

**ỦY BAN NHÂN DÂN
PHƯỜNG PHÚ LA**

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

Số: **154**/UBND- YT

V/v rà soát, đăng ký tiêm chủng vắc
xin phòng COVID-19 đối với người
dân trên địa bàn phường Phú La.

Phú La, ngày 8 tháng 7 năm 2021

Kính gửi:

- Tổ trưởng 12 tổ dân phố;
- Tổ COVID-19 cộng đồng 12 TDP.

Thực hiện Văn bản số 2067/UBND- YT của Ủy ban nhân dân quận Hà Đông ngày 08 tháng 7 năm 2021 về việc rà soát, đăng ký tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 đối với người dân trên địa bàn quận Hà Đông. Ủy ban nhân dân phường Phú La triển khai thực hiện việc rà soát, đăng ký tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 đối với người dân trong độ tuổi 18-65 trên địa bàn như sau:

1. Yêu cầu người dân đăng ký tiêm chủng qua phần mềm "Sổ sức khỏe điện tử" theo đường link: <http://hssk.kcb.vn/#/sskdt>.

2. Thực hiện đăng ký bằng giấy (theo mẫu gửi kèm) đối với những người không sử dụng điện thoại thông minh và gửi về UBND phường Phú La.

Đề nghị tổ trưởng các tổ dân phố, tổ COVID-19 cộng đồng các tổ dân phố rà soát, hướng dẫn người dân trong độ tuổi 18-65 đăng kí tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 qua hai hình thức trên, hoàn thành xong trước ngày 11/7/2021. Trong quá trình triển khai thực hiện có khó khăn, vướng mắc liên hệ Trạm y tế phường để được hướng dẫn (qua đ/c Phạm Văn Vịnh - Số điện thoại 0988874431, Trạm y tế phường - Số điện thoại 02433.553.077).

Ủy ban nhân dân phường Phú La yêu cầu các tổ dân phố, tổ COVID-19 cộng đồng các tổ dân phố nghiêm túc triển khai thực hiện./.

Nơi nhận:

- TT Đảng ủy, HĐND, UBND, UBMTTQ Phường;
- Trạm y tế phường;
- Tổ trưởng các tổ dân phố;
- Tổ Covid cộng đồng các TDP;
- Lưu: VT./.

**KT. CHỦ TỊCH
PHÓ CHỦ TỊCH**

Nguyễn Phương Anh

PHIẾU ĐĂNG KÝ TIÊM CHỨNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

1. THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

Họ và tên người đăng ký tiêm (*):

Giới tính

Ngày tháng năm sinh (*):

Số CMT/CCCD:

Mã số BHYT:

Số điện thoại liên hệ (*):

Email:

Địa chỉ nơi ở hiện tại (*): + Thôn/xóm/số nhà/ TDP + Phường, xã, thị trấn + Quận, huyện, TX + Tỉnh/TP :

Nghề nghiệp.....Đơn vị công tác:

2. THÔNG TIN ĐĂNG KÝ TIÊM CHỨNG

Nơi đăng ký tiêm chủng:

Thời gian đăng ký tiêm chủng:

+ Ngày

-> Giờ tiêm (khung giờ)

Đăng ký tiêm mũi thứ:

1

2

3. KHAI BÁO TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE TRƯỚC TIÊM CHỨNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

1. Tiền sử phản vệ từ độ 2 trở lên (Nếu có, loại tác nhân dị ứng.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
2. Tiền sử bị COVID-19 trong vòng 6 tháng	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
3. Tiền sử tiêm vắc xin khác trong 14 ngày qua (Nếu có, loại vắc xin...)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
4. Tiền sử suy giảm miễn dịch, ung thư giai đoạn cuối, 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) (nếu có, mang theo đơn thuốc đến điểm tiêm chủng cho cán bộ y tế khám sàng lọc khi đến tiêm chủng tại điểm tiêm)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
5. Tiền sử bệnh mạn tính đang tiến triển (Nếu có, loại bệnh:)(nếu có, mang theo đơn thuốc đến điểm tiêm chủng cho cán bộ y tế khám sàng lọc khi đến tiêm chủng tại điểm tiêm)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
6. Bệnh cấp tính (Nếu có, loại bệnh mắc:)(nếu có, mang theo đơn thuốc đến điểm tiêm chủng cho cán bộ y tế khám sàng lọc khi đến tiêm chủng tại điểm tiêm)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
7. Đang mang thai, phụ nữ đang nuôi con bằng sữa mẹ	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
8. Độ tuổi: \geq 65 tuổi	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
9. Tiền sử rối loạn đông máu/câm máu hoặc đang dùng thuốc chống đông	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
10. Bất thường dấu hiệu sống (ghi rõ) • Nhiệt độ: độ C • Mạch: lần/phút • Huyết áp: mmHg • Nhịp thở: lần/phút; SpO ₂ : % (nếu có)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
11. Dấu hiệu bất thường khi nghe tim phổi	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
12. Rối loạn tri giác	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
13. Đã tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 chưa? (nếu có, số mũi đã tiêm..... loại vắc xin.....)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
14. Phản ứng sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 lần trước (mô tả rõ cho cán bộ y tế khám sàng lọc khi đến tiêm chủng tại điểm tiêm)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>