

# Sacramento City Unified School District

## 群流行性腦膜炎疫苗檢查及同意表格

**注意:** 假如您的孩子在16歲時已打免疫MCV4或以後有需要, 他不需要再打。 孩子在11歲時至12歲時接受第一劑, 他必須在16歲再打提升劑, 假如第一劑是在13歲至阿5歲, 他必須在16歲至18歲時需要打提升劑提升劑。

### 請在未簽名前小心閱讀。

假如您/您的孩子要接受群流行性腦膜炎疫苗, 您必須讀, 及回答所有問題以及簽名這份同意書。 您的答案將決定您的孩子是否可以接受群流行性腦膜炎疫苗。 請閱讀這份群流行性腦膜炎疫苗的資訊。

學生名字: \_\_\_\_\_ 名字 (First) 姓 (Last) 出生日期: \_\_\_\_\_ 年齡: \_\_\_\_\_ 性: 女/男  
(月月日日年年年)

家長電話: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 郵址: \_\_\_\_\_ 請圈

請圈上是或否以下的問題及回答所有問題。

1) 此人何時接受群流行性腦膜炎疫苗? _____ 如果是, 何時?	是	否
2) 此人對藥物, 食物, 乳膠是否有嚴重的敏感?	是	否
3) 此人以前是否對疫苗有不良的反應? 如果是有的話, 請解釋: _____	是	否
4) 您是否感覺好一些?	是	否
5) 此人是否有鐮狀紅細胞病症, 或毀損脾臟, 或撤除脾臟?	是	否
6) 此人是否有病症 (包括懷孕) 他/她需要經常見醫生? (假如是懷孕, 請帶醫生紙才可以接受疫苗注射).	是	否

我已收到一份群流行性腦膜炎疫苗的資訊 (VIS, 10/14/11)。我相信疫苗的利益和危險所以要求提供我疫苗注射或我已簽名授權以上人士接受疫苗注射。

簽名

姓名

日期

家長資訊 – 請寫清楚。

母親的名字和姓名: \_\_\_\_\_

父親的名字和姓名: \_\_\_\_\_

青少年及18歲以下。 請完成以下問題作我們的記錄。

	是	否
您的孩子是否美印第安納人或阿拉斯加州人?		
您的孩子是否有CHDP 或 Medi-Cal醫療保險?		
您的孩子是否有私人醫療保險?		

Date:	Vaccine / Mfg:		Lot # Exp. Date:		Screening MD/RN/LVN	IZ Given By:	Route/ Site
	MCV4 0.5 mL	SP	U4055BA	6-14-13			IM LD RD