

SỞ Y TẾ THANH HÓA
TTYT HUYỆN THIỆU HÓA

Số: /TTYT-CV
V/v đề xuất nhu cầu vắc xin tiêm
chủng mở rộng tháng 3, 4 năm 2024

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

Thiệu Hóa, ngày tháng năm

Kính gửi: Trạm Y tế xã, thị trấn.

Thực hiện Công văn số 119/VSDTTU-BTN ngày 29/01/2024 của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương về việc đăng ký nhu cầu vắc xin trong tiêm chủng thường xuyên tháng 3-4/2024 và công văn số 118/KSBT-PCBTN của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa ngày 30/01/2024 về việc đề xuất nhu cầu vắc xin tiêm chủng mở rộng tháng 3, 4 năm 2024.

Để có căn cứ đề xuất Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa phân bổ vắc xin tiêm chủng mở rộng tháng 3 - 4 năm 2024 cho huyện Thiệu Hóa. Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Thiệu hóa đề nghị Trạm Y tế các xã, thị trấn thực hiện một số nội dung cụ thể như sau:

1. Trạm y tế xã, thị trấn căn cứ trên số đối tượng tiêm chủng thường xuyên tháng 3 và tháng 4 năm 2024; số đối tượng tiêm chủng thuộc năm 2023 nhưng chưa được tiêm đủ mũi và cần tiêm bù mũi trong tháng 3 và tháng 4 để đề xuất nhu cầu vắc xin tiêm chủng mở rộng sử dụng trong tháng 3 và 4 năm 2024. Đảm bảo đủ vắc xin để tiêm chủng cho các đối tượng và sử dụng an toàn, hiệu quả, tránh lãng phí vắc xin.

2. Báo cáo theo mẫu đính kèm về khoa Kiểm soát bệnh tật và HIV/AIDS và bản mềm vào gmail: tiemchungthieuhoa@gmail.com trước 16h00 phút ngày 01/02/2024 để tổng hợp báo cáo Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa theo quy định. Trưởng Trạm Y tế xã, thị trấn chịu trách nhiệm về tiến độ và chất lượng số liệu báo cáo.

Nhận được công văn này, giám đốc Trung tâm Y tế Thiệu Hóa đề nghị các đơn vị và bộ phận liên quan khẩn trương tổ chức triển khai thực hiện./.

Nơi nhận:

- Như trên (thực hiện);
- CDC (báo cáo);
- Ban giám đốc (để biết);
- Lưu: VT, KSBT.

**KT.GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

Trịnh Thị Hương

Phụ lục: Đăng ký nhu cầu vắc xin tiêm chủng mở rộng sử dụng trong tháng 3-4/2024

(Kèm theo Công văn số /TTYT-CV ngày tháng 01 năm 2024 của Trung tâm Y tế huyện Thiệu Hóa)

Tháng	Vắc xin (liều)								
	BCG (liều)	OPV (liều)	IPV (liều)	Sởi (liều)	Sởi Rubella (liều)	Uốn ván (liều)	VGB (liều)	VNNB B (ml)	DPT (18-24 tháng, liều)
T 3									
T 4									
Tổng									

....., ngày.....tháng.....năm 2024

Người báo cáo

(ký, ghi rõ họ tên)

Trưởng Trạm Y tế

(ký, đóng dấu)