

Phụ lục I
QUY TRÌNH VÀ CÁC BIỂU MẪU THÔNG KÊ, BÁO CÁO
(Kèm theo Kế hoạch số /KH-UBND ngày tháng năm 2026
của Ủy ban nhân dân tỉnh Quảng Ngãi)

TT	Tài liệu	Số, ký hiệu
1	Phụ lục 1: Thông tin về các vắc xin trong tiêm chủng mở rộng cần rà soát lịch sử tiêm chủng	
2	Phụ lục 2: Quy trình kiểm tra tiền sử và tiêm chủng bù liều vắc xin cho trẻ nhập học cơ sở giáo dục mầm non, tiểu học	
3	Phụ lục 3: Các tài liệu, biểu mẫu	
3.1	Biểu mẫu 01: Danh sách thông tin trẻ nhập học	BM01-TCTH
3.2	Biểu mẫu 02: Danh sách trẻ được kiểm tra tiền sử tiêm chủng	BM02-TCTH
3.3	Biểu mẫu 03: Danh sách trẻ đăng ký tiêm chủng bù liều vắc xin	BM03-TCTH
3.4	Biểu mẫu 04.1: Danh sách trẻ đã được tiêm chủng bù liều trong TCMR	BM04.1-TCTH
	Biểu mẫu 04.2: Danh sách trẻ đã được tiêm chủng bù liều trong TCDV	BM04.2-TCTH
3.5	Biểu mẫu 05.1: Báo cáo kết quả kiểm tra tiền sử tiêm chủng cho trẻ nhập học CSGD mầm non, tiểu học <i>(dành cho Trạm y tế)</i>	BM05.1-TCTH
	Biểu mẫu 05.2: Báo cáo kết quả kiểm tra tiền sử tiêm chủng cho trẻ nhập học CSGD mầm non, tiểu học <i>(dành cho Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh/TP)</i>	BM05.2-TCTH
3.6	Biểu mẫu 06: Báo cáo kết quả tiêm chủng bù liều theo cấp học	BM06-TCTH
3.7	Biểu mẫu 07: Báo cáo kết quả triển khai tiêm chủng bù liều sử dụng vắc xin trong TCMR	BM07-TCTH
3.8	Biểu mẫu 08: Báo cáo kết quả triển khai tiêm chủng bù liều sử dụng vắc xin trong TCDV	BM08-TCTH
4	Phụ lục 4: Lịch tiêm chủng trong chương trình TCMR	
5	Phụ lục 5: Danh mục các vắc xin trong TCMR và TCDV	

**Phụ lục 1: Thông tin về các vắc xin trong tiêm chủng mở rộng
cần rà soát lịch sử tiêm chủng**

Loại vắc xin	Đường dùng	Số lần tiêm/uống	Ghi chú
1. Vắc xin BCG phòng bệnh lao	Tiêm trong da	01	
2. Vắc xin phòng bệnh viêm gan B*	Tiêm bắp	03	Khoảng cách giữa các liều tối thiểu 1 tháng
3. Vắc xin phòng bệnh bạch hầu, ho gà, uốn ván (DPT)*	Tiêm bắp	04	Khoảng cách giữa các liều tối thiểu 1 tháng
4. Vắc xin phòng bệnh bại liệt*			
- Sinh từ năm 2022	Tiêm/uống	05	Trong đó có ít nhất 02 lần tiêm vắc xin chứa thành phần IPV
- Sinh trước năm 2022	Tiêm/uống	04	Trong đó có ít nhất 01 lần tiêm vắc xin chứa thành phần IPV
5. Vắc xin phòng bệnh sởi **	Tiêm bắp	02	Khoảng cách giữa các liều tối thiểu 1 tháng
6. Vắc xin phòng bệnh rubella**	Tiêm bắp	01	
7. Vắc xin phòng bệnh viêm não Nhật Bản***	Tiêm dưới da	03	Khoảng cách 1 tuần giữa mũi 1 và 2 Khoảng cách 1 năm giữa mũi 1 và 3

Một số trường hợp trẻ tiêm sớm hoặc muộn hơn so với lịch tiêm chủng trong TCMR nhưng mũi tiêm được coi là đủ điều kiện:

- Trẻ tiêm chậm hơn lịch tiêm các vắc xin trong Chương trình TCMR. Trường hợp này không cần tiêm lại các mũi trước đó.

