

**Dành cho tiêm chủng
tự nguyện (người lớn)
任意接種用(成人)**

**Phiếu câu hỏi sàng lọc trước khi tiêm chủng dự
phòng Vắc-xin liên hợp phế cầu khuẩn 21
chủng
(CAPVAXIVE®)
21 価肺炎球菌結合型ワクチン
(キャップボックス®)
予防接種 予診票**



Nhà sản xuất và phân phối [Nơi yêu cầu thông tin]
Công ty TNHH MSD
Kitanomaru Square, 1-13-12 Kudankita, Chiyoda-ku, Tokyo, 102-8667
<https://www.msd.co.jp/>
製造販売元[資料請求先]
MSD 株式会社
〒102-8667 東京都千代田区九段北 1-13-12 北の丸スクエア
<https://www.msd.co.jp/>

**Trung tâm hỗ trợ khách hàng MSD
MSD カスタマーサポートセンター**

Dành cho nhân viên y tế (Các sản phẩm của MSD nói chung) 0120-024-961
(Chuyên dành cho vắc-xin) 0120-024-797
Thời gian tiếp nhận: 9:00 ~ 17:30 (Ngoại trừ thứ Bảy, Chủ Nhật, ngày lễ, các ngày nghỉ của công ty)
(MSD 製品全般) 0120-024-961
(ワクチン専用) 0120-024-797
受付時間: 9:00 ~ 17:30 (土日祝日・当社休日を除く)

Dành cho người tiêm vắc-xin liên hợp phế cầu khuẩn 21 chủng (CAPVAXIVE®)

21 価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)を接種される方へ

Khi tiến hành tiêm chủng vắc-xin liên hợp phế cầu khuẩn 21 chủng (CAPVAXIVE®), chúng tôi cần nắm rõ tình trạng sức khỏe của người được tiêm. Vì vậy, hãy đảm bảo đọc kỹ thông tin về vắc-xin liên hợp phế cầu khuẩn 21 chủng (CAPVAXIVE®) dưới đây. Ngoài ra, hãy điền thông tin càng chi tiết càng tốt vào Phiếu câu hỏi sàng lọc trước khi tiêm chủng được đính kèm. Nếu gặp khó khăn trong việc tự điền thông tin, hãy nhờ người khác điền thay. Xin lưu ý rằng nếu chúng tôi không thể xác nhận mong muốn tiêm chủng của người được tiêm, việc tiêm vắc-xin sẽ không được thực hiện.

21 価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)の接種を実施するにあたって、接種を受ける方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、以下の 21 価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)に関する情報を必ずお読みください。また、別紙の予診票には出来るだけ詳しくご記入ください。ご自身での記入が難しい場合は、代理の方がご記入ください。なお、接種を受ける方の接種希望確認ができない場合は接種できませんのでご了承ください。

● Hiệu quả và phản ứng phụ của vắc-xin ワクチンの効果と副反応

Vắc-xin liên hợp phế cầu khuẩn 21 chủng (CAPVAXIVE®) là vắc-xin được tiêm cho người lớn từ 50 tuổi trở lên hoặc người lớn được xem là có nguy cơ cao mắc các bệnh do nhiễm phế cầu khuẩn. Bằng cách tiêm chủng 21 loại kháng nguyên huyết thanh phế cầu khuẩn có trong vắc-xin này, kháng thể chống lại 22 loại phế cầu khuẩn sẽ được hình thành và được kỳ vọng sẽ ngăn ngừa các bệnh truyền nhiễm do các loại phế cầu khuẩn này gây ra.

Các phản ứng phụ điển hình được quan sát thấy trong thử nghiệm lâm sàng là phản ứng cục bộ tại vị trí tiêm (đau, đỏ, sưng), đau đầu, đau cơ, mệt mỏi, sốt. Mặc dù rất hiếm gặp, nhưng phản ứng dị ứng nghiêm trọng, bao gồm sốc, sốc phản vệ có thể sẽ xảy ra.

Nếu nhận thấy có bất cứ điều gì bất thường, hãy báo ngay cho bác sĩ.

