

**QUY TRÌNH TIÊM CHỦNG VẮC XIN  
TRONG TRUNG TÂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN**  
(Kèm theo Quyết định số 143 /QĐ-SKSS ngày 26/6/2024 của Trung tâm CSSKSS)

**PHẦN I. DANH MỤC THỦ TỤC HÀNH CHÍNH**

Stt	Tên thủ tục hành chính	Lĩnh vực
1	Quy trình tiếp nhận Khám sàng lọc và tiêm phòng vắc xin VAT.	Khám chữa bệnh
2	Quy trình tiếp nhận Khám sàng lọc và tiêm phòng vắc xin cúm mùa	Khám chữa bệnh
3	Quy trình tiếp nhận Khám sàng lọc và tiêm phòng vắc xin HPV	Khám chữa bệnh

**PHẦN II. NỘI DUNG CỤ THỂ CỦA THỦ TỤC HÀNH CHÍNH**

**I. TÊN THỦ TỤC: QUY TRÌNH KHÁM SÀNG LỌC VÀ TIÊM PHÒNG VẮC XIN VAT**

**1. Các bước thực hiện:**

**Bước 1:** Bác sĩ khám sàng lọc, đủ điều kiện tiêm sẽ cho chỉ định tiêm ngừa VAT vào sổ khám thai.

**Lưu ý:**

- Đối với khách hàng khám thai trên 3 ngày sẽ thực hiện lại các bước quy trình khám thai để Bác sĩ sàng lọc, và cho chỉ định.

- Đối với khách hàng khám thai dưới 3 ngày, hoặc có chỉ định tiêm chủng VAT tại cơ sở y tế tư nhân hướng dẫn lên phòng khám thai nghe tim thai, trình Bác sĩ khám sàng lọc, cho y lệnh tiêm vào sổ khám thai.

- **Bước 2:** Hướng dẫn khách hàng đóng phí tiêm VAT tại quầy thu phí tầng 1 hoặc tầng trệt, cán bộ thu phí tiếp tục hướng dẫn khách hàng tới phòng tiêm chủng tại tầng trệt.

**Bước 3:** Cán bộ tại phòng tiêm chủng thực hiện tiêm theo y lệnh Bác sĩ, sau khi tiêm hướng dẫn khách hàng ngồi theo dõi tại khu vực theo dõi sau tiêm ít nhất 30 phút, nhân viên tại phòng tiêm chủng làm bảng kiểm theo dõi sau tiêm, và phát phiếu hướng dẫn theo dõi sau tiêm vắc xin 24 giờ tại nhà.

## II. TÊN THỦ TỤC: QUY TRÌNH KHÁM SÀNG LỌC VÀ TIÊM PHÒNG VẮC XIN CÚM MÙA, VẮC XIN HPV.

### 1. Các bước thực hiện:

**Bước 1:** Trường hợp khách hàng khám sức khỏe định kỳ, khám phụ khoa, có nhu cầu tiêm vắc xin cúm mùa, vắc xin HPV Bác sĩ tư vấn, khám sàng lọc đủ điều kiện cho y lệnh tiêm vào sổ khám.

*Lưu ý:* Đối với khách hàng đến tiêm vắc xin, nhân viên tại phòng tiêm chủng mời Bác sĩ khám sàng lọc theo lịch tuần của đơn vị phân công.

**Bước 2:** Hướng dẫn khách hàng đóng tiền dịch vụ tiêm vắc xin tại quầy thu phí tầng 1 hoặc tầng trệt, cán bộ thu phí tiếp tục hướng dẫn khách hàng tới phòng tiêm chủng tại tầng trệt.

**Bước 3:** Cán bộ tại phòng tiêm chủng thực hiện tiêm theo y lệnh Bác sĩ, sau khi tiêm hướng dẫn khách hàng ngồi theo dõi tại khu vực theo dõi sau tiêm ít nhất 30 phút, nhân viên tại phòng tiêm chủng làm bảng kiểm theo dõi sau tiêm, và phát phiếu hướng dẫn theo dõi sau tiêm vắc xin 24 giờ tại nhà.

(Đính kèm phục lục lục)

1. Lịch tiêm vắc xin bắt buộc trong chương trình tiêm chủng.
2. Bảng kiểm trước tiêm chủng.
3. Bảng kiểm theo dõi sau tiêm 30 phút.
4. Hướng dẫn theo dõi sau tiêm tại nhà.

