

**TỔNG CÔNG TY
HÀNG KHÔNG VIỆT NAM**

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

Số 640 /TCTHK - VP
V/v lập danh sách CBNV khối KCQ tiêm
vắc-xin Covid-19

Hà Nội, ngày 4 tháng 5 năm 2021

Kính gửi: Các cơ quan, đơn vị Khối cơ quan TCT.

Tiếp theo Công văn số 612/TCTHK-VP ngày 29/4/2021, thực hiện chỉ đạo của Tổng Giám đốc, VPTCT kính đề nghị các cơ quan, đơn vị:

Căn cứ vào *Hướng dẫn của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hà Nội về phân loại đối tượng tiêm vắc-xin Covid-19 (các đối tượng đủ điều kiện tiêm chủng, các đối tượng chống chỉ định, các đối tượng cần thận trọng tiêm chủng, các đối tượng nên trì hoãn tiêm chủng) nêu tại Phụ lục 1 đính kèm,*

Trưởng các CQĐV Khối CQ TCT khẩn trương rà soát và lập danh sách toàn bộ người lao động thuộc đơn vị mình *đủ điều kiện và tự nguyện đồng ý tiêm chủng; thống kê đầy đủ các thông tin theo đúng yêu cầu* của Sở Y tế Hà Nội nêu tại *Phụ lục 2 đính kèm.*

VPTCT xin gửi kèm các tài liệu về hướng dẫn, khuyến cáo do CDC Hà Nội cung cấp để các CQĐV phổ biến đến người lao động.

Thời hạn gửi danh sách **trước ngày 05/05/2021 về VPTCT** và gửi file mềm về địa chỉ email: corona.vp@vietnamairlines.com.

Đầu mối liên hệ Ms. Nguyễn Thị Thúy Hằng, tel: 0983635300./.

Trân trọng.

Nơi nhận:

- Chủ tịch HĐQT;
- TGD;
- Các TV HĐQT;
- Các PTGD;
- Các cơ quan, đơn vị KCQ TCT;
- Lưu: VT, TH.

**TL. TỔNG GIÁM ĐỐC
KT. CHÁNH VĂN PHÒNG
PHÓ CHÁNH VĂN PHÒNG**



Lương Văn Lợi

PHÂN LOẠI ĐỐI TƯỢNG TIÊM VẮC XIN COVID -19

1. Các đối tượng đủ điều kiện tiêm chủng

Người từ 18 tuổi, không quá mẫn với hoạt chất hoặc với bất kỳ tá dược nào liệt kê trong thành phần của vắc xin.

2. Các đối tượng chống chỉ định

- Người có tiền sử dị ứng, nhất là tiền sử dị ứng nặng, bao gồm phản vệ độ 2 với liều tiêm trước hoặc **bất cứ thành phần nào**

- Những người quá mẫn với bất cứ hoạt chất hoặc tá dược nào được liệt kê ở trên L-Histidine; L-Histidine hydrochloride monohydrate; Magnesium chloride hexahydrate; Polysorbate 80; Ethanol; Sucrose; Sodium chloride; Disodium edetate dihydrate (EDTA); Nước pha tiêm.

3. Các đối tượng cần thận trọng tiêm chủng (Tiêm chủng tại bệnh viện)

- Người có tiền sử dị ứng với các dị nguyên khác.
- Người có bệnh nền nặng, bệnh mạn tính chưa được điều trị ổn định.
- Người mất tri giác, mất năng lực hành vi.
- Người có bệnh mạn tính có phát hiện thấy bất thường dấu hiệu sống:
 - + Mạch: ngoài khoảng 60-100 nhịp/phút
 - + Huyết áp: ngoài khoảng 90/60 mmHg – 140/90 mmHg
 - + Nhịp thở > 25 lần/phút hoặc SpO2 < 94% (nếu có)

