

Имя и фамилия ученика \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

*Данная информация является конфиденциальной и будет использована только для профессиональной медицинской проверки*

## МЕДИЦИНСКИЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИММУНИЗАЦИИ Tdap РЕБЁНКА И ПОДРОСТКА В ШКОЛЕ

**Родителям/опекунам:** ответы на вопросы на этой странице необходимы по 2 причинам:

1. Определить, существует ли какое-либо основание не делать ребёнку прививку против коклюша (Tdap) booster vaccine.
2. Определить, имеет ли право ваш ребёнок получить данную прививку по программе VFC. **Только ученикам, имеющим право на вакцинирование, будет сделана данная прививка в школе.**

Пожалуйста, ответьте на вопросы, подпишите данный документ, и верните этот документ в школу вашего ребёнка вместе с копией его иммунизационной карты.

Ответьте на ниже следующие вопросы – да, нет, или не знаю.	ДА	НЕТ	НЕ ЗНАЮ
1. Болен ли ваш ребёнок сегодня?			
2. Имеет ли ваш ребёнок серьёзную аллергию на молочные продукты, лекарства, или пищу? Если, да, - на что?			
3. Была ли у вашего ребёнка серьёзная реакция на прививки в прошлом?			
4. Были ли у вашего ребёнка судороги, или болезни мозга?			
5. Болел ли ваш ребёнок раком, лейкемией, СПИДОМ, или какими-либо другими заболеваниями иммунной системы?			
6. Принимал ли ваш ребёнок кортизон, преднизон, другие стероиды, противоопухолевые препараты, или радиационное лечение за прошедшие 3 месяца?			
7. Делали ли вашему ребёнку переливание крови, или принимал ли он иммунный гамма глобулин, а также противовирусные препараты за прошедший год?			

1. Какую медицинскую страховку имеет ваш ребёнок? \_\_\_\_\_  
 у моего ребёнка нет медицинской страховки  
 у моего ребёнка есть Medi-Cal.
2. Мой ребёнок является коренным Американским индейцем/уроженцем Аляски  да  нет
3. Имя мамы \_\_\_\_\_

**Я прочитал вышеизложенную информацию Tdap Immunization Statement и прошу сделать прививку моему ребёнку.**

\_\_\_\_\_ Подпись родителя/опекуна

\_\_\_\_\_ Число

FOR CLINIC USE ONLY

Form reviewed by \_\_\_\_\_

Qualifies for VFC  Yes  No

Shot given by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Left Right Manufacturer Lot # Exp. Date