- Tuổi của trẻ khi tiêm nhỏ hơn so với lịch tiêm trong Chương trình TCMR nhưng tuân thủ hướng dẫn của nhà sản xuất.

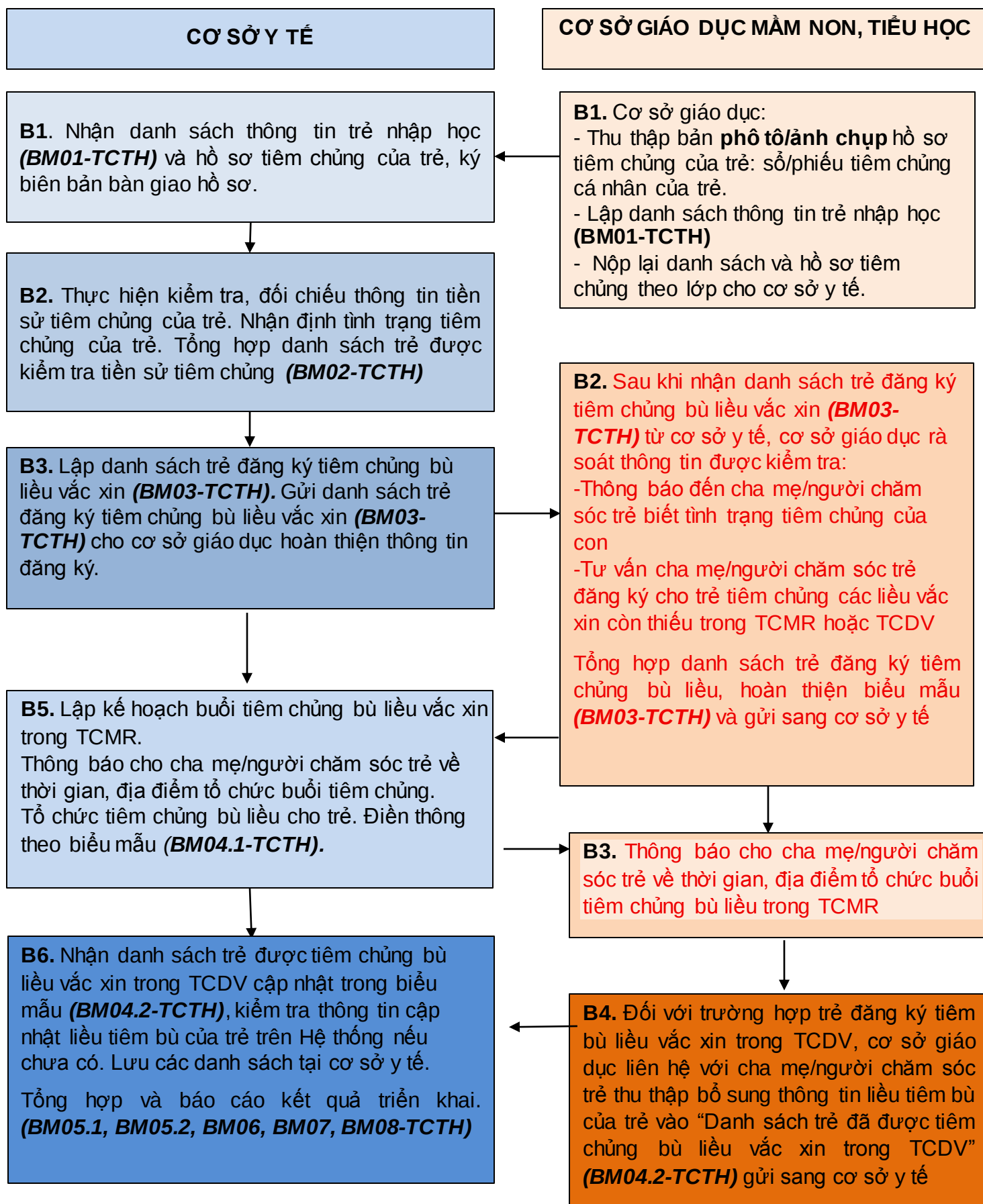
- Trẻ sử dụng vắc xin ngoài TCMR có chứa thành phần tương đương:

