

Департамент Здравоохранения Округа Кук *Согласие на Проведение вакцинации против вируса гриппа А (H1N1)*

ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦЕ, КОТОРОМУ ПРЕДСТОИТ ВАКЦИНАЦИЯ (Печатными буквами)

Наклейте ярлык с идентификационным номером клиента здесь

Имя _____ Дата рождения _____ Возраст _____ Пол Ж ___ М ___
 ФАМИЛИЯ ИМЯ Средний инициал Мес. / День / Год

Адрес _____
 УЛИЦА ГОРОД ОКРУГ ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Телефон (_____) _____

Раса: (отметьте один вариант): ___ ЧЕРНЫЙ ___ БЕЛЫЙ ___ АЗИАТ ___ ДРУГОЕ ___ НЕИЗВЕСТНО

Этническая принадлежность: (отметьте один вариант): ___ МЕКСИКАНЕЦ ___ ПУЭРТОРИКАНЕЦ ___ КУБИНЕЦ ___ ДРУГОЙ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЛАТИНОАМЕРИКАНСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ ___ НЕ ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦ ___ АРАБ ___ ДРУГОЕ

ОТВЕЧАЯ НА КАЖДЫЙ ВОПРОС, поставьте «галочку» (✓) в клетке, которая ближе всего к вашему ответу.	Да	Нет
1. Болело ли лицо, которому предстоит вакцинация, Гриппом А (H1N1) в течение последних 28 дней?		
2. Есть ли у лица, которому предстоит вакцинация, чувствительность к латексу или аллергия на него?		
3. Был ли у лица, которому предстоит вакцинация, острый идиопатический полиневрит?		
4. Есть ли у лица, которому предстоит вакцинация, на данный момент заболевание с повышением температуры или другая активная инфекция?		
5. Есть ли у лица, которому предстоит вакцинация, сильная аллергия на яйца в виде сыпи или затрудненного дыхания?		
6. Была ли когда-либо у лица, которому предстоит вакцинация, серьезная реакция на вакцину против гриппа?		
7. Есть ли у лица, которому предстоит вакцинация, чувствительность к тимеросулу или аллергия на тимеросал?		
8. Проживает ли лицо, которому предстоит вакцинация, с младенцем младше 6 месяцев или осуществляет за ним уход?		
9. Находится ли лицо, которому предстоит вакцинация, в возрасте от 6 месяцев до 24 лет?		
10. Есть ли у лица, которому предстоит вакцинация, хронические заболевания, например, астма, хроническое обструктивное заболевание легких, диабет, болезни почек, печени или сердца и т.п.?		
11. Беременно ли лицо, которому предстоит вакцинация?		
12. Является ли лицо, которому предстоит вакцинация, моложе 24 месяцев (2 года)?		
13. Лицу, которому предстоит вакцинация, 50 лет или больше?		
14. Проходило ли лицо, которому предстоит вакцинация, вакцинацию какой-либо из указанных живых вирусных вакцин: Грипп А (H1N1), флумист, КПК (корь, паротит, краснуха) или ветряная оспа в течение последних 28 дней?		
15. Ослаблена ли у лица, которому предстоит вакцинация, иммунная система (например: рак, лимфома, лейкемия, ВИЧ/СПИД, волчанка и т.п.), что делает его/ее более подверженным/-ой заражению инфекцией?		
16. Проходит ли лицо, которому предстоит вакцинация, какое-либо мышечное или неврологическое заболевание, например, церебральный паралич, что может провоцировать трудности с дыханием или глотанием?		
18. Есть ли у лица, которому предстоит вакцинация, аллергия на гентамицин, глютин или аргинин?		
19. Примет ли лицо, которому предстоит вакцинация, противовирусные препараты в течение 48 часов перед вакцинацией?		
20. Находится ли лицо, которому предстоит вакцинация, в тесном контакте с лицом, чья иммунная система сильно ослаблена и кому требуется уход в изолированном пространстве, например, в отделении пересадки костного мозга?		

Я ознакомился/-лась с Информационным Сообщением о Вакцине в отношении как живой противовирусной вакцины, так и инактивированной вакцины против вируса Гриппа А (H1N1) или мне разъяснили информацию об этих вакцинах. У меня была возможность задать вопросы, на которые получил удовлетворительные ответы, и я осознаю преимущества и риски вакцинации против вируса Гриппа А (H1N1). Я понимаю, что человек, который будет проводить вакцинацию, определит тип вакцины против вируса Гриппа А (H1N1) на основании ответом на вопросы, на которые я ответил выше. Я выражаю согласие и прошу провести вакцинацию мне или лицу, указанному в этой анкете, от чьего имени я уполномочен просить об этом. Я разрешаю Департаменту Здравоохранения Округа Кук, а также школе или центру по уходу в дневное время, где будет проведена вакцинация, сохранить запись об этой вакцинации, и разрешаю этим учреждениям в дальнейшем предоставить эту анкету в Департамент Здравоохранения Округа Кук для использования в рамках закона. Я подтверждаю, что получил/-а Предупреждение Департамента Здравоохранения о Сохранении Конфиденциальности.

Имя ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ _____ прошел вакцинацию: (выберите вариант) _____
 Отношения с лицом _____ Я сам/сама
 _____ Родитель/Опекун
 _____ Другое

Подпись лица, которому предстоит вакцинация, или лица, уполномоченного сделать запрос от его/ее имени: _____
 X _____ Дата: _____

FOR CLINIC USE ONLY

Comments: _____

Date Vaccinated	VIS Date	Manufacturer and Lot #	Site of Administration	Signature of Vaccine Administrator
			IN=Intranasal LD=Left deltoid RD=Right deltoid LT=Left thigh RT = Right thigh	