

CÁC CÂU HỎI TRƯỚC KHI TIÊM CHỨNG PHÒNG BỆNH COVID-19



tên và họ -----

thân nhiệt*

ngày tháng năm sinh -----

số điện thoại / email -----

Tờ khai trả lời các câu hỏi này để bác sĩ đánh giá **tình trạng sức khỏe** của bạn, liệu nó có thể ảnh hưởng đến việc tiêm chủng phòng bệnh COVID-19 hay không.

Yêu cầu đọc kỹ các câu hỏi và hãy trả lời **chính xác**. Nếu như có những câu hỏi được trả lời là **CÓ**, **không có nghĩa là** không thể tiêm chủng được cho bạn. Trong trường hợp có gì không hiểu, hãy hỏi bác sĩ tại nơi tiêm chủng để được giúp đỡ trong việc điền trả lời câu hỏi.

	CÓ	KHÔNG
<input type="checkbox"/> Bạn cảm thấy bị ốm vào lúc này	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bạn đã từng bị COVID-19 hoặc dương tính khi thử xét nghiệm PCR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bạn đã từng được tiêm chủng COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Đã khi nào bạn bị dị ứng nặng sau khi tiêm chủng không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bạn có bị rối loạn chảy máu hoặc có uống thuốc chống đông máu không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bạn có bị bệnh gì về hệ thống miễn dịch không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bạn có đang mang thai hoặc đang cho con bú không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trong hai tuần vừa qua bạn có tiêm phòng gì không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bằng việc ký vào tờ khai trả lời các câu hỏi này tôi khẳng định rằng, tôi **không che giấu** với bác sĩ **bất kỳ thông tin gì** về tình trạng sức khỏe của mình và **tôi hiểu việc cung cấp thông tin này** đối với việc tiêm chủng phòng bệnh COVID-19 kể cả các phản ứng phụ có thể xảy ra.

ngày -----

ngày -----

chữ ký của người được tiêm chủng

chữ ký và dấu của bác sĩ

*Chỉ ghi khi tại nơi tiêm phòng có đo nhiệt độ.