

**BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG  
KHOA KHÁM BỆNH CƠ SỞ KIM CHUNG**



**QUY TRÌNH  
TƯ VẤN, TIÊM CHỦNG VẮC XIN**

**Mã số: QT.06.KB2**

**Ngày ban hành: 29/ 07/ 2016**

**Lần ban hành:02**

	<b>Người viết</b>	<b>Người kiểm tra</b>	<b>Người phê duyệt</b>
<b>Họ tên</b>	<b>BS Lê Thị Loan</b>	<b>Ths.Đặng Hồng Hải</b>	<b>PGs.Ts Nguyễn Văn Kính</b>

1. Người có liên quan phải nghiên cứu và thực hiện đúng các nội dung của quy trình này.
2. Nội dung trong quy trình này có hiệu lực thi hành như sự chỉ đạo của giám đốc bệnh viện.
3. Mỗi đơn vị liên quan được phát 01 bản (có đóng dấu kiểm soát)

## NOI NHẬN

x	Ban giám đốc
x	P. Kế hoạch tổng hợp
x	K.Khám bệnh cơ sở 2

## THEO DÕI TÌNH TRẠNG SỬA ĐỔI (tình trạng sửa đổi so với bản trước đó)

Trang	Hạng mục sửa đổi	Tóm tắt nội dung hạng mục sửa đổi
4	Tiếp đón, khám phân loại	Sửa, bổ xung
6	Thực hiện tiêm chủng	Sửa(Bỏ vô lọ và bơm tiêm trong ngày)
7	Hồ sơ	Sửa đổi, bổ xung
10	Sổ đăng ký tiêm chủng, sổ xuất VX	Bỏ

## **1. MỤC ĐÍCH**

Quy trình này nhằm quy định thống nhất trình tự thực hiện công tác tư vấn, tiêm chủng vắc xin.

## **2. PHẠM VI ÁP DỤNG**

Quy trình này áp dụng cho đơn vị tổ chức tiêm chủng vắc xin

## **3. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Thông tư số 12/2014/TT-BYT, ngày 20/3/2014 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn sử dụng và quản lý vắc xin trong tiêm chủng;
- Quyết định số 04/QĐ-BYT ngày 02/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em.
- Quyết định số 2535/QĐ-BYT ngày 10/07/2014 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn theo dõi chăm sóc, xử trí phản ứng sau tiêm

## **4. THUẬT NGỮ VÀ TỪ VIẾT TẮT**

### ***4.1. Giải thích thuật ngữ***

- Người bệnh: Là người sử dụng dịch vụ tư vấn, tiêm chủng vắc xin.
- Người nhà người bệnh: Là những người vào bệnh viện để tham gia phục vụ người bệnh tiêm chủng. Bao gồm: vợ hoặc chồng, ông, bà, cha, mẹ, anh chị em, con, cháu và những người thân khác.

### ***4.2 Từ viết tắt***


- TVTC: Tư vấn tiêm chủng
- CBYT: Cán bộ y tế
- NB/KH: Người bệnh / Khách hàng
- GDSK: Giáo dục sức khỏe

## **5. NỘI DUNG QUY TRÌNH**

Trách nhiệm	Các bước thực hiện	Mô tả
<p>Điều dưỡng đón tiếp</p>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Tiếp đón</div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Khám phân loại</div> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Hỏi tình trạng sức khỏe hiện tại:</i> sốt...</li> <li>- <i>Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn:</i> Nhiệt độ, mạch, HA...</li> <li>- <i>Xác định tên, tuổi, địa chỉ, số điện thoại:</i></li> </ul> <p>Ghi vào sổ / phiếu tiêm chủng cá nhân và Sổ Đăng ký tiêm chủng của khoa.</p> <p><del><i>Hỏi tiền sử bệnh tật, tiền sử tiêm chủng</i></del></p>
<p>Bác sỹ</p>	<div style="text-align: center;"> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</div> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Kiểm tra phiếu tiêm chủng về tiền sử tiêm chủng.</i></li> <li>❖ <b>Quan sát, khám tình trạng sức khỏe hiện tại</b></li> </ul> <p><i>Ghi nhận vào Bảng kiểm Phụ lục I (04/QĐ/BYT); Phụ lục II (04/QĐ/BYT)</i></p>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Chỉ định , tư vấn, tiêm chủng</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Chỉ định tiêm</b></li> <li>- <i>Chỉ định tiêm: Nếu trẻ khỏe tiêm vắc xin theo đúng lịch tiêm chủng.</i></li> <li>- <i>Hoãn tiêm nếu:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Trẻ đang ốm, sốt</li> <li>+ Trẻ đang mắc các bệnh nhiễm trùng cấp</li> </ul> </li> </ul>

