

Tên học sinh _____ Ngày sinh _____
Tin tức này được giữ bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích kiểm tra tiêm chủng ngừa

CÂU HỎI SÀNG LỌC DÀNH CHO TRẺ EM VÀ THANH THIẾU NIÊN ĐỂ TIÊM CHỦNG NGỪA Tdap TẠI TRƯỜNG

Các Phụ Huynh/Người Giám Hộ: Những câu hỏi trong trang này có 2 mục đích:

1. Xác định có bất kỳ lý do nào con em quý vị không thể nhận thuốc chủng ngừa tăng cường chống bệnh Ho gà (Tdap) không.
2. Xác định việc con em quý vị có hội đủ điều kiện để nhận thuốc chủng ngừa thông qua chương trình VFC. **Chỉ có trẻ em hội đủ tiêu chuẩn sẽ có thể được nhận chủng ngừa ở trường.**

Xin trả lời các câu hỏi, ký tên vào đơn, và gửi trả lại trường con em quý vị và đính kèm một bản sao hồ sơ tiêm chủng ngừa của con em quý vị.

Trả lời tất cả các câu hỏi sau đây: có, không hoặc không biết.	CÓ	KHÔNG	KHÔNG BIẾT
1. Con quý vị có bị bệnh hôm nay không?			
2. Con quý vị có bị dị ứng nghiêm trọng tới chất nhựa tổng hợp, thuốc uống hoặc thực phẩm không? Nếu có, là gì?			
3. Con quý vị có bị phản ứng thuốc chủng ngừa nghiêm trọng trong lần tiêm chủng ngừa đợt trước không?			
4. Con quý vị có bị động kinh hay bệnh gì ảnh hưởng gì tới não không?			
5. Con quý vị có bị bệnh ung thư, bạch hầu, liệt kháng, hoặc có bất kỳ vấn đề gì khác về hệ thống miễn nhiễm không?			
6. Trong 3 tháng vừa qua, con quý vị có nhận điều trị bằng các loại thuốc bằng hóc môn chữa viêm da như cortisone, prednisone, hay steroid nào khác, thuốc chống ung thư, hay điều trị bằng tia phóng xạ không?			
7. Trong năm qua, con quý vị có nhận truyền máu, hay chất miễn dịch globulin hay những thuốc kháng vi khuẩn không?			

1. Con quý vị đang nhận bảo hiểm y tế gì? _____ <input type="checkbox"/> Con tôi không có bảo hiểm y tế <input type="checkbox"/> Con tôi có Medi-Cal
2. Con tôi là người Mỹ Bản Xứ/Người Alaska bản Xứ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> không
3. Tên người mẹ: _____

Tôi đã đọc báo cáo chủng ngừa Tdap và yêu cầu cho con tôi nhận tiêm chủng ngừa.

_____ Ngày _____
Chữ ký phụ huynh/người giám hộ

FOR CLINIC USE ONLY

Form reviewed by _____
Qualifies for VFC <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Shot given by _____ Date _____
Left Right Manufacturer Lot # Exp. Date