Mẫu bảng kiểm trước tiêm chủng cho trẻ sơ sinh:

|  |  |
| --- | --- |
| TTYTDP/TYT/PK/NHS  ……………………….. | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |

**BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI TRẺ SƠ SINH TẠI CÁC CƠ SỞ TIÊM CHỦNG NGOÀI 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:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Tình trạng sức khỏe chưa ổn định | Không □ | Có □ |
| 2. Sốt/Hạ thân nhiệt (Sốt: nhiệt độ ≥ 37,5°C; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ ≤ 35,5°C) | Không □ | Có □ |
| 3. Khóc bé hoặc không khóc được | Không □ | Có □ |
| 4. Da, môi không hồng | Không □ | Có □ |
| 5. Bú kém hoặc bỏ bú | Không □ | Có □ |
| 6. Tuổi thai < 34 tuần | Không □ | Có □ |
| 7. Trẻ < 2000 g | Không □ | Có □ |
| 8. Các chống chỉ định khác, nếu có ghi rõ:  ……………………………………………………………………………. | Không □ | Có □ |

**II.Kết luận:**

**- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay** (Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường) □

Loại vắc xin tiêm chủng lần này:……………………………………………

- Chống chỉ định tiêm chủng (Khi **CÓ** điểm bất thường tại mục 8) □

- Tạm hoãn tiêm chủng (Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 1,2,3,4,5,6,7) □

- Đề nghị khám sàng lọc tại bệnh viện: Không □ Có □

+ Lý do: ……………………………………………………………………

|  |
| --- |
| *Hồi……………….giờ…..phút, ngày….tháng….năm…..* Người thực hiện sàng lọc (ký, ghi rõ họ và tên) |