

# Danh Sách Kiểm Tra Trước Khi Tiêm Chủng cho Vắc-xin Ngừa COVID-19



Tên Bệnh Nhân \_\_\_\_\_

## Dành cho người tiêm chủng:

Những câu hỏi dưới đây sẽ giúp chúng tôi xác định xem có lý do gì khiến quý vị không nên tiêm vắc-xin ngừa COVID-19 ngay hôm nay hay không.

Tuổi \_\_\_\_\_

**Nếu quý vị trả lời “có” cho một câu hỏi bất kỳ, điều đó không nhất thiết có nghĩa là quý vị không nên tiêm chủng.** Điều đó chỉ có ý nghĩa là có thể sẽ cần thêm các câu hỏi bổ sung.

Nếu một câu hỏi không rõ ràng, hãy đề nghị nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị giải thích rõ.

Không  
Có Không biết

1. Hôm nay quý vị có cảm thấy ốm không?			
2. Quý vị đã từng tiêm một liều vắc-xin ngừa COVID-19 chưa?			
• Nếu quý vị đã tiêm thì đó là sản phẩm vắc-xin nào? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Sản phẩm khác _____			
3. Quý vị có bao giờ phản ứng dị ứng với: (Phản ứng dị ứng gồm phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] đòi hỏi phải điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến quý vị phải nhập viện. Phản ứng này cũng sẽ gồm phản ứng dị ứng xảy ra trong vòng 4 giờ gây ra phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp, gồm cả thở khó khè.)			
• Một thành phần của vắc-xin ngừa COVID-19, bao gồm polyethylene glycol (PEG) có trong một số loại thuốc, chẳng hạn như thuốc nhuận tràng và các chế phẩm để thực hiện thủ thuật nội soi đại tràng			
• Polysorbate			
• Một liều tiêm vắc-xin ngừa COVID-19 trước đây			
4. Quý vị có bao giờ bị phản ứng dị ứng với một loại vắc-xin khác (không phải vắc-xin ngừa COVID-19) hoặc thuốc tiêm không? (Phản ứng dị ứng gồm phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] đòi hỏi phải điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến quý vị phải nhập viện. Phản ứng này cũng sẽ gồm phản ứng dị ứng xảy ra trong vòng 4 giờ gây ra phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp, gồm cả thở khó khè.)			
5. Quý vị có bao giờ bị phản ứng dị ứng nghiêm trọng (ví dụ: sốc phản vệ) với thứ gì đó không phải là thành phần của vắc-xin ngừa COVID-19, polysorbate hay bất kỳ loại vắc-xin hoặc thuốc tiêm nào không? Phản ứng này có thể gồm dị ứng với đồ ăn, thú cưng, môi trường hoặc một loại thuốc uống.			
6. Quý vị có tiêm loại vắc-xin nào trong 14 ngày qua không?			
7. Quý vị có từng nhận được kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19, hoặc bác sĩ có từng nói rằng quý vị nhiễm COVID-19 hay không?			
8. Quý vị có từng được điều trị COVID-19 bằng liệu pháp kháng thể thụ động (kháng thể đơn dòng hoặc huyết thanh người dưỡng bệnh) hay không?			
9. Quý vị có bị suy giảm hệ miễn dịch do một nguyên nhân nào đó chẳng hạn như nhiễm HIV hoặc ung thư, hoặc quý vị có dùng thuốc hay các liệu pháp ức chế miễn dịch không?			
10. Quý vị có bị rối loạn chảy máu hoặc có đang dùng thuốc chống đông máu không?			
11. Quý vị có mang thai hoặc đang cho con bú không?			

Biểu mẫu xét duyệt bởi \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_