

Tiêm phòng vắc xin viêm gan B (Heptavax®-II)

Để thực hiện tiêm chủng phòng bệnh viêm gan B, cần nắm rõ tình trạng sức khỏe của đối tượng được tiêm. Vì vậy xin hãy điền chi tiết nhất có thể vào phiếu kiểm tra sơ bộ. Trong trường hợp người được tiêm là trẻ nhỏ, người bảo hộ nắm rõ nhất tình trạng sức khỏe của trẻ sẽ ghi thay.

○ Đặc trưng và phản ứng phụ của vắc xin

Đây là vắc-xin viêm gan B được tạo ra nhờ ứng dụng kỹ thuật tái tổ hợp gen. Thông thường để phòng bệnh viêm gan B, sẽ tiến hành tiêm 3 mũi, mũi đầu tiên, 1 tháng sau tiêm mũi thứ 2 (cách 4 tuần sau khi tiêm mũi đầu), 6 tháng sau tiêm mũi thứ 3 (cách từ 20 đến 24 tuần sau khi tiêm mũi thứ 2).

Phản ứng phụ thường thấy là tại vị trí tiêm bị đau nhức, mẩn đỏ, ngứa ngáy, sưng, nổi cục, nóng, sốt, uể oải, tay mắt cảm giác. Ngoài ra, những phản ứng sau đây rất hiếm nhưng cũng có nguy cơ xảy ra: sốc, sốc phản vệ (hạ huyết áp, khó thở, mặt tái xanh v.v...), đa xơ cứng, viêm não tùy lan tỏa cấp, viêm tủy sống, viêm thần kinh thị giác, hội chứng Guillain-Barré, bệnh thần kinh ngoại biên v.v... Nếu thấy có gì bất thường phải báo ngay cho bác sĩ.

○ Những trường hợp dưới đây không nên tiêm phòng

1. Những người bị sốt rõ rệt (Thông thường là những người có thân nhiệt vượt quá 37.5°C)
2. Những người đang mắc bệnh cấp tính trầm trọng.
3. Những người quá mẫn với các thành phần của vắc-xin này (về chi tiết hãy hỏi bác sĩ).
4. Những người đang trong tình trạng không phù hợp để tiêm phòng ngoài những trường hợp nêu trên.

○ Những trường hợp dưới đây hãy tham khảo ý kiến của bác sĩ trước khi tiêm

1. Người mắc bệnh cơ bản như bệnh về tim mạch, bệnh thận, bệnh gan, bệnh về máu, khiếm khuyết phát triển v.v...
2. Người bị sốt hay những người có triệu chứng nghi là dị ứng như toàn thân nổi mẩn v.v...trong vòng hai ngày sau khi tiêm phòng.
3. Người có tiền sử co giật trong quá khứ.
4. Người đã từng được chẩn đoán suy giảm miễn dịch hay người có người thân cận huyết mắc chứng suy giảm miễn dịch bẩm sinh.
5. Người có nguy cơ dị ứng với thành phần của vắc-xin này (về chi tiết hãy hỏi bác sĩ).
6. Phụ nữ đang mang thai hay có khả năng đang mang thai.

○ Tiêm đồng thời với (các) mũi tiêm phòng vắc-xin khác

Được phép tiêm đồng thời với (các) mũi tiêm phòng vắc-xin khác nếu bác sĩ cho là cần thiết.

○ Chú ý sau khi tiêm vắc-xin

1. Trong vòng 30 phút sau khi tiêm có khả năng phát sinh phản ứng phụ cấp tính như sốc phản vệ nên cần sắp xếp sao cho có thể quan sát tình trạng người tiêm và liên lạc với bác sĩ ngay lập tức bằng các cách như lưu lại cơ sở y tế.
2. Ngày tiêm chủng cần tránh vận động mạnh. (Tắm vào ngày tiêm không gây ảnh hưởng. Tuy nhiên, không được chà xát chỗ tiêm.)
3. Sau khi tiêm có thể bị sốt, sưng đỏ ở nơi tiêm nhưng thông thường những triệu chứng này nhẹ và sẽ khỏi sau vài ngày.
4. Sau khi tiêm cần lưu ý giữ gìn sức khỏe, nếu sốt cao hoặc cơ thể thay đổi, hoặc có phản ứng bất thường khác tại vị trí tiêm thì cần phải đến bác sĩ khám ngay.

