

Số: 59 /KH-SYT

Bắc Giang, ngày 09 tháng 5 năm 2018

## **KẾ HOẠCH**

### **Tẩy giun cho trẻ từ 24-60 tháng tuổi tỉnh Bắc Giang đợt 1 năm 2018**

Thực hiện Công văn số 282/VSR-KST ngày 12/3/2018 của Viện Sốt rét-Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương về việc triển khai tẩy giun cho trẻ từ 24-60 tháng tuổi đợt 1 năm 2018. Sở Y tế Bắc Giang xây dựng Kế hoạch triển khai tại tỉnh, cụ thể như sau:

#### **I. MỤC ĐÍCH, YÊU CẦU**

##### **1. Mục đích**

- Nâng cao nhận thức của nhân dân trong việc phòng, chống nhiễm giun vì sức khoẻ cộng đồng.

- Chủ động phòng, chống nhiễm giun cho trẻ em, góp phần nâng cao sức khỏe, thể lực, cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho trẻ từ 24-60 tháng tuổi trên địa bàn toàn tỉnh.

##### **2. Yêu cầu**

- Các đơn vị xây dựng kế hoạch cụ thể; tổ chức thực hiện nhanh, gọn, hiệu quả, an toàn.

- Phối hợp chặt chẽ, hiệu quả giữa ngành Y tế với ngành Giáo dục và Đào tạo trong quá trình tổ chức thực hiện.

#### **II. NỘI DUNG THỰC HIỆN**

##### **1. Đối tượng tẩy giun:**

Toàn bộ trẻ em từ 24-60 tháng tuổi trên địa bàn toàn tỉnh (có chỉ định dùng thuốc) đều được uống thuốc tẩy giun.

##### **2. Thời gian triển khai**

###### **2.1. Thời gian lĩnh thuốc tẩy giun:**

- Trung tâm Kiểm soát bệnh tật chủ động liên hệ lĩnh thuốc tẩy giun tại Viện Dinh dưỡng Trung ương về kho của Trung tâm trước ngày 15/5/2018.

- Trung tâm Y tế huyện, thành phố lĩnh thuốc tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật từ ngày 25/5/2018 đến ngày 30/5/2018.

###### **2.2. Thời gian triển khai tẩy giun:**

Từ ngày 05/6/2018 đến ngày 06/6/2018.

\* Lưu ý: Không uống thuốc tẩy giun cùng lúc với uống vitamin A, tổ chức uống thuốc tẩy giun sau khi đã triển khai “chiến dịch” bổ sung Viatmin A.

### **3. Tổ chức đăng ký đối tượng tẩy giun**

Cha mẹ của các đối tượng tham gia tẩy giun trong đợt này phải cung cấp đầy đủ các thông tin và đăng ký tẩy giun theo phiếu xin ý kiến mà Trạm y tế, nhà trường đã phát cho phụ huynh (theo mẫu 1).

### **4. Hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật**

Trung tâm Y tế huyện tổ chức hướng dẫn cho các Trạm y tế xã về chuyên môn kỹ thuật tẩy giun, nội dung này xong trước khi triển khai uống thuốc tẩy giun trên địa bàn.

### **5. Công tác tuyên truyền**

Đẩy mạnh tuyên truyền về tác hại của nhiễm giun sán, biện pháp phòng, chống...; thông tin về đối tượng, thời gian, địa điểm tổ chức uống thuốc tẩy giun trên địa bàn.

### **6. Tổ chức điểm uống thuốc tẩy giun**

- Điểm uống: Tại Trạm y tế.

Điểm uống phải được bố trí theo nguyên tắc một chiều và tối thiểu phải có 03 bàn sau:

+ Bàn 1: Đón tiếp ghi danh sách đối tượng.

+ Bàn 2: Khám phân loại chỉ định uống thuốc (do cán bộ y tế thực hiện).

+ Bàn 3: Cho uống thuốc dặn dò, tư vấn đối tượng (do cán bộ y tế thực hiện).

- Tại điểm uống thuốc: Phải dự trữ đủ thuốc tẩy giun, có đủ nước sôi để nguội cho trẻ uống thuốc và cơ số thuốc cấp cứu, chống sốc và phương tiện để sẵn sàng xử trí, cấp cứu kịp thời các trường hợp phản ứng sau uống thuốc...