4. Các đối tượng nên trì hoãn tiêm chủng (Tiêm đợt sau)

- Đang mắc bệnh cấp tính.
- Phụ nữ có thai, phụ nữ đang nuôi con bằng sữa mẹ
- Những người bị suy giảm khả năng đáp ứng miễn dịch , ung thư giai đoạn cuối, xơ gan mất bù, mắc bệnh giảm tiểu cầu và/hoặc rối loạn đông máu
- Trong vòng 14 ngày trước có điều trị corticoid liều cao (tương đương prednisolon ≥ 2 mg/kg/ngày trong ≥ 7 ngày), hoặc điều trị hóa trị khác, xạ trị.
- Người đã bị COVID-19 trong vòng 6 tháng.
- Trong vòng 90 ngày trước có điều trị immunoglobulin hoặc điều trị huyết tương của người khỏi bệnh COVID-19.
- Tiêm vắc xin khác trong vòng 14 ngày trước.
- Người trên 65 tuổi.

PHỤ LỤC 2

Phụ lục: DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG ƯU TIÊN THEO NQ21 CP CẦN TIÊM VẮC XIN COVID 19

Đơn vị tổng hợp số liệu:

Lưu ý: Mỗi người chỉ được tổng hợp 1 lần

STT	Họ tên	Ngày/tháng/năm sinh (ghi đầy đủ)	Giới tính	Dân tộc	Nghề nghiệp	Điện thoại	Email	số CMT/căn cước công dân
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
....								

Tổng số đối tượng:

[illegible]

[illegible]

ó thể đánh dấu vào nhiều nhóm nếu thuộc nhiều nhóm khác nhau)

[illegible]

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 dù liệu 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 tiêm chủng ☐

Không đồng ý tiêm chủng ☐

Họ tên người được tiêm chủng:.....

Số điện thoại: Số CMT/CCCD.....

Hà Nội, ngày.....tháng.....năm 2021

(Ký, ghi rõ họ tên)

**HƯỚNG DẪN TẠM THỜI KHÁM SÀNG LỌC
TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**
(Quyết định 1624/QĐ-BYT ngày 18/3/2021 của Bộ Y tế)

MẪU

CƠ SỞ TIÊM CHỦNG

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

PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

Họ và tên: Nam ☐ Nữ ☐
Ngày sinh: Số điện thoại:
Nghề nghiệp: (Ghi theo nhóm đối tượng của Nghị quyết số 21/NQ-CP ngày 26/02/2021).

Đơn vị công tác:

Địa chỉ:

I. SÀNG LỌC

1. Bệnh cấp tính đang mắc	Không ☐	Có ☐
2. Tiền sử dị ứng (ghi rõ).....	Không ☐	Có ☐
3. Tiền sử phản vệ từ độ 2 trở lên với bất kỳ tác nhân nào	Không ☐	Có ☐
4. Tiền sử tiêm vắc xin khác trong 14 ngày qua	Không ☐	Có ☐
5. Tiền sử bị COVID-19 trong vòng 6 tháng	Không ☐	Có ☐
6. Tiền sử điều trị huyết tương từ người đã được điều trị khỏi COVID-19 hoặc immunoglobulin trong vòng 90 ngày	Không ☐	Có ☐
7. Tiền sử suy giảm miễn dịch, ung thư, cắt lách, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch, corticoid liều cao (tương đương hoặc hơn 2mg prednisolon/kg/ngày trong ít nhất 7 ngày)	Không ☐	Có ☐
8. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu hoặc đang dùng thuốc chống đông	Không ☐	Có ☐
9. Đang mang thai, phụ nữ đang nuôi con bằng sữa mẹ	Không ☐	Có ☐
10. Bất thường dấu hiệu sống (ghi rõ) Nhiệt độ: độ C Mạch: lần/phút Huyết áp: mmHg Nhịp thở: lần/phút; SpO2: % (nếu có)	Không ☐	Có ☐
11. Dấu hiệu bất thường khi nghe tim phổi	Không ☐	Có ☐
12. Rối loạn tri giác		

KẾT LUẬN:

- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay (Tất cả đều KHÔNG có điểm bất thường) ☐
- Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại (Khi CÓ điểm bất thường tại mục 3) ☐
- Trì hoãn tiêm chủng (Khi CÓ bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9) ☐
- Chuyển tiêm chủng và theo dõi tại bệnh viện (Khi CÓ tại các mục 2, 10, 11, 12) ☐
- Để nghị chuyển đến:
- Lý do:

Hồi..... giờ phút, ngày tháng năm 2021
Người thực hiện sàng lọc
(Ký, ghi rõ họ và tên)

PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

Họ và tên:.....Nam ☐ Nữ ☐ Ngày sinh:.....