**: Sử dụng vắc xin trong Chương trình TCMR (DPT, DPT-viêm gan B-Hib hoặc sử dụng vắc xin dịch vụ chứa thành phần tương tự (vắc xin DPT-IPV, DPT-IPV-Hib, DPT-IPV-viêm gan B-Hib)*

*** Sử dụng vắc xin trong Chương trình TCMR (DPT, DPT-viêm gan B-Hib hoặc sử dụng vắc xin dịch vụ chứa thành phần sởi, rubella (vắc xin MR, MMR)*

**** Sử dụng vắc xin viêm não Nhật Bản dịch vụ với lịch tiêm 2 liều*

Phụ lục 2: Sơ đồ phối hợp kiểm tra tiền sử và tiêm chủng bù liệu vắc xin cho trẻ nhập học cơ sở giáo dục mầm non, tiểu học



Phụ lục 3: Các biểu mẫu triển khai

BM01-TCTH

Biểu mẫu 01: Danh sách thông tin trẻ nhập học (dành cho cơ sở giáo dục)

Cơ sở giáo dục...

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

DANH SÁCH THÔNG TIN TRẺ NHẬP HỌC

Năm học:.....

Tỉnh/TP: Xã/Phường/Đặc khu.....

TT	Họ và tên trẻ	Ngày tháng năm sinh	Giới tính	Lớp	Mã số tiêm chủng cá nhân*	Mã số định danh cá nhân	Họ và tên mẹ/ Người CS trẻ	Số điện thoại	Nơi ở hiện tại	Hồ sơ tiêm chủng (Có/Không)	Nếu Có, điền (X) vào hồ sơ cha mẹ/người chăm sóc trẻ nộ		
											Số tiêm chủng	Phiếu tiêm chủng	Khác

(*) Bổ sung sau khi thu thập được thông tin

Người lập danh sách

....., Ngày ... tháng ... năm
Lãnh đạo đơn vị

Biểu mẫu 02: Danh sách trẻ được kiểm tra tiền sử tiêm chủng (dành cho Trạm Y tế)

BM02-TCTH

Trung tâm Y tế...
Trạm Y tế...

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

DANH SÁCH TRẺ ĐƯỢC KIỂM TRA TIỀN SỬ TIÊM CHỦNG

Trường:..... Năm học:.....

TT	Họ và tên trẻ	Ngày tháng năm sinh	Giới tính	Lớp	Mã số tiêm chủng cá nhân	Mã số định danh cá nhân	Số liệu vắc xin đã được tiêm chủng theo kháng nguyên										Nhận định (đánh dấu ✓)			Ghi chú
							Lao	Viêm gan B	DPT	Hib	Bại liệt		Sởi	Rub ella	Viêm não Nhật bản		Đã tiêm đủ liều vắc xin theo lịch TCMR*	Chưa tiêm đủ liều vắc xin bất kỳ**	Cần tiêm bù liều ít nhất 1 trong 5 loại vx (OPV, IPV, sởi, MR, VNNB)	
											OPV	IPV			Loại vắc xin	Số liều đã tiêm				

(*) Tiêm chủng đủ liều vắc xin: BCG 1 liều, VGB 3 liều, DPT 4 liều, OPV 3 liều, IPV 2 liều, Sởi 2 liều, Rubella 1 liều, VNNB (Jevax 3 liều, IMOJEV 2 liều, JEEV: 2 liều)

(**) Chưa tiêm đủ liều ít nhất một loại vắc xin bất kỳ so với lịch tiêm chủng

Người lập danh sách

....., ngày ... tháng ... năm

Lãnh đạo đơn vị
(ký, đóng dấu)

Biểu mẫu 03: Danh sách trẻ đăng ký tiêm chủng bù liều vắc xin (dành cho Trạm y tế, cơ sở giáo dục)

BM03-TCTH

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

DANH SÁCH TRẺ ĐĂNG KÝ TIÊM CHỦNG BÙ LIỀU VẮC XIN
Trường:..... Năm học:.....