*(Lưu ý: Cán bộ y tế trực tiếp cho trẻ uống thuốc tại Trạm Y tế xã; không được cấp thuốc tẩy giun cho trẻ uống tại nhà)*

### **7. Kiểm tra, giám sát**

Trung tâm Kiểm soát bệnh tật, Trung tâm Y tế huyện/TP thực hiện tốt việc kiểm tra, giám sát trước, trong và sau uống thuốc tẩy giun.

### **8. Kinh phí**

Các đơn vị tuyến huyện, tuyến xã xây dựng kế hoạch, báo cáo chính quyền địa phương xin hỗ trợ kinh phí để tổ chức thực hiện.

### **9. Thống kê báo cáo**

- Trạm y tế xã, phường, thị trấn tổng hợp báo cáo về Trung tâm Y tế huyện, thành phố bằng điện thoại ngay sau khi kết thúc chiến dịch tẩy giun và gửi báo cáo bằng đường công văn sau 01 ngày.

- Trung tâm Y tế huyện, thành phố tổng hợp báo cáo nhanh về Trung tâm Kiểm soát bệnh tật bằng điện thoại sau khi kết thúc chiến dịch tẩy giun 01 ngày,

gửi báo cáo qua Email và đường công văn sau 03 ngày (số điện thoại 0166513422; Email: [khoasotretkst.cdc.@gmail.com](mailto:khoasotretkst.cdc.@gmail.com)).

- Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tổng hợp báo cáo về Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng TW và Sở Y tế trước ngày 20/6/2018.

(Các đơn vị báo cáo theo mẫu 2, 3, 4)

### **III. TỔ CHỨC THỰC HIỆN**

#### **1. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật**

- Chịu trách nhiệm chủ trì trong việc triển khai thực hiện kế hoạch này trên địa bàn toàn tỉnh.

- Tổ chức nhận thuốc từ Trung ương và xây dựng kế hoạch phân bổ, cấp thuốc tẩy giun cho các đơn vị.

- Hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật, quản lý, sử dụng thuốc tẩy giun theo quy định.

- Chủ trì, phối hợp với Trung tâm Y tế các huyện, thành phố và các đơn vị có liên quan thực hiện tốt việc kiểm tra giám sát trước, trong và sau uống thuốc tẩy giun.

- Chủ động phối hợp với Trung tâm Y tế huyện, thành phố và các đơn vị có liên quan tăng cường tuyên truyền đến người dân về tác hại của nhiễm giun và các biện pháp phòng, chống nhiễm giun...; thông tin về đối tượng, thời gian, địa điểm tổ chức uống thuốc tẩy giun trên địa bàn...

- Tổng hợp báo cáo kết quả về Viện Sốt rét - KST - CT TW và Sở Y tế.

#### **2. Trung tâm Y tế huyện, thành phố**

- Xây dựng kế hoạch tẩy giun cho trẻ từ 24-60 tháng tuổi trên địa bàn, báo cáo cấp có thẩm quyền và gửi kế hoạch về Trung tâm Kiểm soát bệnh tật trước khi triển khai chiến dịch.

- Phối hợp với Phòng Y tế tham mưu cho UBND huyện, thành phố chỉ đạo công tác tẩy giun cho trẻ từ 24-60 tháng tuổi trên địa bàn an toàn, hiệu quả, hỗ trợ kinh phí cho công tác tẩy giun.

- Tăng cường công tác tuyên truyền các biện pháp phòng, chống nhiễm giun trên địa bàn.

- Tổ chức hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật, việc quản lý, sử dụng thuốc tẩy giun cho cán bộ y tế xã, phường, thị trấn theo quy định.

- Phối hợp tốt với Phòng Giáo dục và Đào tạo trên địa bàn trong quá trình tổ chức thực hiện kế hoạch tẩy giun.

- Cử cán bộ lĩnh thuốc tẩy giun tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật. Tổ chức cấp thuốc tẩy giun cho các xã, phường, thị trấn trên địa bàn trước ngày tẩy giun diễn ra 03 ngày.