Nghề nghiệp: (Ghi theo nhóm đối tượng của Nghị quyết số 21/NQ-CP ngày 26/02/2021).

..... Số điện thoại

Đơn vị công tác:

Địa chỉ:

I. Sàng lọc

1. Bệnh cấp tính đang mắc	Không ☐	Có ☐
2. Tiền sử dị ứng (ghi rõ).....	Không ☐	Có ☐
3. Tiền sử phản vệ từ độ 2 trở lên với bất kỳ tác nhân nào	Không ☐	Có ☐
4. Tiền sử tiêm vắc xin khác trong 14 ngày qua	Không ☐	Có ☐
5. Tiền sử bị COVID-19 trong vòng 6 tháng	Không ☐	Có ☐
6. Tiền sử điều trị huyết tương từ người đã được điều trị khỏi COVID-19 hoặc immunoglobulin trong vòng 90 ngày	Không ☐	Có ☐
7. Tiền sử suy giảm miễn dịch, ung thư, cắt lách, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch, corticoid liều cao (tương đương hoặc hơn 2mg prednisolon/kg/ngày trong ít nhất 7 ngày)	Không ☐	Có ☐
8. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu hoặc đang dùng thuốc chống đông	Không ☐	Có ☐
9. Đang mang thai, phụ nữ đang nuôi con bằng sữa mẹ	Không ☐	Có ☐
10. Bất thường dấu hiệu sống (ghi rõ) • Nhiệt độ: độ C • Mạch: lần/phút • Huyết áp: mmHg • Nhịp thở: lần/phút; SpO2: % (nếu có)	Không ☐	Có ☐
11. Dấu hiệu bất thường khi nghe tim phổi	Không ☐	Có ☐
12. Rối loạn tri giác	Không ☐	Có ☐

Kết luận:

- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay (Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường)
- Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại (Khi **CÓ** điểm bất thường tại mục 3)
- Trì hoãn tiêm chủng (Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9)
- Chuyển tiêm chủng và theo dõi tại bệnh viện (Khi **CÓ** tại các mục 2, 10, 11, 12)
- Đề nghị chuyển đến.....
- Lý do:

Hồi.....giờphút, ngàythángnăm 2021

Người thực hiện sàng lọc

Chỉ định tiêm chủng

Tên vắc xin Covid-19 vaccin Astra Zeneca	Liều lượng: 0,5 ml	Đường dùng: Tiêm bắp	BS chỉ định
Ngày tiêm:	Số lô:	Hạn dùng:	Điều dưỡng tiêm

Theo dõi 30 phút tại điểm tiêm chủng:

Thời gian tiêm..... Thời gian kết thúc theo dõi tại điểm tiêm:.....

Tình trạng sức khỏe khi kết thúc thời gian theo dõi:.....

Người theo dõi PUST Người được tiêm ký:

QR CODE

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

GIẤY XÁC NHẬN ĐÃ TIÊM VẮC XIN COVID-19

Họ và tên:

Sinh ngày: tháng năm

Số điện thoại:

Địa chỉ:

Đã được tiêm vắc xin phòng bệnh COVID-19:

Mũi 1: ngày tháng năm 202..... - Tên vắc xin:..... - Lô & HSD:.....	Mũi 2: ngày tháng năm 202..... - Tên vắc xin:..... - Lô & HSD:.....
Đơn vị tiêm chủng (Ký, đóng dấu)	Đơn vị tiêm chủng (Ký, đóng dấu)

HƯỚNG DẪN
THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC TẠI NHÀ
SAU TIÊM CHỦNG VẮC XIN COVID- 19

Sau khi tiêm chủng vắc xin phòng bệnh COVID- 19 có thể gặp một số sự cố bất lợi sau tiêm chủng. Để chăm sóc và xử trí kịp thời các sự cố bất lợi sau tiêm chủng, đề nghị người được tiêm lưu ý: **Tiếp tục theo dõi sức khỏe tại nhà ít nhất 7 ngày sau tiêm chủng.** Thông báo cho cán bộ y tế khi gặp phải bất kỳ triệu chứng nào sau tiêm vắc xin.