<p>Bác Sỹ</p>		<p>tính</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Không tiêm nếu:</b></li><li>+ Có phản ứng nặng với liều tiêm chủng trước</li><li>+ Thuộc diện chống chỉ định của nhà sản xuất với từng loại vắc xin</li><li>- <b>Giải thích về trường hợp hoãn tiêm hoặc chống chỉ định</b></li><li>❖ <b>Tư vấn tiêm chủng</b></li><li>- <b>Thông báo các vắc xin trẻ sẽ được tiêm chủng trong lần này để phòng bệnh gì?</b></li><li>- <b>Hướng dẫn cách theo dõi, chăm sóc trẻ sau tiêm chủng:</b></li><li>+ Lưu ý người nhà hoặc người tiêm chủng cần được ở lại theo dõi 30 phút tại điểm tiêm chủng</li><li>+ Cần được theo dõi tại nhà trong vòng 72 giờ (ít nhất 24 giờ) các dấu hiệu bất thường như sốt, bỏ bú, quấy khóc nhiều... Và không đắp bất cứ thứ gì lên vị trí tiêm</li><li>- <b>Giải thích những phản ứng có thể xảy ra sau tiêm như:</b></li><li>+ Sốt nhẹ, đau, sưng nhẹ tại vị trí tiêm...chú ý theo dõi,thường sẽ tự khỏi</li></ul>
---------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>trong vài ngày</p> <p>+ Cần đưa NGAY trẻ đến cơ sở y tế nếu thấy các biểu hiện bất thường như sốt</p> <p>- <b>Hẹn ngày tiêm chủng tiếp theo</b></p>
Kế toán PK	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Thu phí</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Thu phí tiêm chủng , lập 3 liên Biên lai thu lệ phí, viện phí. Gửi lại KH 1 liên, hướng dẫn KH sang phòng tiêm chủng</p>
ĐD quản lý Vaxxin	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Cấp phát</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>-Căn cứ vào biên lai, phiếu thu tiền và Sổ tiêm chủng / Phiếu chỉ định ĐD đối chiếu các thông tin:</p> <p>+ Tên VX; Số lượng; Số lô; HSD ;</p> <p>-Cập nhật vào phiếu xuất VX. Cho KH ký nhận vào phiếu này.</p> <p>- Bàn giao vắc xin cho ĐD tiêm chủng.</p>
Điều dưỡng	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Thực hiện tiêm chủng</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>- Thông báo cho người bệnh và gia đình người bệnh về tên thuốc, liều dùng, đường dùng và hạn dùng.</p> <p>- Tiến hành tiêm chủng theo quy trình tiêm an toàn.</p> <p>- Ghi giờ tiêm vào phiếu xuất vắc xin.</p> <p>- Bàn giao khoa kiểm soát nhiễm khuẩn lọ VX vào cuối ngày.</p>

Điều dưỡng	<p style="text-align: center;">Theo dõi sau tiêm</p> 	<ul style="list-style-type: none"><li>- Theo dõi sau tiêm 30p để phát hiện sớm các tai biến (nếu có).</li><li>- Kết thúc tiêm chủng, ghi giờ kết thúc vào phiếu xuất vắc xin.</li><li>- Ký vào sổ tiêm chủng/ Phiếu tiêm chủng Điều dưỡng cần báo ngay với bác sĩ nếu có khách hàng có biểu hiện bất thường về sức khỏe.</li><li>- Khi đang triển khai tiêm chủng mà xảy ra tai biến nặng sau tiêm chủng, Điều dưỡng, Bác sĩ phòng tiêm phải báo ngay cho lãnh đạo phòng, Lãnh đạo phòng phải chỉ đạo thực hiện theo :  _Phụ lục 8 : mẫu báo cáo các phản ứng thông thường sau tiêm chủng (Ban hành kèm theo TT12/2014/TT-BYT ngày 20/03/2014 của Bộ trưởng Bộ Y Tế )  _ Phụ lục 9 :Mẫu báo cáo trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng (Ban hành kèm theo thông tư số 12/2014/TT_BYT ngày 20/3/2014 của Bộ trưởng Bộ y tế )</li></ul>
ĐD quản lý vắc xin	<p style="text-align: center;">Báo cáo tháng, báo cáo quý, báo cáo năm</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Báo cáo tháng: báo cáo trung tâm y tế huyện trước 15 ngày.</li><li>- Báo cáo quý: ngày 05 của tháng đầu tiên của quý tiếp theo.</li><li>- Báo cáo năm: trước ngày 15 tháng 01 của năm tiếp theo.</li></ul>

