

Số: /TM- TTYT

Ngũ Hành Sơn, ngày tháng 10 năm 2025

THƯ MỜI CHÀO GIÁ
Về việc cung cấp dịch vụ in ấn, văn phòng phẩm
tại Trung tâm Y tế khu vực Ngũ Hành Sơn

Kính gửi: Quý Công Ty

Hiện nay Trung tâm y tế kh vực Ngũ Hành Sơn đang có nhu cầu in giấy mời, in giấy xác nhận tiêm chủng, phiếu khám sàng lọc (theo phụ lục đính kèm) và văn phòng phẩm để phục vụ tiêm chủng vắc xin Uốn ván – Bạch hầu năm 2025. Vậy kính mời Quý công ty có năng lực cung cấp chào giá theo số lượng cụ thể như sau:

STT	TÊN HÀNG HÓA	ĐVT	SỐ LƯỢNG
1	In giấy mời	Tờ	1.090
2	In giấy xác nhận tiêm chủng	Tờ	1.090
3	In phiếu khám sàng lọc	Tờ	1.090
4	Giấy A4 Plus	Ram	8
5	Bì nhựa Clear	Cái	20
6	Kẹp bướm 32mm	Hộp	4
7	Bút bi xanh Thiên Long	Cây	32
8	Bút bi đỏ Thiên Long	Cây	8
9	Bút xóa	Cây	4
10	Kẹp hồ sơ 3 dây 5 phân	Cái	8

- Công ty tham gia chào giá phải ghi rõ họ tên, địa chỉ, ký tên khi nộp bảng chào giá. Trong bảng chào giá phải ghi rõ hiệu lực của chào giá.
- Bảng chào giá phải được bỏ phong bì, niêm phong kín miệng bao để bảo mật và tạo sự khách quan trong việc mời chào giá.
- Bảng chào giá phải ghi rõ nội dung ngoài phong bì để tiện theo dõi.
- Thời gian nộp chào giá từ ngày 08/10/2025 đến hết ngày 12/10/2025.

- Nơi nhận báo giá: Khoa Kiểm Soát Bệnh Tật – YTCC&DD - Trung tâm
Y tế khu vực Ngũ Hành Sơn hoặc mail ytdpnguahanhson@gmail.com

- Địa chỉ: 582 Lê Văn Hiến, thành phố Đà Nẵng. Điện thoại: 02363.969894

- Rất mong sự hồi đáp của Quý Công ty.

Xin chân thành cảm ơn./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Tổ CNTT (để đăng website);
- Lưu: VT, Khoa KSBT.

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Tiến Hưng

linhdtt1-08/10/2025 16:15:49-linhdtt1-linhdtt1

Phụ lục 1
MẪU GIẤY MỜI

TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC NGŨ HÀNH SƠN
TRẠM Y TẾ PHƯỜNG NGŨ HÀNH SƠN

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

Số TT trong danh sách:
Mã số trẻ trong Hệ thống:

GIẤY MỜI

Kính mời Ông/Bà:

Địa chỉ:

Đưa cháu:

Sinh ngày: tháng năm.....

Đến tiêm vắc xin Uốn ván-bạch hầu

Thời gian: giờ ngày tháng năm 20

Địa điểm:

Lưu ý: Mang theo giấy mời, sổ/phiếu tiêm chủng khi đưa trẻ đi tiêm chủng.

Trạm Y tế
(ký, đóng dấu)

Phụ lục 2
MẪU GIẤY XÁC NHẬN TIÊM CHỦNG

TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC NGŨ HÀNH SƠN
TRẠM Y TẾ PHƯỜNG NGŨ HÀNH SƠN

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

GIẤY XÁC NHẬN ĐÃ TIÊM VẮC XIN UỐN VÁN-BẠCH HẦU

Họ và tên:

Sinh ngày: tháng năm.....

Đã được tiêm vắc xin phòng bệnh Uốn ván-bạch hầu trong chương trình Tiêm chủng mở rộng

Thời gian:giờ..... ngày.....tháng.....năm 20.....

Trạm Y tế
(ký, đóng dấu)

linhdtt1-08/10/2025 16:15:49-linhdtt1-linhdtt1-linhdtt1

Phụ lục 3
MẪU PHIẾU KHÁM SÀNG LỌC

TTKSBT/TTYT/TYT/PK/NHS
.....

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

BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI ĐỐI TƯỢNG TỪ 1 THÁNG TUỔI TRỞ LÊN
TẠI CÁC CƠ SỞ TIÊM CHỦNG NGOÀI BỆNH VIỆN

Họ và tên trẻ: Nam ☐ Nữ ☐
Tuổi: sinh ngày tháng năm
Địa chỉ:
Họ tên bố/mẹ: Điện thoại:
Cân nặng: kg. Thân nhiệt: °C

I. Khám sàng lọc:

1. Phản vệ độ III trở lên sau lần tiêm chủng trước (vắc xin có cùng thành phần)	Không ☐	Có ☐
2. Phản vệ độ II sau lần tiêm chủng trước (vắc xin có cùng thành phần)	Không ☐	Có ☐
3. Đang mắc bệnh cấp tính hoặc bệnh mạn tính tiến triển*	Không ☐	Có ☐
4. Sốt/Hạ thân nhiệt (sốt: nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$)	Không ☐	Có ☐
5. Suy giảm miễn dịch chưa xác định mức độ hoặc mức độ nặng, có biểu hiện lâm sàng nghi nhiễm HIV	Không ☐	Có ☐
6. Đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid liều cao (tương đương prednison $>2\text{mg/kg/ngày}$), hóa trị, xạ trị, gammaglobulin**	Không ☐	Có ☐
7. Phản ứng tăng dần sau các lần tiêm chủng trước (vắc xin có cùng thành phần)		
8. Nghe tim bất thường	Không ☐	Có ☐
9. Nhịp thở, nghe phổi bất thường	Không ☐	Có ☐
10. Tri giác bất thường (li bì hoặc kích thích)	Không ☐	Có ☐
11. Cân nặng $< 2000\text{g}$	Không ☐	Có ☐
12. Các chống chỉ định khác, nếu có ghi rõ:	Không ☐	Có ☐

* Không hoãn tiêm vắc xin đối với trẻ có bệnh nhẹ (ho, sổ mũi, tiêu chảy mức độ nhẹ... và không sốt), bú tốt, ăn tốt

** Trừ kháng huyết thanh viêm gan B. Tiêu chuẩn này chỉ áp dụng với vắc xin sống giảm độc lực.

II. Kết luận:

- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay (Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường) ☐

Loại vắc xin tiêm chủng lần này:

- Chống chỉ định tiêm chủng (Khi **CÓ** điểm bất thường tại mục 1,12) ☐

- Tạm hoãn tiêm chủng (Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục từ 2 đến 11) ☐

Đề nghị khám sàng lọc tại bệnh viện: Không ☐ Có ☐

+ Lý do:

Hồi.....giờphút, gày.....tháng.....năm...

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)