

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

Hải Phòng, ngày tháng năm 2024

Kính gửi:

- Sở Giáo dục và Đào tạo;
- Ủy ban nhân dân các quận, huyện.

Ngày 13/6/2024, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 10/2024/TT-BYT về việc ban hành danh mục bệnh truyền nhiễm, đối tượng và phạm vi phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế bắt buộc trong chương trình Tiêm chủng mở rộng, theo đó đưa vắc xin Td tiêm liều nhắc lại cho trẻ em 7 tuổi vào tiêm chủng thường xuyên hàng năm nhằm giúp củng cố miễn dịch của trẻ để chủ động phòng bệnh bạch hầu và uốn ván.

Căn cứ Quyết định số 1596/QĐ-BYT ngày 10/6/2024 của Bộ Y tế ban hành Kế hoạch tiêm chủng mở rộng năm 2024;

Thực hiện Công văn số 940/DP-TC ngày 24/9/2024 của Cục Y tế dự phòng về việc triển khai tiêm vắc xin Uốn ván - Bạch hầu (Td) trong TCMR;

Để triển khai tiêm vắc xin Td trong Chương trình tiêm chủng mở rộng tại thành phố Hải Phòng đạt được các chỉ tiêu Bộ Y tế đề ra, Sở Y tế kính đề nghị Sở Giáo dục và Đào tạo, Ủy ban nhân dân các quận, huyện chỉ đạo các Trường tiểu học/Trường liên cấp Tiểu học - Trung học cơ sở thuộc thẩm quyền quản lý trên địa bàn triển khai một số nội dung sau:

1. 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.
2. Phối hợp chặt chẽ với Trạm Y tế xã, phường, 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).
3. 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.

Trân trọng cảm ơn.

Nơi nhận:

- Như trên;
- UBND TP (để báo cáo);
- GD SYT (để báo cáo);
- Phòng NVY-SYT;
- PYT, TTYT các QH;
- Lưu: VT, TTKSBT.

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

Phan Huy Thục

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⁾
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	
		/ /				/ /	

....., ngày tháng năm 2024

Người lập danh sách

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:
 - o Trẻ dưới 7 tuổi
 - o Đã được tiêm đủ 5 mũi vắc xin có chứa thành phần uốn ván, bạch hầu trong quá khứ
 - o 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)