

**ỦY BAN NHÂN DÂN
THÀNH PHỐ HÀ NỘI**

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

Số: 2105 /UBND-KGVX
V/v rà soát, đăng ký tiêm chủng
vắc xin phòng COVID-19 đối
với người dân trên địa bàn các
quận, huyện, thị xã

Hà Nội, ngày 02 tháng 7 năm 2021

Kính gửi: Ủy ban nhân dân các quận, huyện, thị xã.

Ủy ban nhân dân thành phố Hà Nội nhận được Tờ trình số 10013/TTr-SYT ngày 01/7/2021 của Sở Y tế về việc rà soát đăng ký tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 đối với người dân trên địa bàn thành phố Hà Nội. Thực hiện chỉ đạo Chính phủ tại Nghị quyết số 21/NQ-CP ngày 26/02/2021 về việc mua và sử dụng vắc xin phòng COVID-19. Để sẵn sàng tiếp nhận vắc xin từ Bộ Y tế và chủ động triển khai tiêm chủng cho Nhân dân Thủ đô trong năm 2021 đảm bảo tiến độ và an toàn tiêm chủng, Ủy ban nhân dân Thành phố yêu cầu các quận, huyện, thị xã 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: <https://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 xã, phường, thị trấn.

Ủy ban nhân dân xã, phường thị trấn chỉ đạo các lực lượng của địa phương để nhập nội dung tại bản đăng ký giấy vào phần mềm “Sổ sức khỏe điện tử”.

Yêu cầu các địa phương thực hiện xong trước ngày 10/7/2021. Trong quá trình triển khai thực hiện có khó khăn, vướng mắc liên hệ Sở Y tế để được hướng dẫn (Đ/c Vũ Duy Hưng, Phó Trưởng phòng Nghiệp vụ Y - Sở Y tế, số điện thoại: 0913.522.620).

Ủy ban nhân dân Thành phố yêu cầu các đơn vị nghiêm túc triển khai thực hiện./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Chủ tịch UBND Thành phố;
- Phó Chủ tịch Chủ Xuân Dũng;
- Sở Y tế;
- VPUB: CVP, PCVP Đ.Q.Hùng;
- Phòng KGVX, TKBT;
- Ltru VT, KGVX_{An}.

20238 - 3

**TM. ỦY BAN NHÂN DÂN
KT. CHỦ TỊCH
PHÓ CHỦ TỊCH**



Chủ Xuân Dũng

PHIẾU ĐĂNG KÝ TIÊM CHỦNG 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 CHỦNG

Nơi đăng ký tiêm chủng: + Xã/ phường -> Điểm tiêm chủng tại xã/ phường

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 CHỦNG 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: ≥ 65 tuổi	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
9. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm 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"/>