21 価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)は 50 歳以上の成人又は肺炎球菌による疾患に罹患するリスクが高いと考えられる成人に接種するワクチンです。このワクチンに含まれる 21 種類の肺炎球菌血清型抗原の接種により、22 種類の肺炎球菌に対する抗体ができ、これらの種類の肺炎球菌による感染症の予防が期待できます。臨床試験でみられた主な副反応は、注射部位の局所反応(痛み、赤み、腫れ)、頭痛、筋肉痛、疲労、発熱でした。非常にまれですがショック、アナフィラキシーを含む重いアレルギー反応があらわれることがあります。何か異常が認められた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。

● Những người không thể tiêm chủng dự phòng 予防接種を受けることができない人

1. Người có biểu hiện rõ là dị ứng nặng (sốc phản vệ, v.v...) với bất kỳ thành phần nào của vắc-xin này hoặc độc tố bạch hầu
2. Người có biểu hiện sốt rõ ràng (thường là từ 37,5°C trở lên)
3. Người được xác định rõ có biểu hiện mắc bệnh cấp tính nghiêm trọng
4. Người được bác sĩ đánh giá là không phù hợp để tiêm chủng dự phòng, ngoài những người được liệt kê bên trên
1. このワクチンの成分又はジフテリアトキソイドに対する重度のアレルギー(アナフィラキシー等)を呈したことがあることが明らかな方
2. 明らかな発熱(通常 37.5°C 以上)を呈している方
3. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方

4. 上記に掲げる方のほか、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方

● Người cần tham khảo ý kiến của bác sĩ trước khi tiêm chủng dự phòng
予防接種を受ける際に、医師の相談が必要な人

1. Người đã từng được chẩn đoán mắc hội chứng suy giảm miễn dịch và người có người thân mắc hội chứng suy giảm miễn dịch bẩm sinh
2. Người có bệnh nền như bệnh về tim mạch, bệnh về thận, bệnh về gan, bệnh về máu, và rối loạn phát triển, v.v...
3. Người từng bị sốt trong 2 ngày sau khi tiêm chủng dự phòng và người từng biểu hiện các triệu chứng nghi ngờ dị ứng như phát ban toàn thân, v.v... sau các loại tiêm chủng dự phòng
4. Người có tiền sử co giật
5. Người có nguy cơ bị dị ứng với các thành phần trong vắc-xin này, bao gồm cả độc tố bạch hầu
6. Người mắc chứng giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu, người đang điều trị chống đông máu
7. Phụ nữ mang thai hoặc phụ nữ có thể đang mang thai, hoặc phụ nữ đang cho con bú
1. 過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
2. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患のある方
3. 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある方
4. 過去にけいれんの既往のある方
5. ジフテリアトキソイドを含む本ワクチンの成分に対してアレルギーを呈するおそれのある方
6. 血小板減少症、凝固障害のある方、抗凝固療法を施行している方
7. 妊婦又は妊娠している可能性のある方、または授乳中の方

● Tiêm chủng đồng thời với vắc-xin khác
他のワクチンとの同時接種

Có thể tiêm chủng đồng thời với các loại vắc-xin khác nếu bác sĩ cho là cần thiết.

医師が必要と認めた場合には、他の異なる種類のワクチンと同時に接種することができます。

● Các lưu ý sau khi tiêm vắc-xin

ワクチン接種後の注意

1. Có thể xảy ra tình trạng sốc hoặc sốc phản vệ, vì vậy trong vòng 30 phút sau khi tiêm chủng, hãy ở lại cơ sở y tế để đảm bảo có thể liên hệ ngay với bác sĩ.
2. Tránh vận động mạnh trong ngày tiêm chủng. Ngoài ra, hãy giữ cho vị trí tiêm được sạch sẽ. Có thể tắm bình thường vào ngày tiêm chủng. Tuy nhiên, không được chà xát vị trí tiêm.
3. Sau khi tiêm chủng, hãy chú ý đến tình trạng sức khỏe của bản thân, nếu nhận thấy có bất kỳ thay đổi nào về tình trạng cơ thể như sốt cao, co giật, v.v..., hoặc bất kỳ phản ứng bất thường cục bộ nào khác (sưng rõ rệt tại vị trí tiêm, v.v...), hãy ngay lập tức đi bác sĩ để được khám.

1. 接種後 30 分間はショックやアナフィラキシーがおこることがありますので、医療機関にいるなどして、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
2. 接種当日は激しい運動を避けてください。また、接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差支えありません。ただし接種した部位をこすらないでください。
3. 接種後は自らの健康管理に注意し、高熱やけいれんなど体調の変化や、その他局所の異常反応(接種部位の腫れが目立つなど)に気づいた場合は、ただちに医師の診療を受けてください。

Ngày dự định tiêm chủng 接種予定日	Ngày tháng (thứ) 月 日 () です	Tên cơ sở y tế 医療機関名
	Hãy đến quầy tiếp nhận vào khoảng giờ phút ngày hôm đó. 当日は受付に 時 分頃おこし 下さい。	

[Tham khảo]

Trong trường hợp việc tiêm chủng vắc-xin phế cầu khuẩn gây tổn hại đến sức khỏe, người tiêm chủng có thể nhận được chi phí điều trị, v.v... thông qua “Chế độ hỗ trợ thiệt hại do tác dụng phụ của dược phẩm”.