TT	Họ và tên trẻ	Ngày tháng năm sinh	Giới tính	Lớp	Mã số tiêm chủng cá nhân	Mã số định danh cá nhân	Số liệu vắc xin cần tiêm bù theo loại vắc xin					Đăng ký tiêm chủng bù liều* (ghi rõ ký hiệu vào ô tương ứng)					Ghi chú
												TCMR: Đăng ký tiêm chủng vắc xin trong TCMR TCDV: Dự kiến tiêm bù liều tại cơ sở TCDV					
							Bại liệt		Sởi	Sởi- Rubella	Viêm não Nhật Bản	Bại liệt		Sởi	Sởi- Rubella	Viêm não Nhật Bản	
							OPV	IPV				OPV	IPV				
							2	1				TCMR	TCDV	TCDV			
	Tổng số liệu đăng ký tiêm trong TCMR						2	0	0	0	0						
	Tổng số liệu đăng ký tiêm trong TCDV																
	Tổng số liệu đăng ký						2	0	0	0	0						

(*) Điền “Không” đối với trường hợp GVCN đã tư vấn nhiều lần nhưng cha mẹ/người chăm sóc trẻ không đăng ký tiêm chủng, ghi rõ lí do vào cột ghi chú.

Người lập danh sách

.....ngày ... tháng ... năm
Lãnh đạo đơn vị
(ký, đóng dấu)

Biểu mẫu 04.1: Danh sách trẻ đã được tiêm chủng bù liệu trong TCMR (dành cho Trạm Y tế)

BM04.1-TCTH

Đơn vị...

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

DANH SÁCH TRẺ ĐÃ ĐƯỢC TIÊM CHỦNG BÙ LIỆU VẮC XIN TRONG TCMR
 Trường:..... Năm học:.....

TT	Họ và tên trẻ	Ngày tháng năm sinh	Giới tính	Lớp	Mã số tiêm chủng cá nhân	Mã số định danh cá nhân	Vắc xin đã được tiêm chủng bù liệu									
							Bại liệt					Sởi	Sởi-Rubella	VNNB 1	VNNB 2	VNNB 3
							OPV1	OPV2	OPV3	IPV1	IPV2					
							23/6/2025									
Tổng số liều tiêm trong TCMR							1	0	0	0	0	0	0	0		

.....,ngày ... tháng ... năm

Người lập danh sách

Cơ sở y tế
(ký, đóng dấu)

Biểu mẫu 04.2: Danh sách trẻ đã được tiêm chủng bù liều trong TCDV (dành cho cơ sở y tế, cơ sở giáo dục)

BM04.2-TCTH

Đơn vị...

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

DANH SÁCH TRẺ ĐÃ ĐƯỢC TIÊM CHỦNG BÙ LIỀU VẮC XIN TRONG TIÊM CHỦNG DỊCH VỤ

Trường:..... Năm học:.....

TT	Họ và tên trẻ	Ngày tháng năm sinh	Giới tính	Lớp	Mã số tiêm chủng cá nhân	Mã số định danh cá nhân	Vắc xin đã được tiêm chủng bù liều									
							Bại liệt					Sởi	Sởi-Rubella	VNNB1	VNNB2	VNNB3
							OPV1	OPV2	OPV3	IPV1	IPV2					
										23/7/2025						
Tổng số liều tiêm trong TCDV							1			1		0	0	0		

.....,ngày ... tháng ... năm

Người lập danh sách

Cơ sở y tế
(ký, đóng dấu)

Biểu mẫu 05.1: Báo cáo kết quả kiểm tra tiền sử tiêm chủng cho trẻ nhập học CSGD mầm non, tiểu học
(dành cho trạm y tế)

Đơn vị:.....

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

BÁO CÁO KẾT QUẢ KIỂM TRA TIỀN SỬ TIÊM CHỦNG CHO TRẺ NHẬP HỌC TẠI CSGD MẦM NON, TIỂU HỌC

Xã..... Tỉnh:.....

Thời gian triển khai: Tháng Từ ngày/...../20... đến ngày/...../20...

TT	Đơn vị	Số trẻ nhập học trong năm		Số đối tượng đã rà soát tiền sử tiêm chủng		Đã tiêm đủ liều vắc xin theo lịch TCMR*		Chưa tiêm đủ liều vắc xin bất kỳ**		Cần tiêm bù liều ít nhất 1 trong 5 loại vx (OPV, IPV, sởi, MR, VNNB)	
		Mầm non	Tiểu học	Mầm non	Tiểu học	Mầm non	Tiểu học	Mầm non	Tiểu học	Mầm non	Tiểu học
1	Trường A										
2	Trường B										
3											
4											
5											
6											
7											
	Cộng										
	Cộng dồn										

Người báo cáo

....., ngày tháng.....năm
Lãnh đạo đơn vị

Biểu mẫu 05.2: Báo cáo kết quả kiểm tra tiền sử tiêm chủng cho trẻ nhập học CSGD mầm non, tiểu học
(dành cho Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh/TP)

Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh...

