**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

*Thành phố Hồ Chí Minh, ngày … tháng… năm 20….*

**BIÊN BẢN**

**Giám sát điều kiện tiêm vắc xin phòng COVID-19**

1. **THÔNG TIN VỀ CƠ SỞ Y TẾ**
2. Tên cơ sở : …………………………………………………………………………………
3. Địa chỉ : ………..…………………………….…………………………………………….
4. Điện thoại: ……………………….……. Email:…………………………….…………….
5. Tổng số nhân viên:……………….…. Số điểm tiêm:………….………………….……
6. **THÀNH PHẦN ĐOÀN**
7. …………………………………………………………………………………………
8. ………………………………………………………………………………………....
9. …………………………………………………………………………………………
10. …………………………………………………………………………………………
11. **THÀNH PHẦN CƠ SỞ TIẾP ĐOÀN**
12. …………………………………………………………………………………………
13. …………………………………………………………………………………………
14. …………………………………………………………………………………………
15. …………………………………………………………………………………………
16. **NỘI DUNG GIÁM SÁT**
17. **Điều kiện nhân sự**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nội dung | Trình độ chuyên môn | Số người | Số đã tập huấn tiêm COVID-19 | Ghi chú |
| Khám sàng lọc | Bác sỹ: | …..………. | …………… |  |
| Tiêm chủng | Điều dưỡng:Nữ hộ sinh: | …………….……..……… | …………….……..……… |  |
| Theo dõi sau tiêm | ………………… | …………….. | …………….. |  |

Kết luận: Điều kiện nhân sự đáp ứng được 2 điểm tiêm (quy định ≥3 người/1 điểm tiêm):

 □ Đạt □ Không đạt vì:………………………………………………………………........

1. **Khu vực tiếp nhận**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TT | Nội dung | Có | Không | Ghi chú |
|  | Tổ chức sàng lọc: đo thân nhiệt, khai báo y tế (QR code), sát khuẩn tay và yêu cầu tuân thủ 5K |  |  |  |
|  | Bảng thông báo lịch tiêm chủng *(tên vắc xin, ngày tiêm, hẹn theo khung giờ, địa điểm tiêm*) |  |  |  |
|  | Quy trình/Sơ đồ hướng dẫn đi tiêm chủng |  |  |  |
|  | Bố trí theo qui trình 1 chiều (*tiếp nhận-khám-tiêm-theo dõi*) |  |  |  |
|  | Có bảng tên từng khu vực (*Bàn tiếp nhận; K/v chờ khám sàng lọc; Bàn khám, tư vấn tiêm chủng; K/v chờ trước tiêm; Bàn tiêm chủng; K/v theo dõi sau tiêm; K/v xử trí PƯST*) |  |  |  |
|  | Các khu vực vệ sinh sạch sẽ, gọn gàng, thoáng khí |  |  |  |
|  | Danh sách người dự kiến từng ngày tiêm;Mẫu Phiếu đồng thuận tiêm vắc xin COVID-19 |  |  |  |

Kết luận: □ Đạt □ Không đạt vì:…………………………………………………………........

1. **Khu vực khám, tư vấn tiêm chủng**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TT | Nội dung | Có | Không | Ghi chú |
|  | Ống nghe |  |  |  |
|  | Nhiệt kế đo thân nhiệt (*nếu đã đo ở bàn tiếp nhận thì bỏ qua*) |  |  |  |
|  | Bảng kiểm trước tiêm chủng theo Quyết định 1624/QĐ-BYT |  |  |  |
|  | Văn bản hướng dẫn: Quyết định 1624/QĐ-BYT và Công văn 506/VSDTTƯ-TCQG ban hành Sổ tay hướng dẫn thực hành tiêm vắc xin phòng COVID-19 AstraZeneca  |  |  |  |

Kết luận: Điều kiện khu vực khám đáp ứng được 2 điểm tiêm (quy định ≥1 bàn khám/1 điểm tiêm):

 □ Đạt □ Không đạt vì:………………………………………………………………..………........