## 6. HỒ SƠ

STT	Tên hồ sơ	Nơi lưu	Thời gian lưu
1	Bảng kiểm trước tiêm chủng đối với TE	Khoa khám bệnh 2	15 ngày
2	Sổ đăng ký tiêm chủng	Máy tính khoa KB 2	5 năm
3	Sổ xuất Vắc xin	Máy tính khoa KB 2	5 năm
4	Báo cáo tình hình sử dụng vắc xin tiêm chủng dịch vụ.	Khoa khám bệnh 2	5 năm
5	Báo cáo các trường hợp phản ứng thông thường sau tiêm chủng	Khoa khám bệnh 2	5 năm

## 7. PHỤ LỤC

- Bảng kiểm trước tiêm chủng đối với trẻ em
- Bảng kiểm trước tiêm chủng đối với trẻ sơ sinh
- Mẫu sổ đăng ký tiêm chủng : BM.04.KB2.01

### PHỤ LỤC I

(Ban hành kèm theo Quyết định số 04/QĐ-BYT ngày 02/01/2014)

<b>BV BỆNH NHIỆT ĐỐI TW PK CƠ SỞ 2</b>	<b>CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM</b> <b><u>Độc lập – Tự do – Hạnh phúc</u></b>
--------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

### BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI TRẺ EM

Họ và tên trẻ: \_\_\_\_\_ Nam  Nữ

Tuổi: \_\_\_\_\_ sinh ngày \_\_\_\_\_ tháng \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Họ tên bố/mẹ: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

1. Sốc, phản ứng nặng sau lần tiêm chủng trước:  
Không  Có

2. Đang mắc bệnh cấp tính hoặc bệnh mãn tính tiến triển:  
Không  Có



3. Đang hoặc mới kết thúc liệu điều trị corticoid/gammaglobulin:

Không Có

4. Sốt/Hạ thân nhiệt ( Sốt: nhiệt độ  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$  ; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ  $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$  )

Không Có

5. Nghe tim bất thường:

Không Có

6. Nhịp thở, nghe phổi bất thường:

Không Có

7. Tri giác bất thường (ly bì hoặc kích thích)

Không Có

8. Có các chống chỉ định khác :

Không Có

**Kết luận:**

- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay (Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường)

Loại vắc xin tiêm chủng lần này: .....

- Chống chỉ định tiêm chủng (Khi **CÓ** điểm bất thường tại mục 1,8)

- Tạm hoãn tiêm chủng (Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2, 3,4,5,6,7)

Hồi.....giờ .....phút, ngày tháng năm

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)

**PHỤ LỤC II**

(Ban hành kèm theo Quyết định số 04 /QĐ-BYT ngày 02/01/2014)

**BV BỆNH NHIỆT ĐỐI TW  
PK CƠ SỞ 2**

**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

**BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI TRẺ SƠ SINH**

Họ và tên trẻ: Nam  Nữ

Sinh ..... giờ .....ngày tháng năm

Địa chỉ

Họ tên bố/mẹ:

Loại vắc xin tiêm chủng lần này:

1. Sốt/Hạ thân nhiệt ( Sốt: nhiệt độ  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$  ; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ  $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$  )

Không Có

2. Nghe tim bất thường:

Không Có

3. Nghe phổi bất thường:

Không Có

4. Tri giác bất thường (ly bì hoặc kích thích., bú kém,...):

Không Có

5. Cân nặng khi sinh dưới 2000g:

Không Có

6. Có các chống chỉ định khác :

Không Có

**Kết luận:**

- Đủ điều kiện tiêm ngay (Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường)

Loại vắc xin tiêm chủng: .....

- Tạm hoãn tiêm chủng (Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường)

Hồi.....giờ .....phút, ngày tháng năm

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)