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

BÁO CÁO KẾT QUẢ KIỂM TRA TIỀN SỬ TIÊM CHỦNG CHO TRẺ NHẬP HỌC TẠI CSGD MẦM NON, TIỂU HỌC

Tỉnh:.....

Thời gian triển khai: Tháng Từ ngày/...../20... đến ngày/...../20...

TT	Đơn vị (xã/phường)	Số CSGD trên địa bàn		Số CSGD đã thực hiện rà soát		Số trẻ nhập học trong năm		Số đối tượng đã rà soát tiền sử tiêm chủng		Đã tiêm đủ liều vắc xin theo lịch TCMR*		Chưa tiêm đủ liều vắc xin bất kỳ**		Cần tiêm bù liều ít nhất 1 trong 5 loại vx (OPV, IPV, sởi, MR, VNNB)	
		Mầm non	Tiểu học	Mầm non	Tiểu học	Mầm non	Tiểu học	Mầm non	Tiểu học	Mầm non	Tiểu học	Mầm non	Tiểu học	Mầm non	Tiểu học
1	Xã A														
2	Xã B														
3															
4															
5															
6															
7															
	Cộng														
	Cộng dồn														

Người báo cáo

....., ngày tháng.....năm

Lãnh đạo đơn vị

Biểu mẫu 06: Báo cáo kết quả tiêm chủng bù liều theo cấp học (dành cho Cơ sở y tế các tuyến)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Đơn vị...

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

BM06-TCTH

BÁO CÁO TỔNG HỢP KẾT QUẢ TIÊM CHỦNG BÙ LIỀU THEO CẤP HỌC

Thời gian triển khai: Tháng Từ ngày/...../20... đến ngày/...../20...

TT	Tên Đơn vị *	Số trẻ cần tiêm bù liều			Số trẻ được tiêm bù liều trong TCMR			Tỷ lệ trẻ được tiêm bù liều trong TCMR			Số trẻ được tiêm bù liều trong TCMR &TCDV			Tỷ lệ trẻ được tiêm bù liều trong TCMR &TCDV		
		Mầm non	Tiểu học	Tổng	Mầm non	Tiểu học	Tổng	Mầm non	Tiểu học	Tổng	Mầm non	Tiểu học	Tổng	Mầm non	Tiểu học	Tổng
1																
2																
3																
4																
5																
	Cộng															
	Cộng dồn															

(*) Đối với tuyến tỉnh: báo cáo theo từng xã. Đối với tuyến xã: báo cáo theo từng trường học.

Người báo cáo

....., ngày tháng.....năm

Lãnh đạo đơn vị

Biểu mẫu 07: Báo cáo kết quả triển khai tiêm bù liều một số vắc xin trong TCMR (dành cho Cơ sở y tế các tuyến)

BM07-TCTH

Đơn vị...

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

BÁO CÁO KẾT QUẢ TRIỂN KHAI TIÊM CHỦNG BÙ LIỀU SỬ DỤNG VẮC XIN TRONG TCMR

Thời gian triển khai: Tháng Từ ngày/...../20... đến ngày/...../20...

T T	Đơn vị*	Kết quả tiêm chủng																				Phản ứng sau tiêm chủng	
		Bại liệt										Sởi		Sởi-Rubella		Viêm não Nhật Bản							
		OPV1		OPV 2		OPV 3		IPV 1		IPV2						Mũi 1		Mũi 2		Mũi 3			
		Số đối tượng **	Số uốn g	Số đối tượng **	Số uống	Số đối tượng **	Số uống	Số đối tượng **	Số tiêm	Số đối tượng* *	Số tiêm	Số đối tượng **	Số tiêm	Số đối tượng **	Số tiêm	Số đối tượng **	Số tiêm	Số đối tượng **	Số tiêm	Số đối tượng* *	Số tiêm	Nhẹ	Nghiêm trọng
1	...																						
2	...																						
	Cộng																						
	Cộng dồn																						

(*) Đối với tuyến tỉnh: báo cáo theo từng xã. Đối với tuyến xã: báo cáo theo từng trường học.

