠ ĐỒ ĐƯỜNG ĐI ĐẾN ĐỊA ĐIỂM TIÊM PHÒNG

Tại trường THCS Trần Hưng Đạo, số 09 đường Nguyễn An Ninh, phường Ea Tam



- Ngày tiêm: **Thứ Tư, ngày 01/12/2021**
- Giờ tiêm cụ thể của các lớp:

Buổi	Lớp	Số HS	Thời gian có mặt	Buổi	Lớp	Số HS	Thời gian có mặt
Buổi SÁNG	**Khối 12**	**295**		**Buổi CHIỀU**	11A4	43	13h30
	12A1	42	7h30		11A5	43	13h50
	12A2	40	7h50		**Khối 10**	**210**	
	12A3	45	8h10		10A1	43	14h10
	12A4	46	8h30		10A2	44	14h30
	12A5	40	8h50		10A3	40	14h50
	12A6	41	9h10		10A4	40	15h10
	12A7	41	9h30		10A5	43	15h30
	Khối 11	**216**		**Tổng toàn trường**		**721**	
	11A1	44	9h50				
	11A2	42	10h10				
	11A3	44	10h30				

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

CƠ SỞ TIÊM CHỦNG	**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 trẻ: …….…….. 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: ……..…… ° C 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 □	Có □
2. Đang mắc bệnh cấp tính, mạn tính tiến triển	Không □	Có □
3. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không □	Có □
4. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	Không □	Có □
5. Mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu…	Không □	Có □
6. Nghe tim, phổi bất thường [i]	Không □	Có □
7. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ghi rõ tác nhân dị ứng: …… .....)	Không □	Có □
8. Các chống chỉ định/trì hoãn khác [ii] (nếu có, ghi rõ)	Không □	Có □

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** bất thường tại mục 1 □

- Trì hoãn tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại 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 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.

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

(Ban hành kèm theo Công văn số 8688/BYT-DP ngày 14 tháng 10 năm 2021 của BYT)

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*** ☐

Ho tên cha/mẹ hoặc người giám hộ: .....

Số điện thoại: .....

Họ tên trẻ được tiêm chủng: .....

....., ngày.....tháng…...năm 2021

Bố/mẹ hoặc người giám hộ

(Ký, ghi rõ họ tên)

.....

HƯỚNG DẪN ĐIỀN MẪU PHIẾU

- Học sinh in trang 1 và trang 2 và điền các thông tin ở trang 1

- Học sinh nhờ bố mẹ/người giám hộ điền thông tin ở trang 2. Đồng ý cho học sinh tiêm thì BẮT BUỘC phải tích dấu X vào ô "*Đồng ý cho trẻ tiêm chủng* ☐"và Ký tên, ghi rõ họ tên của phụ huynh

HS Không ghi

Học Sinh Ghi đầy đủ thông tin

Học sinh Không ghi phần này

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

CƠ SỞ TIÊM CHỦNG	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 trẻ: …….. 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: …… ° C 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 ☐	Có ☐
2. Đang mắc bệnh cấp tính, mạn tính tiến triển	Không ☐	Có ☐
3. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	Không ☐	Có ☐
4. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	Không ☐	Có ☐
5. Mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu…	Không ☐	Có ☐
6. Nghe tim, phổi bất thường (i)	Không ☐	Có ☐
7. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ghi rõ tác nhân dị ứng: …… .....)	Không ☐	Có ☐
8. Các chống chỉ định/trì hoãn khác (ii) (nếu có, ghi rõ)	Không ☐	Có ☐

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 bất thường tại mục 1 ☐
- Trì hoãn tiêm chủng: Khi CÓ bất kỳ một điểm bất thường tại 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 mục 5, 6, 7 ☐

Lý do:……

Thời gian: ….. giờ ….. phút, ngày …..tháng….. năm …..

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)

PHẦN NÀY CHA MẸ HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ CỦA HỌC SINH GHI VÀ KÝ TÊN NẾU ĐỒNG Ý TIÊM

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

(Ban hành kèm theo Công văn số 8688/BYT-DP ngày 14 tháng 10 năm 2021 của BYT)

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:

Tích dấu x vào ô đồng ý

Đồng ý cho trẻ tiêm chủng ☐ ***Không đồng ý cho trẻ tiêm chủng*** ☐

ghi đầy đủ thông tin

Họ tên cha/mẹ hoặc người giám hộ: .....

Số điện thoại: .....

Họ tên trẻ được tiêm chủng: .....

phụ huynh ký tên và ghi họ tên

....., ngày.....tháng……năm 20….

Bố/mẹ hoặc người giám hộ

(Ký, ghi rõ họ tên)

.....