

Sacramento City Unified School District

Проверка и согласие на менингококковую прививку

ЗАМЕТКА: если вашему ребёнку была привита вакцина MCV4 в возрасте 16 лет или позже, ему не нужна вторая Meningococcal прививка. Если ребёнку сделали первую прививку в возрасте от 11 до 12, ему необходима реиммунизация в возрасте 16 лет, если первая доза была привита в возрасте между 13 и 15 годами, реиммунизационная доза необходима в возрасте от 16 до 18 лет.

Перед тем, как подписать, внимательно прочтите

Для того, чтобы вам/вашему ребёнку могли сделать прививку Meningococcal vaccine, **вам необходимо прочитать, ответить на все вопросы, и подписать данное заявление.** Ваши ответы на ниже указанные вопросы помогут нам определить, можно ли вам или вашему ребёнку сделать вакцинацию - Meningococcal vaccine. Пожалуйста, прочтите информацию о Meningococcal Vaccine.

ИМЯ: _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____ ВОЗРАСТ: _____ ПОЛ: М или F
(First) (Last) (mm-dd-yyyy)

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

Пожалуйста, отметьте **Yes (ДА)** или **No (НЕТ)** для нижеследующих вопросов и ответьте на **ВСЕ** вопросы.

1) Была ли привита пациенту вакцина Meningitis Vaccine когда-либо? _____ если да, когда?	Yes	No
2) Имеет ли пациент какой-либо вид серьёзной аллергии на медикаменты, пищу, молочные продукты или другие вещества?	Yes	No
3) Имел ли пациент когда-либо резко выраженную реакцию на вакцинирование? Если да, пожалуйста, объясните: _____	Yes	No
4) Хорошо ли чувствует себя пациент сегодня?	Yes	No
5) Имеет ли пациент генетическую болезнь sickle-cell , повреждённую или удалённую селезёнку?	Yes	No
6) Имеет ли пациент какую-либо хроническую болезнь, при которой необходимо регулярное посещение врача (включая беременность)? (В случае беременности принесите, пожалуйста, справку от лечащего врача, если вы хотите сделать прививку).	Yes	No

Я получил(а) копию Vaccine Information Statement for the Meningococcal vaccine (VIS, 10/14/11). Я понимаю пользу и риск данной прививки, и прошу сделать эту прививку мне или указанному в заявлении выше пациенту, за которого я имею право поставить мою подпись.

Подпись

Имя и фамилия печатными буквами

число

Информация о родителях – пожалуйста, напишите отчётливо.

Имя и фамилия матери: _____

Имя и фамилия отца: _____

ТОЛЬКО ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И МОЛОЖЕ. Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы для наших учётных документов.

	Yes	No
Является ли пациент коренным жителем Америки (индейцем) или Alaskan Native?		
Есть ли у пациента страховка CHDP или Medi-Cal?		
Есть ли у пациента частная медицинская страховка - private health insurance?		
Есть ли у пациента страховка Healthy Families?		

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