

萨克拉门托县公共卫生部门

活体（鼻内）或可注射 H1N1 流感疫苗及同意书

H1N1 流感疫苗知情同意书

签署同意书之前，请阅读并回答所有问题。根据您对问题的回答，您或您的孩子将接受可注射 H1N1 流感疫苗或鼻内 H1N1 流感疫苗。请注意所有 10 岁以下的儿童每隔至少 3—4 个星期需要两个剂量的疫苗。

姓名: _____ 生日: _____ 年龄: _____ 性别:男或女
(名) (姓) (月日年)

电话: (____) _____ 地址: _____ 城市: _____ 邮编: _____

请在以下问题上用笔圈是或否，并回答所有问题。

1) 病人是否对鸡蛋过敏?	是	否
2) 病人是否曾经对流感疫苗或其他任何种类的疫苗有严重的过敏反应?	是	否
如果是，请说明:		
3) 病人在过去 4 周内是否接种过雾状流感疫苗，MMR 疫苗，和/或水痘（水痘）疫苗?	是	否
4) 病人有没有慢性病患比如心脏病或糖尿病?	是	否
5) 是否有医生曾经告诉过病人他/她有气喘病?	是	否
6) 病人是否每天服用阿司匹林?	是	否
7) 在接受流感疫苗接种后的 6 个星期之内，病人是否曾经有过格林—巴利综合症（一种暂时的严重的肌肉无力症状）?	是	否
8) 病人是否怀孕?	是	否

我了解，根据我对以上问题的回答，我孩子或我将接受或是可注射，或是鼻内 H1N1 流感疫苗的接种。我已经收到有关活体、鼻内 H1N1 流感疫苗或可注射 H1N1 流感疫苗的最新情况说明或已经阅读了最新情况说明（截至 10/02/2009）。我有机会提出问题并得到了满意的回答。我认为我明白接种疫苗的好处和风险，并要求给我或授权给我提出要求的以上提及的人接种上述所说明的疫苗。

签名: _____

日期: _____

CLINIC USE ONLY / 诊所专用

Date:	Dose:	Vaccine / Mfg:		Lot # Exp. Date:		Screening MD/RN/LVN	IZ Given By:	Site/Route
	#1							N / IM
	#2							N / IM