Ngày dự định tiêm phòng	Tháng giờ	ngày phút	Tên cơ sở y tế
--------------------------------	--------------	--------------	-----------------------

[Tham khảo]

Nếu phát sinh tổn hại về sức khỏe do tiêm vắc-xin viêm gan B, có thể được hỗ trợ các loại chi phí điều trị theo “Chế độ hỗ trợ thiệt hại do tác dụng phụ của y dược phẩm”. Chi tiết xin tham khảo website của Tổ chức tổng hợp y dược phẩm-thiết bị y tế (Tổ chức pháp nhân hành chính độc lập).

[Chế độ hỗ trợ thiệt hại do tác dụng phụ của y dược phẩm]

Đây là chế độ trợ cấp chi phí như chi phí điều trị, trợ cấp y tế, trợ cấp thương tật, v.v...nhằm hỗ trợ cho những người bị thiệt hại về sức khỏe như bị bệnh, thương tật ở mức độ cần nhập viện trị liệu do tác dụng phụ của thuốc mặc dù đã sử dụng sản phẩm y dược đúng cách. Để được hưởng trợ cấp cần có sổ khám bệnh, đơn thuốc của bác sĩ v.v...Về chi tiết về thủ tục yêu cầu hỗ trợ, xin hãy trao đổi với Tổ chức tổng hợp y dược phẩm- thiết bị y tế (Tổ chức pháp nhân hành chính độc lập)

Thông tin liên hệ:

Bộ phận tư vấn hệ thống trợ giúp phản ứng có hại của thuốc, Cơ quan dược phẩm và thiết bị y tế

Điện thoại: 0120-149-931 (miễn phí cước gọi) Website : https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html

Phiếu kiểm tra sơ bộ trước tiêm chủng vắc-xin viêm gan B (Heptavax®-II) (Dùng cho tiêm chủng tự nguyện)

*Gửi người có nguyện vọng tiêm chủng (hay người bảo hộ của người có nguyện vọng tiêm chủng): Hãy trả lời tất cả phần màu xám trong khung kẻ đậm dưới đây.

Phiên âm		Nam • Nữ	Nhiệt độ cơ thể trước khi khám	Độ phân
Tên người được tiêm chủng			Ngày tháng năm sinh	Sinh Năm <input type="text"/> Tròn <input type="text"/> tháng <input type="text"/> tuổi <input type="text"/> ngày <input type="text"/> tháng <input type="text"/>
(Tên người bảo hộ)			Địa chỉ	
			Số điện thoại	(<input type="text"/>) - <input type="text"/>