(**) Số đối tượng: là số trẻ cần thực hiện tiêm chủng bù liều cho từng loại vắc xin theo đăng ký

Người báo cáo

....., ngày tháng.....năm

Lãnh đạo đơn vị

Biểu mẫu 08: Báo cáo kết quả triển khai tiêm bù liều một số vắc xin trong TCDV (dành cho Cơ sở y tế các tuyến)

BM08-TCTH

Đơn vị...

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

BÁO CÁO KẾT QUẢ TRIỂN KHAI TIÊM CHỦNG BÙ LIỀU SỬ DỤNG VẮC XIN TRONG TCDV

Thời gian triển khai: Tháng Từ ngày/...../20... đến ngày/...../20...

T T	Đơn vị*	Kết quả tiêm chủng																				Phản ứng sau tiêm chủng	
		Bại liệt										Sởi		Sởi-Rubella		Viêm não Nhật Bản							
		OPV1		OPV 2		OPV 3		IPV 1		IPV2						Mũi 1		Mũi 2		Mũi 3			
		Số đối tượng **	Số uốn g	Số đối tượng **	Số uống	Số đối tượng **	Số uống	Số đối tượng **	Số tiêm	Số đối tượng **	Số tiêm	Số đối tượng **	Số tiêm	Số đối tượng **	Số tiêm	Số đối tượng **	Số tiêm	Số đối tượng **	Số tiêm	Số đối tượng* *	Số tiêm	Nhẹ	Nghiêm trọng
1	...																						
2	...																						
	Cộng																						
	Cộng dồn																						

(*) Đối với tuyến tỉnh: báo cáo theo từng xã. Đối với tuyến xã: báo cáo theo từng trường học.

(**):Số đối tượng: là số trẻ cần thực hiện tiêm chủng bù liều cho từng loại vắc xin theo đăng ký

Người báo cáo

....., ngày tháng.....năm

Lãnh đạo đơn vị

Phụ lục 4: Lịch tiêm chủng trong Chương trình TCMR
(theo Thông tư số 10/2024/TT-BYT ngày 13/06/2024 của Bộ Y tế)

TT	Các bệnh truyền nhiễm	Vắc xin, đối tượng, lịch tiêm chủng trong Chương trình tiêm chủng mở rộng		
		Vắc xin	Đối tượng	Lịch tiêm/uống
1	Bệnh viêm gan vi rút B	Vắc xin viêm gan B đơn giá	Trẻ sơ sinh	Liều sơ sinh: tiêm trong vòng 24 giờ sau khi sinh
		Vắc xin phối hợp có chứa thành phần viêm gan B	Trẻ em	Tiêm lần 1: khi trẻ đủ 02 tháng tuổi Tiêm lần 2: ít nhất 01 tháng(*) sau lần 1 Tiêm lần 3: ít nhất 01 tháng sau lần 2
2	Bệnh lao	Vắc xin lao	Trẻ em	Tiêm một lần cho trẻ trong vòng 01 tháng sau khi sinh
3	Bệnh bạch hầu	Vắc xin phối hợp có chứa thành phần bạch hầu	Trẻ em	Tiêm lần 1: khi trẻ đủ 02 tháng tuổi Tiêm lần 2: ít nhất 01 tháng sau lần 1 Tiêm lần 3: ít nhất 01 tháng sau lần 2
			Trẻ em	Tiêm nhắc lại khi trẻ đủ 18 tháng tuổi
		Vắc xin phối hợp có chứa thành phần bạch hầu giảm liều	Trẻ em	Tiêm nhắc lại khi trẻ đủ 7 tuổi
4	Bệnh ho gà	Vắc xin phối hợp có chứa thành phần ho gà	Trẻ em	Tiêm lần 1: khi trẻ đủ 02 tháng tuổi Tiêm lần 2: ít nhất 01 tháng sau lần 1 Tiêm lần 3: ít nhất 01 tháng sau lần 2
			Trẻ em	Tiêm nhắc lại khi trẻ đủ 18 tháng tuổi
5	Bệnh uốn ván	Vắc xin phối hợp có chứa thành phần uốn ván	Trẻ em	Tiêm lần 1: khi trẻ đủ 02 tháng tuổi Tiêm lần 2: ít nhất 01 tháng sau lần 1 Tiêm lần 3: ít nhất 01 tháng sau lần 2
			Trẻ em	Tiêm nhắc lại khi trẻ đủ 18 tháng tuổi
		Vắc xin phối hợp có chứa thành phần uốn ván	Trẻ em	Tiêm nhắc lại khi trẻ đủ 7 tuổi
6	Bệnh bại liệt	Vắc xin bại liệt uống	Trẻ em	Uống lần 1: khi trẻ đủ 02 tháng tuổi Uống lần 2: ít nhất 01 tháng sau lần 1 Uống lần 3: ít nhất 01 tháng sau lần 2
		Vắc xin bại liệt tiêm	Trẻ em	Tiêm lần 1: khi trẻ đủ 5 tháng tuổi Tiêm lần 2: khi trẻ đủ 9 tháng tuổi
7	Bệnh do Haemophilus influenzae týp b	Vắc xin Haemophilus influenzae týp b đơn giá hoặc vắc xin phối hợp có chứa thành phần Haemophilus influenzae týp b	Trẻ em	Tiêm lần 1: khi trẻ đủ 02 tháng tuổi Tiêm lần 2: ít nhất 01 tháng sau lần 1 Tiêm lần 3: ít nhất 01 tháng sau lần 2