1. **Khu vực thực hiện tiêm chủng**

| TT | Nội dung | Có | Không | Ghi chú |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A** | **Bàn tiêm chủng** |  |  |  |
|  | Bàn tiêm không có ánh nắng mặt trời trực tiếp chiếu vào  |  |  |  |
|  | Hộp chống sốc theo Thông tư 51/2017/TT-BYT  |  |  |  |
|  | Bơm kim tiêm 0,5ml |  |  |  |
|  | Khay để dụng cụ tiêm chủng, khăn trải bàn |  |  |  |
|  | Hộp an toàn  |  |  |  |
|  | Dụng cụ chứa vỏ lọ vắc xin |  |  |  |
|  | Thùng đựng chất thải rắn y tế theo TT 58/2015/TT-BYT  |  |  |  |
|  | Dung dịch sát khuẩn tay nhanh |  |  |  |
|  | Bông gòn, panh kẹp, cồn 700 có nguồn gốc rõ ràng |  |  |  |
|  | Sơ đồ chẩn đoán và xử trí phản vệ theo TT51/2017/TT-BYT (*khổ A3*) |  |  |  |
|  | Bồn rửa tay, xà phòng  |  |  |  |
|  | NVYT mặc đúng trang phục (*áo blouse, nón, khẩu trang y tế*) |  |  |  |
| **B** | **Bảo quản vắc xin**  |  |  |  |
|  | **Trang thiết bị :** |  |  |  |
|  | Chỉ thị đông băng điện tử (Freeze-tag) (**phải có**) |  |  | Số cái:……. |
|  | Nhiệt kế theo dõi nhiệt độ (**phải có***)* |  |  | Loại:……….Số cái:…… |
|  | Thiết bị ghi nhiệt độ liên tục (datalogger, logtag) (nếu có) |  |  |  |
|  | Phích vắc xin (**phải có**): *có miếng mút, bình tích lạnh, miếng cách vắc xin và bình tích lạnh. Nếu số NVYT nhiều thì phải có phích vắc xin/tủ lạnh chẵn và phích lẻ* |  |  | Số cái:……. |
|  | Tủ bảo quản chuyên dụng (nếu có) |  |  | Loại:……….Số cái:…… |
|  | Tủ bảo quản sinh phẩm (nếu có) |  |  | Loại:……….Số cái:…… |
|  | Tủ bảo quản gia dụng (nếu có) |  |  | Loại:……….Số cái:…… |
|  | **Hỏi kiến thức nhân viên bảo quản :** |  |  |  |
|  | Biết nhiệt độ bảo quản vắc xin 2 đến 80C, không để đông băng |  |  |  |
|  | Biết cách sắp xếp vắc xin trong thiết bị bảo quản tương ứng |  |  |  |
| **C** | **Hồ sơ quản lý vắc xin** |  |  |  |
|  | Có Phiếu nhập/xuất, Biên bản giao nhận, Sổ quản lý vắc xin |  |  |  |
|  | Biên bản giao-nhận có:1. Ngày, giờ giao-nhận2. Tên vắc xin, nước sản xuất, nhà cung cấp3. Số giấy phép đăng ký lưu hành 4. Số lượng liều giao-nhận, Số lô, Hạn dùng5. Ghi nhiệt độ lúc giao-nhận6. Tình trạng vắc xin (màu sắc, độ tan, nguyên vẹn) 7. Chỉ thị đông băng |  |  |  |

Kết luận: Điều kiện khu vực khám đáp ứng được 2 điểm tiêm (quy định ≥1 bàn tiêm/1 điểm tiêm):

 □ Đạt □ Không đạt vì:………………………………………………………………..………........

……………………………………………………………………………………………………...