**Lịch tiêm vắc xin bắt buộc trong chương trình tiêm chủng mở rộng theo Thông tư 38/2017/TT-BYT ngày 17/10/2017 của Bộ Y tế.**

TT	Các bệnh truyền nhiễm có vắc xin tại Việt Nam	Vắc xin, đối tượng, lịch tiêm chủng trong Chương trình tiêm chủng mở rộng		
		Vắc xin	Đối tượng sử dụng	Lịch tiêm/uống
1	Bệnh uốn ván	Vắc xin uốn ván đơn giá	Phụ nữ có thai	1. Đối với người chưa tiêm hoặc không rõ tiền sử tiêm vắc xin hoặc chưa tiêm đủ 3 mũi vắc xin có chứa thành phần uốn ván liều cơ bản: - Lần 1: tiêm sớm khi có thai lần đầu - Lần 2: ít nhất 1 tháng sau lần 1 - Lần 3: ít nhất 6 tháng sau lần 2 hoặc kỳ có thai lần sau - Lần 4: ít nhất 1 năm sau lần 3 hoặc kỳ có thai lần sau

				<p>- Lần 5: ít nhất 1 năm sau lần 4 hoặc kỳ có thai lần sau.</p> <p>2. Đối với người đã tiêm đủ 3 mũi vắc xin có chứa thành phần uốn ván liều cơ bản:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lần 1: Tiêm sớm khi có thai lần đầu</li> <li>- Lần 2: ít nhất 1 tháng sau lần 1</li> <li>- Lần 3: ít nhất 1 năm sau lần 2</li> </ul> <p>3. Đối với người đã tiêm đủ 3 mũi vắc xin có chứa thành phần uốn ván liều cơ bản và 1 liều nhắc lại:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lần 1: tiêm sớm khi có thai lần đầu</li> <li>- Lần 2: ít nhất 1 năm sau lần 1</li> </ul>
--	--	--	--	---

**Lịch tiêm vắc xin bắt buộc trong chương trình tiêm chủng mở rộng theo Thông tư 10/2024/TT-BYT ngày 13/6/2024 của Bộ Y tế sẽ có hiệu lực bắt đầu ngày 01/8/2024 thay thế Thông tư 38/2017/TT-BYT ngày 17/10/2017 của Bộ Y tế.**

TT	Các bệnh truyền nhiễm	Vắc xin, đối tượng, lịch tiêm chủng trong Chương trình tiêm chủng mở rộng		
		Vắc xin	Đối tượng	Lịch tiêm/uống
1	Bệnh uốn ván	Vắc xin có chứa thành phần uốn ván cho phụ nữ có thai	Phụ nữ có thai	<p>1. Đối với người chưa tiêm, chưa tiêm đủ 3 lần vắc xin có chứa thành phần uốn ván liều cơ bản (<i>các liều tiêm trước khi đủ 01 tuổi</i>), hoặc không rõ tiền sử tiêm vắc xin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiêm lần 1: tiêm sớm khi có thai;</li> <li>- Tiêm lần 2: ít nhất 01 tháng sau lần 1;</li> <li>- Tiêm lần 3: kỳ có thai lần sau và ít nhất 6 tháng sau lần 2;</li> <li>- Tiêm lần 4: kỳ có thai lần sau và ít nhất 01 năm sau lần 3;</li> <li>- Tiêm lần 5: kỳ có thai lần sau và ít nhất 01 năm sau lần 4.</li> </ul> <p>2. Đối với người đã tiêm đủ 3 lần vắc xin có chứa thành phần uốn ván liều cơ bản:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiêm lần 1: tiêm sớm khi có thai;</li> <li>- Tiêm lần 2: ít nhất 01 tháng sau lần 1;</li> </ul>

				<p>- Tiêm lần 3: kỳ có thai lần sau và ít nhất 01 năm sau lần 2.</p> <p>3. Đối với người đã tiêm đủ 3 lần vắc xin có chứa thành phần uốn ván liều cơ bản và 01 liều nhắc lại:</p> <p>- Tiêm lần 1: tiêm sớm khi có thai;</p> <p>- Tiêm lần 2: kỳ có thai lần sau và ít nhất 01 năm sau lần 1.</p> <p>4. Đối với người đã tiêm đủ 3 lần vắc xin có chứa thành phần uốn ván liều cơ bản và 2 liều nhắc lại: Tiêm sớm 1 lần khi có thai.</p> <p>Trong tất cả các tình huống, từ lần 2 trở lên tiêm trước ngày dự kiến sinh tối thiểu 02 tuần.</p>
--	--	--	--	--

### Phiếu khám sàng lọc

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1575/QĐ-BYT ngày 27 tháng 03 năm 2023)

## **BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI ĐỐI TƯỢNG TỪ 1 THÁNG TUỔI TRỞ LÊN TẠI CÁC CƠ SỞ TIÊM CHỦNG NGOÀI BỆNH VIỆN**

Họ và tên : .....Nam  Nữ

Tuổi:..... sinh ngày .....tháng ....năm .....

Địa chỉ: .....