- Thường xuyên chỉ đạo, kiểm tra, giám sát, hướng dẫn và hỗ trợ các Trạm y tế trên địa bàn trong quá trình tổ chức thực hiện.

- Tổng hợp báo cáo kết quả tẩy giun theo quy định.

### 3. Phòng Y tế các huyện, thành phố

Chủ trì phối hợp với Trung tâm Y tế và các đơn vị có liên quan trên địa bàn tham mưu cho UBND huyện, thành phố chỉ đạo công tác tẩy giun cho trẻ từ 24-60 tháng tuổi trên địa bàn đạt hiệu quả, an toàn; hỗ trợ kinh phí cho công tác tẩy giun trên địa bàn.

### 4. Trạm y tế

- Tham mưu cho UBND xã, phường, thị trấn chỉ đạo công tác tẩy giun cho trẻ từ 24-60 tháng tuổi trên địa bàn đạt hiệu quả, an toàn; hỗ trợ kinh phí thực hiện.

- Làm tốt công tác chuẩn bị trước khi tẩy giun như phát phiếu xin ý kiến của cha mẹ các cháu, thông báo ngày tẩy giun, những điều cha mẹ cần quan tâm (*không để trẻ nhịn ăn trong ngày uống thuốc, theo dõi trẻ sau khi uống thuốc*); tổ chức thực hiện và tuyên truyền về các biện pháp phòng, chống nhiễm giun.

- Đảm bảo đủ thuốc tẩy giun, đủ nước sôi để nguội cho các cháu uống thuốc, chuẩn bị sẵn sàng cơ số thuốc cấp cứu, chông sóc và phương tiện để sẵn sàng xử trí, cấp cứu kịp thời các trường hợp phản ứng sau uống thuốc tẩy giun...

- Tổ chức uống thuốc tẩy giun đúng đối tượng, đúng chỉ định, đúng liều, đảm bảo an toàn, hiệu quả; bảo quản và sử dụng thuốc theo đúng quy định, tránh lãng phí.

- Tổng hợp báo cáo đầy đủ, kịp thời đúng quy định.

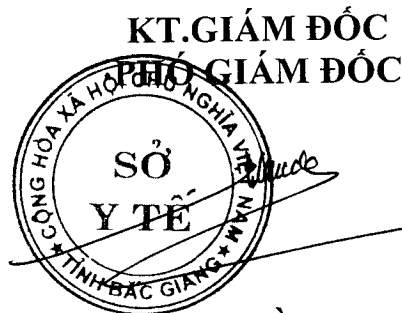
Trên đây là Kế hoạch tẩy giun cho trẻ từ 24-60 tháng tuổi tỉnh Bắc Giang đợt 1 năm 2018 của Sở Y tế, yêu cầu các đơn vị triển khai thực hiện và báo cáo kết quả theo quy định. /s

#### Nơi nhận:

- Viện SR-KST-CTTW;
- Lưu: VT, NVY.

#### Bản điện tử:

- Sở Giáo dục và Đào tạo (P/hợp);
- UBND các huyện, thành phố (P/hợp);
- Trung tâm Kiểm soát bệnh tật (T/hiện);
- Trung tâm Y tế các huyện, thành phố (T/hiện);
- Phòng Y tế các huyện, thành phố (T/hiện).



Hàn Thị Hồng Thúy

Mẫu 1

**PHIẾU XIN Ý KIẾN CỦA CHA MẸ HỌC SINH**

Đề nghị cha mẹ học sinh cung cấp đầy đủ các thông tin dưới đây:

Họ tên cha mẹ:.....  
Họ và tên trẻ em:.....  
Sinh ngày ..... tháng ..... năm.....  
Xã ..... Huyện..... Bắc Giang

1. Cháu có bị bệnh mạn tính (Gan, tim, thận...) không?  
có  không
2. Hiện nay cháu có bị 1 trong các bệnh cấp tính ( Sốt, viêm họng, ỉa chảy...) không?.  
có  không
3. Trước đây cháu có bị dị ứng với thuốc (Ví dụ: thuốc kháng sinh, thuốc giun hoặc các oại thuốc khác) không?.....  
có  không
4. Đợt uống thuốc tẩy giun gần nhất của cháu vào tháng, năm nào.....
5. Gia đình có đồng ý cho cháu uống thuốc tẩy giun không?  
có  không

