2009 H1N1 流感疫苗接种同意书

第 1 部分：接受疫苗接种者资料（请以正楷填写）

疫苗接种接受人（姓）	（名）	(缩写)	出生日期 月_____ 日_____ 年 _____	
父母/法定监护人（姓）	（名）	(缩写)	年龄	性别 男 / 女
地址			白天电话号码 住家：_____ 工作地点：_____	
市	州	邮政编码		
校名和年级（如果是学生）			诊所名称/地点	

第 2 部分：筛检是否合格接种疫苗

如果孩子已接受过 2009 H1N1 流感疫苗接种，请告诉我们疫苗接种次数与日期 。（6个月至9岁儿童仅需注射2次)

第 1 次　接种日期：月 ____日____年_____　接种方式 (圈选一项)：鼻孔喷雾剂　打针

第 2 次　接种日期：月 ____日____年_____　接种方式 (圈选一项)：鼻孔喷雾剂　打针

以下问题用于确定个人是否适合接种 2009 H1N1 流感疫苗。请对每个问题标出是或否。

A. 如果对本部分一个或几个问题的回答为 "是"，将会有保健单位/人员与您讨论可采取的选项。

	是	否
1. 您是否对鸡蛋有严重过敏？		
2. 您是否有严重/危及生命的过敏症？ 请列出_____		
3. 您以前是否打过感冒预防针？		
4. 如果对上一个问题的回答为"是"，您当时有严重反应吗？请说明情况：_____		
5. 您是否曾经有过吉-巴综合症？		

B. 2009 H1N1 流感疫苗有两种。您对以下问题的回答将决定您可以接受哪种疫苗注射 。

	是	否
1. 您是否在过去 30 天内曾接种过任何疫苗（不仅是感冒疫苗）注射？ 疫苗名称：_____ 接种日期：月_____日_____年_____		
2. 您是否有以下任何一种疾病：自身免疫障碍、哮喘、糖尿病、肺、心、肾和/或肝病？		
3. 您是否在接受长期阿司匹林或含阿司匹林药物的治疗？		
4. 您在最近 24 小时中是否发烧？		
5. 您是否正在怀孕?		
6. 您是否与需要在受保护环境中照顾的人（例如最近接受骨髓移植者）有密切接触？		

第 3 部分：同意声明

同意接种疫苗：

本人已收到一份 H1N1 流感 "疫苗资料说明 "。本人已读过并理解 "疫苗资料说明 "中的内容，或已由他人向本人解释过这些内容。现同意向本文件页首所列之"疫苗接种接受人"进行 H1N1 疫苗注射。本人並同意将本文件中的资料提供给堪萨斯州应急管理署 (KS-CRA) 作评估及报告之用。

接受接种人/父母/法定监护人签字 _____

日期_____

月 / 日 / 年

Section 4: Vaccination Record　　**FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY**

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	IM Intranasal				
2009 H1N1	/ /	IM Intranasal				