Phản ứng thông thường: Đau đầu, buồn nôn, đau cơ, đau khớp, sưng nóng tại vị trí tiêm, ngứa, mệt mỏi, bồn chồn, sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$, ớn lạnh.

Cần đưa ngay người được tiêm chủng đến cơ sở y tế khi có một trong các dấu hiệu: Sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$ khó hạ nhiệt độ, tím tái, khó thở, co giật, kích thích vật vã, tinh thần khó chịu...hoặc khi phản ứng thông thường kéo dài trên 24 giờ sau tiêm chủng.

Sau khi tiêm vắc xin vẫn phải thực hiện các biện pháp phòng chống dịch COVID-19 - thông điệp 5K : **“Khẩu trang - Khử khuẩn - Khoảng cách - Không tập trung - Khai báo y tế”**

BIỂU MẪU THU THẬP THÔNG TIN GIÁM SÁT CHỦ ĐỘNG

SỰ CÓ BẤT LỢI SAU TIÊM CHỦNG VẮC XIN COVID-19

(ĐÂY LÀ TÀI LIỆU QUAN TRỌNG, THÔNG TIN CỦA ANH/CHỊ SẼ GIÚP CƠ QUAN Y TẾ LIÊN LẠC KHI CẦN THIẾT ĐỂ PHÒNG CHỐNG DỊCH BỆNH TRUYỀN NHIỄM)

1. Thông tin tiêm chủng

Tên cơ sở tiêm chủng

Quận, huyện..... Tỉnh, TP:.....

Ngày tiêm vắc xin:/...../20.....

Tên thương mại:.....Nhà sản xuất:.....

Số lô:

Mũi tiêm:.....

2. Thông tin chung về đối tượng được giám sát

Họ tên:.....	Ngày sinh:
Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐	Điện thoại:.....
Địa chỉ:.....	

3. Bạn gặp phải bất kì triệu chứng nào sau tiêm vắc xin COVID-19 không?

☐ Không → Kết thúc	Thời gian xuất hiện sau tiêm chủng	Kéo dài trong bao lâu?
☐ Có → Tích vào 1 hoặc nhiều triệu chứng		
Các triệu chứng:		
☐ Đau/sưng tại chỗ tiêm		
☐ Nôn/buồn nôn		
☐ Tiêu chảy/đau bụng		
☐ Sốt $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$		
☐ Đau họng		
☐ Chảy nước mũi, ho		
☐ Ổn lạnh		
☐ Chóng mặt		
☐ Nổi hạch		
☐ Phát ban nổi mẩn/ngứa ngoài da		
☐ Khó thở/thở khó khè		
☐ Đau đầu		
☐ Đau cơ		
☐ Đau khớp		
☐ Bồn chồn/khó chịu		
☐ Các triệu chứng khác		

4. Bạn có điều trị các triệu chứng đó không?

☐ Không → Kết thúc

☐ Có → Chuyển đến câu 5

5. Bạn đã điều trị ở đâu?

☐ Tại nhà	☐ Trạm Y tế
☐ Bệnh viện huyện	☐ Phòng khám tư
☐ Bệnh viện tỉnh	☐ Khác, ghi rõ

6. Tình trạng hiện nay

☐ Hồi phục ☐ Có biến chứng

☐ Khác (Ghi rõ):.....

7. Bạn có thông báo với cơ sở tiêm chủng về phản ứng của bạn gặp phải không?

☐ Có, ghi rõ tên cơ sở: ☐ Không

Cảm ơn bạn đã dành thời gian trả lời.