

## Согласие на введение ребенку вакцины от гриппа (H1N1 2009)

### Раздел 1. Информация о ребенке, которому будет вводиться вакцина (пишете печатными буквами)

Ф.И.О. ШКОЛЬНИКА (фамилия)		(Имя)	(Первая буква отчества)	ДАТА РОЖДЕНИЯ ШКОЛЬНИКА месяц _____ день _____ год _____	
Ф.И.О. РОДИТЕЛЯ ИЛИ ОПЕКУНА (фамилия)		(Имя)	(Первая буква отчества)	ВОЗРАСТ ШКОЛЬНИКА	ПОЛ ШКОЛЬНИКА Муж.      Жен.
АДРЕС			НОМЕР ТЕЛЕФОНА РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА (В ДНЕВНОЕ ВРЕМЯ):		
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		Домашний или рабочий: (      ) Мобильный: (      )	
НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ    МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЕ КЛИНИКИ			КЛАСС	Ф.И.О. УЧИТЕЛЯ	

### Раздел 2. Проверка необходимости вакцинации

**Если Вашему ребенку уже вводили вакцину от гриппа H1N1 2009, укажите количество доз и даты прививок.**

- Доза №1      Дата получения: месяц \_\_ день \_\_ год \_\_      Форма (обведите кружком):    распыление в носовую полость      укол
- Доза №2      Дата получения: месяц \_\_ день \_\_ год \_\_      Форма (обведите кружком):    распыление в носовую полость      укол

Указанные ниже вопросы помогут нам принять решение о том, нужно ли вводить Вашему ребенку вакцину от гриппа H1N1 2009.

Пожалуйста, дайте ответ на каждый вопрос (**ДА** или **НЕТ**).

Если на все пять вопросов дан ответ "**НЕТ**", то Ваш ребенок, вероятно, получит вакцину от гриппа. Если на один (или несколько) из нижеуказанных пяти вопросов Вы ответили "**ДА**", то в таком случае Ваш ребенок может получить вакцину H1N1 2009, но мы, однако, свяжемся с Вами для обсуждения имеющихся вариантов действий.

	ДА	НЕТ
1. Страдает ли Ваш ребенок серьезными аллергическими реакциями на яйца?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Страдает ли Ваш ребенок серьезными аллергическими реакциями на неомицин, гентамицин, тимеросал, желатин, аргинин или сульфат полимиксина "В"? Укажите конкретно: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Возникали ли когда-либо у Вашего ребенка серьезные реакции на предыдущие дозы вакцины от гриппа?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Бывали ли у Вашего ребенка когда-либо случаи возникновения острого идиопатического полиневрита (временная форма серьезной мышечной слабости) в течение 6 недель после получения вакцины от гриппа?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Принимает ли Ваш ребенок аспирин или получает другое лечение с применением аспирина?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Раздел 3. Согласие

#### СОГЛАСИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ РЕБЕНКА

Я прочитал(а) Информационный бюллетень о вакцинации на 2009 - 2010 г., касающийся вакцины от гриппа H1N1 2009 (или мне объяснили содержание этого бюллетеня) и я понял(а) опасности, связанные с вакцинацией, и ее пользу. Я понимаю, что вакцина может содержать тимеросал.

**Я ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ** на то, чтобы Департамент здравоохранения штата Вермонт и работающий от его имени персонал провели вакцинацию моего ребенка, имя которого указано в верхней части этой формы, вакциной против вируса H1N1. (Для вакцинации ребенка в школе, настоящую форму необходимо подписать, указать на ней дату и представить школе, в которой Ваш ребенок обучается).

**Я ОТКАЗЫВАЮСЬ ОТ ТОГО**, чтобы Департамент здравоохранения штата Вермонт и работающий от его имени персонал проводили вакцинацию моего ребенка, имя которого указано в верхней части этой формы, вакциной против вируса H1N1.

Подпись родителя или опекуна: \_\_\_\_\_      Подпись родителя или опекуна \_\_\_\_\_

Дата: месяц \_\_\_\_\_ день \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_      Дата: месяц \_\_\_\_\_ день \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

### Раздел 4. Vaccination Record (Учетные данные по вакцинациям)

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО АДМИНИСТРАЦИЕЙ)

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number	Body Site	Lot Number	Manufacturer	Date VIS given	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	IM	<input type="checkbox"/> 1st	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> LT				
2009 H1N1	/ /	IM	<input type="checkbox"/> 2d	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> LT				

**Настоящая форма должна быть представлена школе независимо от Вашего согласия или отказа от вакцинации.**