

Округ Сакраменто, Отдел общественного здоровья

Форма проверки и согласия на интраназальную или вводимую прививку от гриппа H1N1

ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ВАКЦИНУ ОТ ГРИППА H1N1

Перед подписанием, пожалуйста, прочитайте и ответьте на все вопросы. В зависимости от ваших ответов вы или ваш ребенок получите вакцину от гриппа H1N1 в виде инъекции или интраназально (в нос). Имейте в виду, что детям в возрасте до 10 лет нужны 2 дозы с промежутком в 3-4 недели.

ИМЯ: _____ (Имя) _____ (Фамилия) ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____ (mm-dd-yyyy) ВОЗРАСТ: _____ ПОЛ: М или Ж

ТЕЛЕФОН: (____) _____ АДРЕС: _____ ГОРОД: _____ ИНДЕКС: _____

Пожалуйста, обведите ответ "Да" или "Нет" и ответьте на **ВСЕ** вопросы.

1) Есть ли у пациента аллергия на яйца?	Да	Нет
2) Была ли у пациента когда-либо сильная аллергическая реакция на вакцину от гриппа или на любую другую вакцину? Если да, пожалуйста, объясните:	Да	Нет
3) Получал ли пациент за последние 4 недели вакцину от гриппа, MMR и/или от ветряной оспы?	Да	Нет
4) Есть ли у пациента какие-либо хронические заболевания, например болезни сердца или диабет?	Да	Нет
5) Сообщал ли врач пациенту когда-либо о том, что у него есть астма?	Да	Нет
6) Принимает ли пациент ежедневно аспирин?	Да	Нет
7) Наблюдался ли когда-либо у пациента синдром Гийена-Барре (вид временной тяжелой мышечной слабости) в течение 6 недель после прививки от гриппа?	Да	Нет
8) Беременна ли пациентка?	Да	Нет

Я понимаю, что в зависимости от ответов вышеизложенные вопросы мой ребенок или я получим вакцину от гриппа H1N1 в виде инъекции или интраназально (в нос). Я получил(а) копию или прочитал(а) информацию в информационном сообщении от 10/02/09 об интраназальной или вводимой вакцине H1N1. У меня была возможность задать все интересующие меня вопросы, и я получил(а) на них удовлетворительные ответы. Я считаю, что я понимаю пользу от вакцины и ее риски, и прошу ввести эту вакцину мне или вышеуказанному человеку, от имени которого я уполномочен(а) заявить об этой просьбе.

Подпись: _____

Дата: _____

CLINIC USE ONLY / ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ОТМЕТОК В КЛИНИКЕ

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