

Phiếu điều tra sức khỏe khi tiêm chủng phòng ngừa Covid-19

- I Tôi đã được cung cấp đầy đủ thông tin hướng dẫn về tiêm chủng phòng ngừa Bệnh dịch vi-rút corona-19 (dưới đây gọi là Covid-19) và các phản ứng khác thường có thể phát sinh sau khi tiêm chủng, tôi sẽ được tiêm chủng phòng ngừa dựa theo kết quả điều tra sức khỏe của bác sĩ. ☐ Đồng ý ☐ Không đồng ý
- II Trường hợp đồng ý tiêm chủng phòng ngừa Covid-19, để bảo đảm được tiêm chủng an toàn, hãy đọc kĩ các câu hỏi dưới đây và người được tiêm chủng (người đại diện theo pháp luật, người giám hộ) hãy điền vào mục xác nhận.

Họ và tên		Số đăng ký công dân (Số đăng ký người nước ngoài)		(<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ)
Số điện thoại	(Nhà)	(Di động)		
Đồng ý về việc xử lý thông tin cá nhân cung cấp khi tiêm chủng phòng ngừa		Người được tiêm chủng (Người đại diện theo pháp luật, Người giám hộ) xác nhận <input type="checkbox"/>		
Theo điều 33 khoản 4 của 「Luật quy định về phòng ngừa và kiểm soát dịch bệnh」 và điều 32 khoản 3 của Nghị định thi hành định luật này, các thông tin cá nhân và thông tin nhạy cảm như số đăng ký công dân, v.v. sẽ được tiếp nhận. Các loại thông tin được tiếp nhận thêm như sau : ▪ Mục đích tiếp nhận-sử dụng thông tin cá nhân: gửi tin nhắn liên quan đến nội dung tiêm chủng lần tiếp theo, nội dung hoàn thành tiêm chủng, việc phát sinh các phản ứng khác thường sau tiêm chủng, v.v. ▪ Loại thông tin cá nhân tiếp nhận-sử dụng: thông tin cá nhân (thông tin nhạy cảm, bao gồm số đăng ký công dân), số điện thoại (điện thoại nhà / điện thoại di động) ▪ Thời gian lưu trữ và sử dụng thông tin cá nhân: 5 năm				
1. Tôi đồng ý xác nhận trước nội dung tiêm chủng phòng ngừa của đối tượng tiêm chủng qua <Hệ thống quản lý tiêm chủng phòng ngừa Covid-19> trước khi tiêm chủng phòng ngừa Covid-19. * Trường hợp không đồng ý xác nhận trước nội dung tiêm chủng phòng ngừa, có thể phát sinh việc tiêm chủng thêm không cần thiết hoặc tiêm chủng hoán đổi.			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
2. Tôi đồng ý nhận tin nhắn qua điện thoại di động nội dung tiêm chủng lần tiếp theo và nội dung hoàn thành tiêm chủng phòng ngừa Covid-19. * Trường hợp không đồng ý nhận tin nhắn, thì không thể nhận được thông tin nội dung của mục không đồng ý này.			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
3. Tôi đồng ý nhận tin nhắn liên quan đến việc phát sinh các phản ứng khác thường sau tiêm chủng phòng ngừa Covid-19. * Trường hợp không đồng ý nhận tin nhắn, thì không thể nhận được thông tin nội dung của mục không đồng ý này.			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Xác nhận về đối tượng tiêm chủng		Bản thân(Người đại diện theo pháp luật, Người giám hộ) xác nhận <input type="checkbox"/>		
① (Dành cho phụ nữ) Hiện có đang mang thai không?			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
② Hôm nay có đau ốm gì so với bình thường không? Hãy ghi rõ triệu chứng đau ốm. ()			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
③ Có từng được chẩn đoán nhiễm Covid-19 không? Nếu có, hãy ghi rõ ngày được chẩn đoán. (Năm tháng ngày)			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
④ Trong vòng 14 ngày vừa qua, có từng được tiêm vắc-xin (ngoại trừ vac-xin corona) không?			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
⑤ Có từng được tiêm vắc-xin Covid-19 không? ▶☞ Nếu chọn 'Không', tiếp đến câu ⑥ Nếu có, hãy ghi rõ ngày được tiêm chủng. (Ngày tiêm chủng: Năm tháng ngày)			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
⑤ -1 Sau khi tiêm chủng vắc-xin Covid-19, có từng được điều trị do xuất hiện các triệu chứng dị ứng nghiêm trọng (sốc phản vệ: sốc, khó thở, mất ý thức, sưng môi / mặt, v.v.) không? (Loại vắc-xin gây triệu chứng dị ứng nghiêm trọng :)			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
⑥ Trước đây có từng được điều trị do xuất hiện các triệu chứng dị ứng nghiêm trọng (sốc phản vệ: sốc, khó thở, mất ý thức, sưng môi / mặt, v.v.) không? Nếu có và nếu biết, hãy ghi rõ chất gây dị ứng nghiêm trọng. ()			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông máu không? Nếu có, hãy ghi rõ tên bệnh và tên thuốc. ()				
Họ và tên của người được tiêm chủng (Người đại diện theo pháp luật, Người giám hộ): (Ký tên) Quan hệ với người được tiêm chủng : Năm tháng ngày				
Kết quả điều tra sức khỏe (Mục ghi của bác sĩ)				Xác nhận
Thân nhiệt :		Đã trình bày hướng dẫn về các phản ứng khác thường sau tiêm chủng.		<input type="checkbox"/>
Đã trình bày hướng dẫn 'Phải ở lại nơi tiêm chủng 15~30 phút sau khi được tiêm chủng để quan sát phản ứng khác thường'.				<input type="checkbox"/>
Kết quả điều tra sức khỏe	Có thể được tiêm chủng			
	Tiêm chủng về sau (Lý do:)			
	Cấm tiêm chủng (Lý do:)			
Xác nhận đã điều tra và chẩn khám.		Họ và tên bác sĩ : (Ký tên)		
Mục ghi của người thực hiện tiêm chủng				
Công ty sản xuất		Số hiệu sản xuất vắc-xin		Vị trí tiêm chủng
				<input type="checkbox"/> Cánh tay trái <input type="checkbox"/> Cánh tay phải
Họ và tên người thực hiện tiêm chủng: (Ký tên)				