Cân nặng: .....kg

Thân nhiệt: ..... °C

### **I. Khám sàng lọc:**

1. Phản vệ độ III trở lên sau lần tiêm chủng trước (vắc xin có cùng thành phần)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
2. Phản vệ độ II sau lần tiêm chủng trước (vắc xin có cùng thành phần)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
3. Đang mắc bệnh cấp tính hoặc bệnh mạn tính tiến triển*	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
4. Sốt/Hạ thân nhiệt (sốt: nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ )	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
5. Suy giảm miễn dịch chưa xác định mức độ hoặc mức độ nặng, có biểu hiện lâm sàng nghi nhiễm HIV	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
6. Đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid liều cao (tương đương prednison $>2\text{mg/kg/ngày}$ ), hóa trị, xạ trị, gammaglobulin**	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
7. Phản ứng tăng dần sau các lần tiêm chủng trước (vắc xin có cùng thành phần)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>

8. Nghe tim bất thường	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
9. Nhịp thở, nghe phổi bất thường	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
10. Tri giác bất thường (li bì hoặc kích thích)	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
11. Các chống chỉ định khác, nếu có ghi rõ: .....	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>

\*: Không hoãn tiêm vắc xin đối với bệnh nhẹ (ho, sổ mũi, tiêu chảy mức độ nhẹ... và không sốt), bú tốt, ăn tốt

\*\* : Trừ kháng huyết thanh viêm gan B. Tiêu chuẩn này chỉ áp dụng với vắc xin sống giảm độc lực.

Lúc....giờ....ngày....tháng ....năm....

**Bác sĩ khám sàng lọc**

(Ký, ghi rõ họ tên)

**Bảng kiểm theo dõi sau tiêm 30 phút, hướng dẫn theo dõi sau tiêm tại nhà.**

Thông tư 34/2018/TT-BYT ngày 12/11/2018 quy định chi tiết một số điều của nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của chính phủ quy định về hoạt động tiêm chủng.

Theo dõi đối tượng tiêm chủng ít nhất 30 phút sau tiêm chủng tại điểm tiêm chủng.

**PHIẾU THEO DÕI 30 PHÚT SAU TIÊM VẮC XIN**

Họ và tên: .....Nam  Nữ

Tuổi:..... sinh ngày .....tháng.....năm .....

Địa chỉ: .....

Thời gian kết thúc tiêm:.....

**Các tác dụng trong vòng 30 phút:**

<b>I. Toàn thân</b>	Mạch: .....lần/ phút Huyết áp: .....mmHg	
	<b>CÓ</b>	<b>KHÔNG</b>
1.1 Da niêm mạc tím tái		
1.2 Khó thở		
1.3 Đau bụng		

1.4 Buồn nôn		
1.5 Mẫn ngứa toàn thân		
1.6 Sốt	Nếu có, nhiệt độ:.....	
<b>II. Tại chỗ tiêm</b>		
2.1 Có sưng tại chỗ tiêm không?		
2.2 Có phù nề tại chỗ tiêm không?	Nếu có, kích thước:.....	
2.3 Có quầng đỏ tại chỗ tiêm không?	Nếu có, đường kính quầng đỏ:.....	

**Khác:** Các triệu chứng khác, nêu rõ (Ghi không, nếu không có các triệu chứng khác):.....  
 .....

*Lúc ....giờ....phút, ngày .....tháng ..... năm.....đã theo dõi sau tiêm 30 phút.*

**Người thực hiện theo dõi**

(Ký, ghi rõ họ tên)

**Hướng dẫn gia đình hoặc đối tượng tiêm chủng: tiếp tục theo dõi tại nhà ít nhất 24 giờ sau tiêm chủng về các dấu hiệu:**

Toàn trạng, tinh thần, ăn, ngủ, thở, phát ban, triệu chứng tại chỗ tiêm, thông báo cho nhân viên y tế nếu có dấu hiệu bất thường;

+ *Phản ứng thông thường sau tiêm chủng* là các biểu hiện nhẹ và có thể tự khỏi, thường xảy ra sau khi sử dụng vắc xin, bao gồm các triệu chứng tại chỗ như ngứa, đau, sưng hoặc đỏ hoặc vừa sưng vừa đỏ tại chỗ tiêm; triệu chứng toàn thân như sốt dưới 39°C và các triệu chứng khác (khó chịu, mệt mỏi, chán ăn).

+ *Đưa ngay đối tượng tiêm chủng tới bệnh viện hoặc các cơ sở y tế* nếu sau tiêm chủng có một trong các dấu hiệu như sốt cao ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ), co giật, khó thở, tím tái, phát ban và các biểu hiện bất thường khác hoặc khi phản ứng thông thường kéo dài trên 24 giờ sau tiêm chủng.

***Liên hệ với chúng tôi để được tư vấn: 0815.998.008 (Số điện thoại Chăm sóc khách hàng của Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản). Xin chân thành cảm ơn!***