

SỞ Y TẾ THANH HÓA
TTYT THIỆU HÓA

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

Số: /TTYT-CV
V/v đề xuất nhu cầu vắc xin
TCMR tháng 7-9 năm 2024

Thiệu Hóa, ngày tháng 5 năm 2024

KHẨN

Kính gửi: Trạm Y tế các xã, thị trấn

Thực hiện Công văn số 605/KSBT-PCBTN ngày 17/5/2024 của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa về việc đăng ký nhu cầu vắc xin trong tiêm chủng thường xuyên tháng 7 - 9/2024.

Để có căn cứ đề xuất Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương phân bổ vắc xin tiêm chủng mở rộng sử dụng trong tháng 7 đến tháng 9 năm 2024 cho các đơn vị trên địa bàn tỉnh Thanh Hóa. 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, phường, thị trấn căn cứ trên số đối tượng tiêm chủng thường xuyên tháng 7 - 9 năm 2024; số đối tượng cần tiêm bù, tiêm vét để đề xuất nhu cầu vắc xin tiêm chủng mở rộng sử dụng trong tháng 7 - 9 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 dịch bệnh và HIV/AIDS và báo cáo nhanh về gmail tiemchungthieuhoa@gmail.com (theo mẫu đính kèm) trước 11h 00 phút ngày 19/5/2024 để tổng hợp báo cáo Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa theo quy định. Trưởng Trạm Y tế các xã, thị trấn chịu trách nhiệm về tiến độ và chất lượng báo cáo. Quá thời hạn nêu trên đơn vị nào không báo cáo được hiểu là không có nhu cầu.

Nhận được công văn này đề nghị Trưởng Trạm Y tế các xã, thị trấn chỉ đạo các bộ phận liên quan tổ chức thực hiện./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- CDC (báo cáo);
- Ban giám đốc (để biết);
- Lưu: VT, KSBT&HIV/AIDS.

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 7-9/2024
(Kèm theo Công văn số /TTYT-CV ngày tháng 5 năm 2024 của Trung tâm Y tế 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)	DPT-VGB-Hib (liều)
T 7										
T 8										
T 9										
Tổng										

Người làm báo cáo

Ngày.....tháng năm 2024

Trưởng Trạm Y tế
(Ký tên, đóng dấu)