

# PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN COVID-19 TRƯỜNG THPT NGUYỄN DU



(Ban hành kèm theo công văn số 8688/BYT-DP ngày 14 tháng 10 năm 2021 của Bộ y tế)

Hãy quét vào đây để  
khai báo y tế trước  
khi vào trường

**1.** Tiêm chủng vắc xin là biện pháp phòng bệnh hiệu quả, tuy nhiên vắc xin phòng COVID-19 có thể không phòng được bệnh hoàn toàn. Người được tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 đủ liều có thể phòng được bệnh hoặc giảm mức độ nặng nếu mắc COVID-19. Sau khi được tiêm vắc xin phòng COVID-19 cần thực hiện đầy đủ Thông điệp 5K phòng chống dịch COVID-19.

**2.** Tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 có thể gây ra một số biểu hiện tại chỗ tiêm hoặc toàn thân như: sưng, đau chỗ tiêm, nhức đầu, buồn nôn, sốt, đau cơ, ... hoặc tai biến nặng sau tiêm chủng.

**3.** Khi có triệu chứng bất thường về sức khỏe, người được tiêm chủng cần liên hệ với cơ sở y tế gần nhất để được tư vấn, khám và điều trị kịp thời.

Sau khi đã đọc các thông tin nêu trên, tôi đã hiểu về các nguy cơ và:

Đồng ý cho trẻ tiêm chủng

Không đồng ý cho trẻ tiêm chủng

Họ tên cha/mẹ hoặc người giám hộ: .....

Số điện thoại:.....

Họ tên trẻ được tiêm chủng:.....

Lớp: .....

Quận 10, ngày..... tháng ..... năm .....

Cha/mẹ hoặc người giám hộ

(Ký, ghi rõ họ tên)