Để biết thêm chi tiết, hãy xem trên trang web, v.v... của Cơ quan Dược phẩm và Thiết bị y tế Nhật Bản.

[Chế độ hỗ trợ thiệt hại do tác dụng phụ của dược phẩm]

Đây là chế độ cung cấp các khoản chi phí y tế, trợ cấp y tế, trợ cấp khuyết tật, v.v... nhằm hỗ trợ cho những người bị thiệt hại về sức khỏe như bị bệnh hoặc khuyết tật, v.v... ở mức độ cần phải nhập viện điều trị do tác dụng phụ của dược phẩm, mặc dù đã sử dụng một cách hợp lý. Trong trường hợp đó, cần phải có giấy chẩn đoán của bác sĩ hoặc giấy chứng nhận điều trị bằng thuốc, v.v... Để yêu cầu trợ cấp hỗ trợ, trước tiên hãy liên hệ với Cơ quan Tổng hợp Dược phẩm và Thiết bị Y tế Nhật Bản.

Dưới đây là địa chỉ liên hệ.

Quầy tư vấn về Chế độ hỗ trợ thiệt hại do tác dụng phụ của dược phẩm - Cơ quan Tổng hợp Dược phẩm và Thiết bị Y tế Nhật Bản

Số điện thoại: 0120-149-931 (miễn phí)

[参考]

肺炎球菌ワクチンの接種により健康被害が発生した場合には、「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が受けられる場合があります。

詳しくは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

[医薬品副作用被害救済制度]

医薬品を適正使用したにもかかわらず、副作用により入院治療が必要な程度の疾病や障害等の健康被害を受けた方の救済を図るため、医療費、医療手当、障害年金などの給付を行う制度です。その際に、医師の診断書や投薬証明書などが必要となります。救済給付の請求については、まずは医薬品医療機器総合機構にご相談ください。

問い合わせ先は下記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 医薬品副作用被害救済制度相談窓口

電話:0120-149-931(フリーダイヤル)

URL:https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html

Phiếu câu hỏi sàng lọc trước khi tiêm chủng dự phòng Vắc-xin liên hợp phế cầu khuẩn 21 chủng (CAPVAXIVE®)

21 価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)予防接種 予診票

Dành cho người muốn được tiêm chủng: Hãy điền đầy đủ thông tin và khoanh tròn vào những vị trí trong khung in đậm.
接種を希望される方へ:太枠内の箇所にもれなくご記入ください。

Thân nhiệt trước khi khám
診察前の体温

độ
度
分

Địa chỉ
住所

Số điện thoại
電話番号

Họ tên người được tiêm chủng dự phòng
(フリガナ)
予防接種を受ける人の氏名

Nam - Nữ
男・女

Họ tên người đại diện
(gia đình, v.v...)
代理人(家族など)の氏名

Ngày tháng năm sinh
生年月日

Sinh ngày
年

tháng
月

năm
日生

(Tròn
(満

tuổi)
歳)