1. **Khu vực theo dõi sau tiêm**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TT | Nội dung | Có | Không | Ghi chú |
|  | Có đủ ghế ngồi, rộng rãi, thoáng mát, nước uống |  |  |  |
|  | Hộp chống sốc theo Thông tư 51/2017/TT-BYT (*nếu phòng xử trí PUST nằm trong K/v theo dõi thì có thể sử dụng chung*) |  |  |  |
|  | Giấy xác nhận tiêm vắc xin COVID-19 (*có mã QR và số điện thoại hỗ trợ cho người tiêm*) Danh sách đối tượng để nhập ngày tiêm/hoãn/chống chỉ định |  |  |  |
|  | Bảng hướng dẫn các dấu hiệu cần theo dõi sau tiêm vắc xin COVID-19, số điện thoại hỗ trợ và có mã QR tự khai báo (*đặt nơi dễ nhìn và khổ A3*) |  |  |  |
|  | Báo cáo các trường hợp phản ứng thông thường /nghiêm trọng sau tiêm chủng (PL 10,11 – thông tư 34/2018/TT-BYT)  |  |  | Thực hiện hàng tháng |

Kết luận: □ Đạt □ Không đạt vì:…………………………………………………………........

1. **Khu vực/Phòng xử trí phản ứng sau tiêm (PƯST)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TT | Nội dung | Có | Không | Ghi chú |
|  | Nếu nơi xử trí PƯST tách biệt với Khu vực theo dõi sau tiêm thì việc vận chuyển bệnh nhân đảm bảo thuận tiện, kịp thời |  |  |  |
|  | Hộp chống sốc đầy đủ, còn hạn theo TT51/2017/TT-BYT  |  |  |  |
|  | Giường nằm |  |  |  |
|  | Trang thiết bị và thuốc: bóng ambu, mặt nạ, huyết áp kế, Oxy, bơm xịt salbutamol, các thuốc chống dị ứng, Natriclorid 0,9%, bộ đặt nội khí quản (*nếu có thực hiện*) |  |  |  |
|  | Sơ đồ chẩn đoán và xử trí phản vệ theo TT51/2017/TT-BYT (*khổ A3*) |  |  |  |
|  | Quy trình xử trí PƯST tại khu vực theo dõi, xử trí (*khi người tiêm có phản ứng thông thường, nặng sau tiêm tại đơn vị*) |  |  |  |
|  | Kế hoạch/Hợp đồng với 1 đơn vị điều trị chuyên về hồi sức cấp cứu trên địa bàn để phối hợp trong chuyển viện, xử trí phản ứng nặng sau tiêm: có số điện thoại liên lạc, xe cấp cứu trực sẳn sàng khi có thông báo |  |  |  |

Kết luận: □ Đạt □ Không đạt vì:…………………………………………………………........

1. **Kiểm tra, giám sát**
* Đơn vị đã được kiểm tra/giám sát gần nhất: : □ Không □ Có, ngày ……./……./……
* Đơn vị kiểm, giám sát:…………………................. Biên bản: □ Có □ Không
* Vấn đề tồn tại trước đó đã được khắc phục: □ Có □ Không

Nếu “Không” ghi rõ lý do:…………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

1. **Kết luận**
* Đơn vị đáp ứng đủ điều kiện tiêm vắc xin phòng COVID-19: □ Có □ Không
* Nếu “Không” ghi rõ lý do:

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

Hạn khắc phục đến ngày (nếu có): ……………………………………..

Thời gian tái giám sát (nếu có):………………………………………….

Biên bản kết thúc vào hồi …….giờ……...ngày……tháng…....năm…....

Biên bản được lập thành...........bản; mỗi bản gồm..................tờ; có nội dung và giá trị như nhau.

Đã giao cho…………………………………………………………….01 bản.

Sau khi đọc biên bản, những người có mặt đồng ý về nội dung biên bản và cùng ký vào biên bản./.

|  |  |
| --- | --- |
| **TRƯỞNG ĐOÀN** | **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ** |