*Hãy điền đầy đủ vào cột trả lời trong khung in đậm

Câu hỏi	Cột trả lời		Cột dành cho bác sỹ
1. <i>Đã đọc kỹ phần giải thích về tiêm chủng phòng bệnh viêm gan B sẽ tiêm ngày hôm nay và hiểu rõ nội dung chưa?</i>	Chưa	Có	
2. <i>Mũi tiêm chủng vắc-xin viêm gan B ngày hôm nay là mũi tiêm thứ mấy?</i>	Mũi tiêm thứ (<input type="text"/>)		
3. <i>Hôm nay cơ thể có chỗ nào không khỏe không? Hãy ghi cụ thể triệu chứng (<input type="text"/>)</i>	Có	Không	
4. <i>Trong vòng một tháng trở lại đây có bệnh gì không? Tên bệnh: (<input type="text"/>)</i>	Có	Không	
5. <i>Trong vòng một tháng trở lại đây, có người nào trong gia đình hay xung quanh bị bệnh sởi, rubella, thủy đậu, quai bị v.v...hay không? Tên bệnh: (<input type="text"/>)</i>	Có	Không	
6. <i>Trong vòng một tháng trở lại đây có tiêm chủng phòng bệnh nào không? Tên mũi tiêm chủng phòng bệnh: (<input type="text"/>)</i>	Có	Không	
7. <i>Từ trước đến nay có mắc bệnh đặc biệt (bệnh về tim mạch, bệnh thận, bệnh gan, bệnh về máu, bệnh khiếm khuyết phát triển, chứng suy giảm miễn dịch và các bệnh khác) phải khám và điều trị hay không? Tên bệnh: (<input type="text"/>)</i>	Có	Không	
<i>Bác sỹ khám bệnh nêu trên có cho phép tiêm ngày hôm nay hay không?</i>	Có	Không	
8. <i>Đã từng bị co giật bao giờ chưa? (Lần cuối cùng <input type="text"/> năm <input type="text"/> tháng <input type="text"/>)</i>	Có	Không	
<i>Lúc đó có bị sốt không?</i>	Có	Không	
9. <i>Có bị phát ban, nổi mẩn ở da hay khó chịu trong người vì thuốc hay thực phẩm bao giờ không?</i>	Có	Không	
10. <i>Họ hàng cận huyết có ai mắc chứng suy giảm miễn dịch bẩm sinh không?</i>	Có	Không	
11. <i>Có bị khó chịu khi tiêm chủng bao giờ không? Tên mũi tiêm chủng – chứng bệnh: (<input type="text"/>)</i>	Có	Không	
12. <i>Họ hàng cận huyết có ai bị khó chịu khi tiêm chủng không?</i>	Có	Không	
13. <i>(Trường hợp người tiêm là trẻ em) Có bất thường gì trong khi sinh, khi chào đời, khi khám sức khỏe định kì cho nữ nhi không? Nếu có hãy ghi cụ thể (<input type="text"/>)</i>	Có	Không	
14. <i>(Nếu người tiêm là phụ nữ) Hiện có mang thai không?</i>	Có	Không	
15. <i>Có câu hỏi gì về việc tiêm chủng ngày hôm nay không?</i>	Có	Không	
16. <i>Ngoài ra, nếu có điều gì về tình trạng sức khỏe cần truyền đạt trước, xin hãy ghi cụ thể dưới đây</i> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
17. <i>Phần bác sỹ ghi</i> <i>Dựa trên phiếu kiểm tra sơ bộ nói trên và kết quả thăm khám, việc tiêm chủng ngày hôm nay (có thể thực hiện - tạm hoãn)</i> <i>Đã giải thích cho người được tiêm (hoặc người bảo hộ của người được tiêm) về hiệu quả, tác dụng phụ của mũi tiêm chủng cũng như chế độ hỗ trợ dựa trên Luật Tổ chức tổng hợp y dược phẩm-thiết bị y tế.</i> <i>Bác sỹ ký</i> _____			

Sau khi đã được bác sỹ thăm khám và giải thích, vâng đã hiểu về hiệu quả, tác dụng phụ của mũi tiêm chủng cũng như chế độ hỗ trợ dựa trên Luật Tổ chức tổng hợp y dược phẩm-thiết bị y tế, anh (chị) có nguyện vọng tiêm hay không? (Tôi có nguyện vọng tiêm - Tôi không có nguyện vọng tiêm)

Chữ ký của người được tiêm (Hoặc người bảo hộ của người được tiêm) _____

Tên vắc-xin sử dụng	Phương pháp sử dụng – liều lượng	Nơi thực hiện – Tên bác sỹ- ngày tiêm chủng	
(Vắc-xin viêm gan B tái tổ hợp- Recombinant Adsorbed Hepatitis B Vaccine) (thành phần từ men)	<input type="checkbox"/> 0,25 mL (dưới 10 tuổi) (Chỉ dưới da) <input type="checkbox"/> 0,5mL (Từ 10 tuổi trở lên) (Dưới da hoặc dưới cơ)	<i>Nơi thực hiện</i>	Năm <input type="text"/> tháng <input type="text"/> ngày <input type="text"/>
<i>Tên nhà sản xuất</i>		<i>Tên bác sỹ</i>	
<i>Số lô</i>		<i>Ngày tiêm chủng</i>	
<i>Số số y bạ</i>			
<i>Chú ý: Kiểm tra xem còn hạn sử dụng hay không</i>			

Thông tin cá nhân mà quý vị ghi vào sẽ chỉ được sử dụng khi thăm khám sơ bộ trước khi tiêm vắc-xin