Ngày..... tháng....năm 201...  
Cha/ Mẹ ký tên

Mẫu 1

**PHIẾU XIN Ý KIẾN CỦA CHA MẸ HỌC SINH**

Đề nghị cha mẹ học sinh cung cấp đầy đủ các thông tin dưới đây:

Họ tên cha mẹ:.....  
Họ và tên trẻ em:.....  
Sinh ngày ..... tháng ..... năm.....  
Xã ..... Huyện..... Bắc Giang

1. Cháu có bị bệnh mạn tính (Gan, tim, thận...) không?  
có  không
2. Hiện nay cháu có bị 1 trong các bệnh cấp tính ( Sốt, viêm họng, ỉa chảy...) không?.  
có  không
3. Trước đây cháu có bị dị ứng với thuốc (Ví dụ: thuốc kháng sinh, thuốc giun hoặc các loại thuốc khác) không?.....  
có  không
4. Đợt uống thuốc tẩy giun gần nhất của cháu vào tháng, năm nào.....
5. Gia đình có đồng ý cho cháu uống thuốc tẩy giun không?  
có  không

Ngày..... tháng....năm 201...  
Cha/ Mẹ ký tên

Mẫu 1

**PHIẾU XIN Ý KIẾN CỦA CHA MẸ HỌC SINH**

Đề nghị cha mẹ học sinh cung cấp đầy đủ các thông tin dưới đây:

Họ tên cha mẹ:.....  
Họ và tên trẻ em:.....  
Sinh ngày ..... tháng ..... năm.....  
Xã ..... Huyện..... Bắc Giang

1. Cháu có bị bệnh mạn tính (Gan, tim, thận...) không?  
có  không
2. Hiện nay cháu có bị 1 trong các bệnh cấp tính ( Sốt, viêm họng, ỉa chảy...) không?.  
có  không
3. Trước đây cháu có bị dị ứng với thuốc (Ví dụ: thuốc kháng sinh, thuốc giun hoặc các oại thuốc khác) không?.....  
có  không
4. Đợt uống thuốc tẩy giun gần nhất của cháu vào tháng, năm nào.....
5. Gia đình có đồng ý cho cháu uống thuốc tẩy giun không?  
có  không

Ngày..... tháng....năm 201...  
Cha/ Mẹ ký tên

Mẫu 1

**PHIẾU XIN Ý KIẾN CỦA CHA MẸ HỌC SINH**

Đề nghị cha mẹ học sinh cung cấp đầy đủ các thông tin dưới đây:

Họ tên cha mẹ:.....  
Họ và tên trẻ em:.....  
Sinh ngày ..... tháng ..... năm.....  
Xã ..... Huyện..... Bắc Giang

1. Cháu có bị bệnh mạn tính (Gan, tim, thận...) không?  
có  không
2. Hiện nay cháu có bị 1 trong các bệnh cấp tính ( Sốt, viêm họng, ỉa chảy...) không?.  
có  không
3. Trước đây cháu có bị dị ứng với thuốc (Ví dụ: thuốc kháng sinh, thuốc giun hoặc các loại thuốc khác) không?.....  
có  không
4. Đợt uống thuốc tẩy giun gần nhất của cháu vào tháng, năm nào.....
5. Gia đình có đồng ý cho cháu uống thuốc tẩy giun không?  
có  không

Ngày..... tháng....năm 201...  
Cha/ Mẹ ký tên

## Hoạt động uống thuốc tẩy giun và uống Vitamin A cho trẻ từ 24-60 tháng

### BÁO CÁO SỐ THUỐC TẨY GIUN VÀ TÁC DỤNG PHỤ KHÔNG MONG MUỐN

**Thời gian:** từ ngày.....tháng.....năm 201... đến ngày.....tháng.....năm 201....

**Đơn vị:**.....

TT	Xã	Dân số	Tổng số trẻ 24-60 tháng		Số trẻ được uống thuốc trong đợt		Số trẻ 24-60 tháng tuổi uống thuốc bổ sung trong đợt		Thông kê các tác dụng phụ không mong muốn của thuốc					
									Số trẻ có tác dụng phụ	Số trẻ đau bụng	Số trẻ đau đầu	Số trẻ buồn nôn	Số trẻ nôn	Các biểu hiện khác (xin ghi rõ)
1			Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ						
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
<b>Cộng</b>														

Tỷ lệ trẻ 24-60 tháng tuổi uống thuốc trong đợt và bổ sung: %

Tỷ lệ % tác dụng không mong muốn: %

Số thuốc đã nhận: viên

Số thuốc đã dùng: viên

Tổng số thuốc còn: viên

....., ngày.....tháng.....năm.....

**GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM**

## Hoạt động uống thuốc tẩy giun và uống Vitamin A cho trẻ từ 24-60 tháng

### BÁO CÁO SỐ THUỐC TẨY GIUN VÀ TÁC DỤNG PHỤ KHÔNG MONG MUỐN

**Thời gian:** từ ngày.....tháng.....năm 201... đến ngày.....tháng.....năm 201....

**Đơn vị:**.....

TT	Xã	Dân số	Tổng số trẻ 24-60 tháng		Số trẻ được uống thuốc trong đợt		Số trẻ 24-60 tháng tuổi uống thuốc bổ sung trong đợt		Thông kê các tác dụng phụ không mong muốn của thuốc					
									Số trẻ có tác dụng phụ	Số trẻ đau bụng	Số trẻ đau đầu	Số trẻ buồn nôn	Số trẻ nôn	Các biểu hiện khác (xin ghi rõ)
1			Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ						
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
<b>Cộng</b>														

Tỷ lệ trẻ 24-60 tháng tuổi uống thuốc trong đợt và bổ sung: %

Tỷ lệ % tác dụng không mong muốn: %

Số thuốc đã nhận: viên

Số thuốc đã dùng: viên

Tổng số thuốc còn: viên

....., ngày....tháng.....năm.....

**GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM**

**BÁO CÁO QUYẾT TOÁN THUỐC TẮY GIUN BẰNG TIỀN  
 DỰ ÁN HỢP TÁC VỚI TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI (WHO) NĂM .....  
 PHẦN TẮY GIUN CHO TRẺ 24-60 THÁNG TUỔI**

**Tỉnh:.....**

TT	Tên hàng	Đơn vị	Tồn đầu kỳ		Nhận trong kỳ		Sử dụng trong kỳ		Tồn cuối kỳ		Ghi chú
			Số lượng	Tiền (đồng)	Số lượng	Tiền (đồng)	Số lượng	Tiền (đồng)	Số lượng	Tiền (đồng)	
	Cộng phát sinh										
	Lũy kế từ đầu kỳ										
	Lũy kế từ khởi đầu										

....., ngày.....tháng.....năm.....

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**

**PHỤ TRÁCH KẾ TOÁN**

**NGƯỜI LẬP BẢNG**



**CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG SUY DINH DƯỠNG**  
**Hoạt động tẩy giun và uống thuốc Vitamin A cho trẻ từ 24-60 tháng tuổi**  
**BÁO CÁO KẾT QUẢ TẢY GIUN NĂM 201.....**

**Đơn vị:** .....

**Thời gian :** .....

TT	THÔNG TIN CHUNG	GIỚI TÍNH		KẾT QUẢ	GHI CHÚ
		Nam	Nữ		
1	Dân số				
2	Tổng số trẻ 24-60 tháng tuổi				
3	Số trẻ 24-60 tháng tuổi đã được uống thuốc				
	Tỷ lệ %				
4	Số trẻ bị tác dụng phụ không mong muốn				
	Tỷ lệ %				
5	Số trẻ chống chỉ định				
	Tỷ lệ %				
6	Tổng số xã				
7	Số thuốc tồn đợt trước (viên)				
8	Số thuốc tồn đợt này (viên)				
9	Số thuốc đã dùng (viên)				
10	Số thuốc hiện còn (viên)				
11	Số thuốc dự trữ cho đợt sau (viên)				
12	Số lần phát thanh qua loa truyền thanh				

13	Số buổi truyền thông trực tiếp				
14	Số băng rôn khẩu hiệu				
15	Số tờ rơi, tranh ảnh PCGS đã phát (nếu có)				

....., ngày.....tháng.....năm....

**GIÁM ĐỐC**

**Người lập**