

**ỦY BAN NHÂN DÂN
HUYỆN VINH BẢO**

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

Số: /UBND-YT
V/v phối hợp triển khai tiêm vắc xin
Uốn ván - Bạch hầu giảm liều (Td)

Vinh Bảo, ngày tháng năm 2024

Kính gửi:

- Phòng Giáo dục và Đào tạo huyện;
- Trung tâm Y tế huyện;
- Các Trường Tiểu học, Trường Tiểu học - Trung học cơ sở trên địa bàn huyện.

Thực hiện Công văn số 4334/SYT-TTKSBT ngày 22/11/2024 của Sở Y tế Hải Phòng về việc phối hợp triển khai tiêm vắc xin Uốn ván - Bạch hầu giảm liều (Td), Ủy ban nhân dân huyện có ý kiến chỉ đạo như sau:

- Các Trường tiểu học/Trường Tiểu học - Trung học cơ sở**
 - Lập danh sách tất cả trẻ từ đủ 7 tuổi trở lên đang học lớp 2 tại trường (theo Phụ lục 1 gửi kèm) gửi về Trạm Y tế trên địa bàn.
 - Phối hợp chặt chẽ với Trạm Y tế xã, thị trấn rà soát, thu thập hồ sơ tiêm chủng, phối hợp truyền thông, vận động cha mẹ/người chăm sóc đăng ký cho trẻ tiêm vắc xin Td theo hướng dẫn của ngành Y tế (theo Phụ lục 2 gửi kèm).
 - Chuẩn bị cơ sở vật chất, nhân lực để phối hợp tổ chức các buổi tiêm chủng vắc xin Td tại trường đảm bảo an toàn, đúng quy định.
 - Phòng Giáo dục và Đào tạo huyện chỉ đạo và đôn đốc các Trường tiểu học/Trường Tiểu học - Trung học cơ sở triển khai thực hiện các nội dung nêu trên.**
 - Trung tâm Y tế huyện chỉ đạo các Trạm Y tế**
 - Chuẩn bị nhân lực, trang thiết bị và các điều kiện để tổ chức tiêm vắc xin Uốn ván - Bạch hầu giảm liều (Td) theo quy định.
 - Phối hợp với các Trường tiểu học/Trường Tiểu học - Trung học cơ sở trong việc tiếp nhận danh sách, rà soát, thu thập hồ sơ tiêm chủng, truyền thông, vận động cha mẹ/người chăm sóc đăng ký cho trẻ tiêm vắc xin Td theo hướng dẫn.
- Ủy ban nhân dân huyện yêu cầu Phòng Giáo dục và Đào tạo, Trung tâm Y tế huyện, các Trường tiểu học/Trường liên cấp Tiểu học - Trung học cơ sở nghiêm túc triển khai thực hiện./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- CT, các PCT UBND huyện;
- Lưu: VT, YT.

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

Lê Ngọc Lân

Phụ lục 1:
DANH SÁCH TRẺ HỌC LỚP 2 TIÊM VẮC XIN Td
TẠI TRƯỜNG HỌC

Tỉnh/TP:..... Quận/Huyện:..... Xã/phường:.....

Trường:..... Lớp(1): Năm học:

TT	Họ và tên	Ngày tháng năm sinh(2)	Họ tên bố (mẹ)	Địa chỉ nơi ở (thôn, xã)	Điện thoại	Ngày tiêm vắc xin Td(3)	Ghi chú(4)
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	
		//				//	

Người lập danh sách

....., ngày ...tháng ...năm 2024

BAN GIÁM HIỆU
 (Ký tên, đóng dấu)

HƯỚNG DẪN GHI DANH SÁCH TRẺ CẦN TIÊM VẮC XIN Td TẠI TRƯỜNG HỌC

1. Lập danh sách toàn bộ học sinh lớp 2, bao gồm cả trẻ trên 7 tuổi. Danh sách đối tượng được lập theo từng lớp.
2. Ngày, tháng năm sinh viết theo định dạng 2 ký tự ngày, 2 ký tự tháng, 2 ký tự năm. Ví dụ: ngày sinh 02/03/14.
3. Cột ngày tiêm vắc xin Td sẽ do cán bộ y tế điền ngay sau khi đối tượng được tiêm vắc xin.
4. Cột ghi chú:
 - Sẽ ghi **KHÔNG CẦN TIÊM** cho những trẻ không cần tiêm vắc xin Td trong đợt này, bao gồm:
 - + Trẻ dưới 7 tuổi
 - + Đã được tiêm đủ 5 mũi vắc xin có chứa thành phần uốn ván, bạch hầu trong quá khứ.
 - + Đã tiêm vắc xin có thành phần uốn ván, bạch hầu trong vòng 1 tháng trước ngày tiêm.
 - Trường hợp chống chỉ định, hoãn tiêm, vắng mặt, chuyển nơi ở, chuyển trường/lớp tại thời điểm tiêm vắc xin thì ghi lý do vào cột ghi chú.

Phụ lục 2: THÔNG TIN DÀNH CHO CÁC BẬC PHỤ HUYNH

BỘ Y TẾ
DỰ ÁN TIÊM CHỦNG MỞ RỘNG
(www.tiemchungmorong.vn)
THÔNG TIN DÀNH CHO CÁC BẬC PHỤ HUYNH

1. Cả hai bệnh Uốn ván và Bạch hầu đều có thể được phòng chống rất hiệu quả bằng việc tiêm chủng vắc xin phối hợp Uốn ván - Bạch hầu (Td).
2. Chiến dịch tiêm chủng vắc xin Uốn ván - Bạch hầu (Td) cho trẻ 7 tuổi sẽ được tổ chức tại các trạm y tế xã/phường, các trường Tiểu học và các điểm tiêm chủng lưu động tại các địa phương.
3. Để đảm bảo tiêm chủng an toàn, kính mong các bậc phụ huynh cung cấp thông tin, tình hình tiêm chủng và tình trạng sức khỏe của trẻ như sau:

Họ tên trẻ:..... Ngày sinh:.....
 Địa chỉ:..... SĐT phụ huynh:.....

- Trẻ có tiêm vắc xin Uốn ván - Bạch hầu (Td) hoặc VX bạch hầu -ho gà - uốn ván (DPT) trong vòng 1 tháng qua không? Có ☐ Không ☐

Nếu có, ngày tiêm:.....

- Trẻ có bị dị ứng/phản ứng mạnh sau tiêm với loại VX nào không? Có ☐ Không ☐
- Trẻ có đang ốm, sốt không? Có ☐ Không ☐
- Trẻ có bị dị tật bẩm sinh không? Có ☐ Không ☐
- Phụ huynh có đồng ý cho trẻ tiêm vắc xin Uốn ván - Bạch hầu (Td) trong chiến dịch này không? Có ☐ Không ☐

....., ngày..... tháng năm.....

Phụ huynh học sinh
 (Ký và ghi rõ họ tên)