

Số: 118/TB-THPTLN

Lộc Ninh, ngày 26 tháng 11 năm 2021

THÔNG BÁO

Về việc tiêm vaccin phòng covid-19 cho học sinh 12 đến 15 tuổi

Trường THPT Lộc Ninh thông báo đến phụ huynh, GVCN các lớp khối 10 về việc tiêm Vaccin phòng Covid-19 cho trẻ 12 đến 15 tuổi như sau:

1. Thời gian: Từ 8h ngày 29/11/2021 (ngày 30/11/2021 tiêm vét)

2. Địa điểm: Xã nào tiêm xã đó. HS ở Thị trấn thì tiêm ở UBNDTT Lộc Ninh. Nếu học sinh có hộ khẩu ở các xã mà đang ở TT Lộc Ninh hoặc để thuận tiện do ở gần TT hơn ở xã thì có thể tiêm ở thị trấn.

3. Đối tượng: Học sinh 12 đến 15 tuổi. Nhà trường đã lập danh sách gửi huyện (HS 15 tuổi của THPT Lộc Ninh: 477 em; Trường chuyên Bình Long: 29 em)

4. Loại vaccin: Pfizer BioNTech

5. Khi đi tiêm đem theo các loại giấy tờ sau:

- CCCD/CMND (không có 2 loại giấy tờ này thì PH ra công an xã/TT xin cấp mã định danh đem theo khi đi tiêm; không xin cấp được mã định danh thì đem theo Giấy khai sinh).

- Ghi sẵn Giấy cam kết, phụ huynh ký đồng ý tiêm và ghi sẵn thông tin cá nhân trên phiếu khám sàng lọc (*không ghi mục I,II và không được ký ở phiếu khám sàng lọc*)

6. Lưu ý:

- Khi đi tiêm PH-HS cần thực nghiêm việc phòng, chống dịch theo quy định.

- Nếu không có tên trong danh sách nhờ bổ sung tên tại nơi tiêm.

- Đêm trước khi tiêm cần ngủ nghỉ sớm, sáng ăn sáng xong mới đi tiêm, tiêm xong về nghỉ ngơi, không làm việc nặng, theo dõi sức khỏe,...

Mẫu đơn và phiếu sàng lọc gửi kèm bên dưới thông báo. Mọi thắc mắc PH-HS liên hệ cô Trần Thị Mỹ Huệ theo số điện thoại 0948 659 508

Nơi nhận

- GVCN
- PHHS

KT. HIỆU TRƯỞNG

P. HIỆU TRƯỞNG

(Đã ký)

Trần Thị Mỹ Huệ

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:.....

....., ngày.....tháng.....năm 202.....

Cha/mẹ hoặc người giám hộ

(Ký, ghi rõ họ tên)

**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 <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 | 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 | Không <input type="checkbox"/> | Có <input type="checkbox"/> |
| 7. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ghi rõ tác nhân dị ứng:.....) | Không <input type="checkbox"/> | Có <input type="checkbox"/> |
| 8. Các chống chỉ định/tri hoãn khác (nếu có, ghi rõ) | 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** 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, ngàytháng..... năm

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)