TT	Các bệnh truyền nhiễm	Vắc xin, đối tượng, lịch tiêm chủng trong Chương trình tiêm chủng mở rộng		
		Vắc xin	Đối tượng	Lịch tiêm/uống
8	Bệnh sởi	Vắc xin có chứa thành phần sởi	Trẻ em	Tiêm khi trẻ đủ 9 tháng tuổi
		Vắc xin phối hợp có chứa thành phần sởi	Trẻ em	Tiêm khi trẻ đủ 18 tháng tuổi
9	Bệnh viêm não Nhật Bản B	Vắc xin viêm não Nhật Bản B	Trẻ em	Tiêm lần 1: khi trẻ đủ 01 tuổi Tiêm lần 2: 1 - 2 tuần sau lần 1 Tiêm lần 3: 1 năm sau lần 1
10	Bệnh rubella	Vắc xin phối hợp có chứa thành phần rubella	Trẻ em	Tiêm khi trẻ đủ 18 tháng tuổi
11	Bệnh tiêu chảy do vi rút Rota	Vắc xin Rota	Trẻ em	Uống lần 1: khi trẻ đủ 02 tháng tuổi Uống lần 2: ít nhất 01 tháng sau lần 1

Phụ lục 5: Danh mục các vắc xin trong TCMR và TCDV

TT	Kháng nguyên	Vắc xin TCMR	Vắc xin TCDV
1	Lao	BCG	
2	Viêm gan B	SII	EngerixB
		Quinvaxem	Euvax
		CombeFive	Heberbiovac HB 1ml
			HB Vax Pro
			Hepavax gene TF 1ml
			HepB-CpG
			Twinrix
			Infanrix Hexa
			Hexaxim
3	Rota	Rotavin	Rotarix
		Rotarix	RotaTeq
			Rotavin-M1
			Rotavax
4	Bạch Hầu	SII	Infanrix Hexa
		Quinvaxem	Hexaxim
		CombeFive	Pentaxim
		DPT	Tetraxim
		Td	Adacel
			Tdap
			Boostrix
5	Ho gà	SII	Infanrix Hexa
		Quinvaxem	Hexaxim
		CombeFive	Pentaxim
		DPT	Tetraxim
			Adacel
			Boostrix
6	Uốn ván	SII	Infanrix Hexa
		Quinvaxem	Hexaxim
		CombeFive	Pentaxim
		DPT	Tetraxim
		VAT	Tetavax
		Td	Tdap
			Adacel
			Boostrix
7	Hib	SII	Infanrix Hexa
		Quinvaxem	Hexaxim
		CombeFive	Pentaxim
			Hiberix (Act-Hib)
			Quimi-Hib

TT	Kháng nguyên	Vắc xin TCMR	Vắc xin TCDV
8	Bại liệt	bOPV	Infanrix Hexa
		IPV	Hexaxim
			Pentaxim
			Imovax Polio
9	Sởi	Sởi	MMRII
		MR	Priorix
			Trimovax
			Trivivax
10	Rubella	MR	MMRII
			Priorix
			Trimovax
			Trivivax
11	Viêm não Nhật Bản	Jevax	Jev-GCC
			Rs.JEV
			Imojev
			JEEV
