

SỞ Y TẾ THANH HÓA  
TRUNG TÂM Y TẾ HOÀNG HOÁ

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

Số: /CV-TTYT  
V/v rà soát trẻ từ 1 đến 5 tuổi  
chưa tiêm đủ vắc xin có thành phần Sởi

Hoàng Hóa, ngày 09 tháng 9 năm 2024

Kính gửi: Trưởng trạm Y tế các xã, thị trấn.

Thực hiện công văn số 1375/KSBT-PCBTN ngày 09/9/2024 của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thanh Hoá về việc rà soát trẻ từ 1 đến 5 tuổi chưa tiêm đủ vắc xin có thành phần Sởi. Để tăng tỷ lệ miễn dịch cộng đồng và chủ động phòng, chống dịch Sởi cho nhóm đối tượng nguy cơ cao trên địa bàn huyện, Giám đốc Trung tâm y tế Hoàng Hoá đề nghị Trưởng trạm Y tế các xã, thị trấn thực hiện một số nội dung sau:

1. Điều tra, rà soát, lập danh sách trẻ sinh từ đủ 1 tuổi đến 5 tuổi (trẻ sinh từ ngày 09/9/2019 đến ngày 09/9/2023) tại địa phương chưa được tiêm đủ vắc xin cso thành phần Sởi

**Lưu ý rà soát, điều tra đối tượng:**

- Trẻ từ đủ 1 tuổi đến dưới 18 tháng tuổi: bao gồm những trẻ chưa từng được tiêm mũi Sởi đơn hoặc mũi vắc xin có thành phần Sởi (MMR, MMR2, Priorix).
- Trẻ từ 18 tháng tuổi đến 5 tuổi: bao gồm những trẻ chưa được tiêm đủ 2 mũi có thành phần Sởi (Mvvac, MMR, MMR2, Priorix).
- Danh sách điều tra bao gồm cả trẻ vắng lai tại địa phương.
- Phối hợp với trường học trên đại bàn để điều tra trẻ tại trường học. Kết hợp thực hiện kiểm tra, rà soát đối tượng trẻ trên Hệ thống phần mềm thông tin tiêm chủng quốc gia

2. Tổng hợp và báo cáo bằng văn bản (theo mẫu đính kèm) về Khoa KSBT và HIV/AIDS - Trung tâm Y tế Hoàng Hoá trước 16h00 ngày 11/9/2024 để tổng hợp, báo cáo theo quy định.

Nhận được Công văn này, đề nghị Trưởng trạm Y tế các xã, thị trấn nghiêm túc triển khai thực hiện./.

**Nơi nhận:**

- Như trên (t/h);
- Lưu: VT, KSBT.

**GIÁM ĐỐC**

**Phạm Công Hoa**

**Phụ lục:**

**Rà soát đối tượng trẻ chưa tiêm đủ vắc xin có thành phần Sởi**

TT	Đơn vị	Trẻ từ 1 tuổi đến dưới 18 tháng chưa được tiêm mũi vắc xin có thành phần Sởi	Trẻ từ 18 tháng tuổi đến 5 tuổi	
			Đã từng tiêm 1 mũi có thành phần Sởi	Chưa tiêm hoặc không rõ tiền sử tiêm chủng vắc xin có thành phần Sởi
1				
2				

**Người báo cáo**  
(ký, ghi rõ họ tên)

....., ngày.....tháng.....năm 2024  
**Trưởng trạm y tế**  
(ký, đóng dấu)