Câu hỏi 質問事項	Ô trả lời 回答欄		Phần do bác sĩ điền 医師記入欄
Bạn đã đọc giấy hướng dẫn ("Dành cho người tiêm chủng vắc-xin liên hợp phế cầu khuẩn 21 chủng (CAPVAXIVE®)") và nắm rõ thông tin về việc tiêm chủng dự phòng hôm nay chưa? 今日受ける予防接種について、説明文(『21 価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)を接種される方へ』)を読み、理解しましたか?	Có はい	Không いいえ	
Bạn có tiêm chủng dự phòng trong vòng 1 tháng qua không? (Loại tiêm chủng dự phòng: 1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか?(予防接種の種類:	Có はい	Không いいえ	
Bạn có từng tiêm vắc-xin phế cầu khuẩn trước đây không? 過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか? ○ Tên vắc-xin và thời điểm tiêm (Tên vắc-xin: ○ ワクチンの名前・時期(ワクチン名:	Có はい	Không いいえ	
Hôm nay bạn có cảm thấy cơ thể khó chịu không? 今日、体の具合の悪いところがありますか? ○ Hãy viết triệu chứng cụ thể (○ 具体的な症状を書いてください(	Có はい	Không いいえ	
Hiện tại bạn có đang mắc bệnh gì không? 現在、何か病気にかかっていますか? ○ Tên bệnh (○ 病名(	Có はい	Không いいえ	
Bạn có đang được điều trị (dùng thuốc, v.v...) cho căn bệnh này không? その病気で治療(投薬など)を受けていますか? ○ Tên thuốc, loại thuốc (○ 薬の名前・種類(	Có はい	Không いいえ	
Bạn có từng được bác sĩ khám vì bệnh liên quan đến tim, mạch máu, máu, thận, gan, thần kinh sọ, hoặc suy giảm miễn dịch, v.v... không? 心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか? ○ Tên bệnh (○ 病名(	Có はい	Không いいえ	
Bạn có bị sốt hoặc bệnh trong vòng 1 tháng gần đây không? 最近 1 ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか? ○ Tên bệnh (○ 病名(	Có はい	Không いいえ	
Bạn có từng bị phát ban, nổi mề đay trên da hoặc cảm thấy không khỏe do thuốc hoặc thực phẩm không? 薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか?	Có はい	Không いいえ	
Bạn có từng bị co giật không? ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか?	Có はい	Không いいえ	

Từ trước đến nay bạn có từng cảm thấy không khỏe sau khi tiêm chủng dự phòng không? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか? ○ Tên loại tiêm chủng dự phòng () ○ 予防接種の名称()	Có はい	Không いいえ	
Bạn có câu hỏi nào về việc tiêm chủng dự phòng hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか?	Có はい	Không いいえ	

Phần do bác sĩ điền 医師記入欄
Dựa trên kết quả hỏi khám và sàng lọc bên trên, tôi quyết định (có thể thực hiện - nên hoãn) việc tiêm chủng dự phòng trong hôm nay. Tôi đã giải thích cho người sẽ tiêm chủng (hoặc người đại diện như gia đình, v.v...) về hiệu quả, phản ứng phụ của việc tiêm chủng dự phòng và những hỗ trợ theo Luật về Cơ quan Tổng hợp Dược phẩm và Thiết bị Y tế Nhật Bản. Chữ ký hoặc tên và con dấu của bác sĩ () 以上の問診及び予診の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせたほうがよい)と判断します。 本人(またはその家族などの代理人)に対し、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。 医師署名または記名押印()

Phần dành cho người sẽ tiêm chủng (hoặc người đại diện như gia đình, v.v...) điền 本人(またはその家族などの代理人)記入欄
Sau khi được bác sĩ thăm khám và giải thích, tôi đã hiểu rõ về hiệu quả và phản ứng phụ của việc tiêm chủng dự phòng, cũng như những hỗ trợ theo Luật về Cơ quan Tổng hợp Dược phẩm và Thiết bị Y tế Nhật Bản. Bạn có đồng ý với những nội dung trên, cũng như mong muốn được tiêm chủng không? (Có - Không) Chữ ký của người sẽ tiêm chủng (hoặc người đại diện như gia đình, v.v...) [(Trường hợp có người viết thay: Mối quan hệ:)] 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について理解しました。 以上の内容に同意し、接種を希望しますか。(はい ・ いいえ) 本人(またはその家族などの代理人)の署名[(代筆者の場合:続柄)]

Tên vắc-xin sử dụng 使用ワクチン名	Đường tiêm chủng 接種経路	Nơi thực hiện/Tên bác sĩ/Ngày tiêm chủng 実施場所・医師名・接種年月日
Tên : CAPVAXIVE® Vắc-xin tiêm bắp Tên nhà sản xuất : Công ty TNHH MSD Mã sản xuất : 名称 : キャップボックス®筋注シリンジ メーカー名 : MSD 株式会社 製造番号 :	Tiêm bắp (Liều lượng tiêm: 0,5 mL) 筋肉内注射 (接種量:0.5 mL)	Tên cơ sở y tế : Tên bác sĩ : Ngày tiêm chủng :Ngày tháng năm 医療機関名 : 医師名 : 接種年月日 : 年 月 日

Mục đích của phiếu câu hỏi sàng lọc trước khi tiêm chủng này là để đảm bảo an toàn cho việc tiêm chủng dự phòng. Thông tin cá nhân mà bạn đã cung cấp sẽ chỉ được sử dụng cho mục đích khám sàng lọc trước khi tiêm chủng dự phòng.

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。記入いただきました個人情報は、予防接種に関する予診のみに使用します。