

Phụ lục 1

Đơn vị

DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG TIÊM VẮC XIN COVID- 19 mũi 1 (File Excel)

.....

Tỉnh:..... Huyện:

Xã:

TT	Họ và tên *	Ngày tháng năm sinh	Tuổi	Giới	Mã nhóm đối tượng ưu tiên**	Đơn vị công tác	Số điện thoại *	Số CMT/ CCCD*	Số thẻ bảo hiểm y tế *	Địa chỉ nơi ở hiện tại *				Ngày tiêm mũi 1	Ngày tiêm mũi 2	Bệnh nền, tiền sử dị ứng
										Số nhà/Tổ	Xã/phường/thị trấn	Huyện/ TX/TP	Tỉnh			

***BẮT BUỘC PHẢI ĐIỀN**

**** Mã nhóm đối tượng ưu tiên:**

- **Người làm việc trong các cơ sở khám, chữa bệnh:** 1. Cán bộ y tế tại các cơ sở y tế trực tiếp khám hoặc khám sàng lọc, điều trị, chăm sóc người bệnh có nguy cơ nhiễm/ nhiễm COVID-19 tại các Khoa Truyền nhiễm, Hồi sức cấp cứu, Khoa khám bệnh...; 2. Nhân viên lấy mẫu và xét nghiệm SARS-CoV-2, nhân viên vận chuyển bệnh nhân nghi ngờ COVID-19; 3. Cán bộ làm việc bộ phận hành chính, văn phòng; 4. Các đối tượng khác là người lao động làm việc trong cơ sở y tế.
- **Người làm việc tại các cơ sở y tế dự phòng:** 5. Cán bộ lấy mẫu, vận chuyển mẫu và xét nghiệm mẫu bệnh phẩm; 6. Cán bộ kiểm dịch y tế tại các cửa khẩu; cán bộ tham gia tại các chốt kiểm dịch; 7. Cán bộ làm việc bộ phận hành chính, văn phòng đơn vị y tế dự phòng.
- **Thành viên Ban chỉ đạo phòng, chống dịch COVID-19:** 8. Cấp tỉnh; 9. Cấp huyện; 10. Cấp xã
- **Tổ COVID-19 cộng đồng (14);**
- **Hải quan, cán bộ làm công tác xuất nhập cảnh (15);**
- **Người cung cấp dịch vụ thiết yếu:** 16. Người cung cấp dịch vụ hàng không; 17. Người cung cấp dịch vụ vận tải; 18. Người cung cấp dịch vụ du lịch; 19. Người cung cấp dịch vụ điện; 20. Người cung cấp dịch vụ nước. 21. Người cung cấp dịch vụ có tiếp xúc với nhiều người. 22. Người cung cấp dịch vụ liên quan đến nhiên liệu như gas, xăng dầu...

....., ngày tháng năm 2021

Người lập danh sách

Xác nhận của đơn vị

(Ký tên, đóng dấu)