

Danh sách kiểm tra trước khi tiêm vắc xin đối với Vắc xin COVID-19



Đối với người tiêm vắc xin:

Tên bệnh nhân _____

Các câu hỏi sau đây sẽ giúp chúng tôi xác định xem có
bất kỳ lý do gì bạn không nên tiêm vắc xin COVID-19 hôm nay hay không.

Tuổi _____

**Nếu bạn trả lời "có" trong bất kỳ câu hỏi nào, điều đó không nhất thiết
có nghĩa là bạn không nên tiêm vắc xin.** Nó chỉ có nghĩa là bạn có thể được
hỏi các câu hỏi bổ sung. Nếu câu hỏi không rõ ràng, vui lòng yêu cầu nhà
cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn giải thích.

Có Không Không
biết

	Có	Không	Không biết
1. Hôm nay bạn có bị ốm không?			
2. Bạn đã bao giờ nhận được một liều vắc xin COVID-19 chưa?			
• Nếu có, bạn đã nhận được sản phẩm vắc xin nào? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Sản phẩm khác _____			
3. Bạn đã bao giờ có phản ứng dị ứng với: (Sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến bạn phải đến bệnh viện. Cũng sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng xảy ra trong vòng 4 giờ gây phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp, bao gồm cả thở khò khè.)			
• Một thành phần của vắc xin COVID-19 bao gồm một trong những thành phần sau:			
○ Polyethylene glycol (PEG), được tìm thấy trong một số loại thuốc, chẳng hạn như thuốc nhuận tràng và các chế phẩm cho quy trình nội soi đại tràng			
○ Polysorbate, được tìm thấy trong một số vắc xin, viên nén bao phim và steroid tiêm tĩnh mạch.			
• Một liều vắc xin COVID-19 trước đó.			
• Vắc xin hoặc liệu pháp tiêm có chứa nhiều thành phần, một trong số đó là thành phần vắc xin COVID-19, nhưng không biết thành phần nào gây ra phản ứng tức thì.			
4. Bạn đã bao giờ bị phản ứng dị ứng với một loại vắc-xin khác (không phải vắc-xin COVID-19) hoặc thuốc tiêm chưa? (Sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến bạn phải đến bệnh viện. Cũng sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng xảy ra trong vòng 4 giờ gây phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp, bao gồm cả thở khò khè.)			
5. Bạn đã 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 COVID-19, hoặc bất kỳ loại vắc xin hoặc thuốc tiêm nào chưa? Bao gồm dị ứng thức ăn, vật nuôi, nọc độc, môi trường hoặc thuốc uống.			
6. Bạn có tiêm vắc xin nào trong 14 ngày qua không?			
7. Bạn đã bao giờ có kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19 hoặc đã bao giờ bác sĩ nói với bạn rằng bạn bị nhiễm COVID-19 chưa?			
8. Bạn đã nhận được liệu pháp kháng thể thụ động (kháng thể đơn dòng hoặc huyết thanh dưỡng bệnh) để điều trị COVID-19 chưa?			
9. Bạn có bị suy giảm hệ thống miễn dịch do nhiễm HIV hoặc ung thư hoặc bạn có dùng thuốc hoặc liệu pháp ức chế miễn dịch không?			
10. Bạn có bị rối loạn chảy máu hay bạn đang dùng thuốc làm loãng máu?			
11. Bạn đang mang thai hoặc đang cho con bú?			
12. Bạn có chất làm đầy da?			

Biểu mẫu được xem xét bởi _____

Ngày _____