แบบฟอร์มการยินยอมขอรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 H1N1

ส่วนที่ 1: ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลผู้ขอรับวัคซีน (กรุณาเขียนกรอกด้วยตัวพิมพ์ใหญ่)

นามสกุล	ชื่อตัว	(อักษรย่อชื่อกลาง)	วันเดือนปีเกิด วันที่_____เดือน_____ ปี_____	
นามสกุลผู้ปกครอง	ชื่อผู้ปกครอง	(อักษรย่อชื่อกลาง)	อายุ	เพศ ชาย / หญิง
ที่อยู่			เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ บ้าน: _____ ที่ทำงาน: _____	
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์		
สถาบันการศึกษา (หากแจ้งได้) และระดับชั้นเรียน			ชื่อคลินิก/สถานที่ตั้ง	

ส่วนที่ 2: การคัดเลือกผู้เข้ารับวัคซีน

หากเด็กเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ **2009 H1N1** แล้ว กรุณาแจ้งจำนวนและวันที่ที่ได้รับ (เด็กอายุ 6 เดือนถึง 9 ปีสามารถรับได้ 2 ครั้งเท่านั้น)

ครั้งที่ 1 วันที่ที่ได้รับ: วันที่_____เดือน_____ ปี_____ ในรูปแบบของ (กรุณาวงกลม): การฉีดสเปรย์เข้าทางจมูก การฉีดยา

ครั้งที่ 2 วันที่ที่ได้รับ: วันที่_____เดือน_____ ปี_____ ในรูปแบบของ (กรุณาวงกลม): การฉีดสเปรย์เข้าทางจมูก การฉีดยา

คำถามต่อไปนี้จะช่วยตัดสินความเหมาะสมของผู้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ **2009 H1N1** กรุณากาเครื่องหมายในช่อง ใช่/ไม่ใช่

A. หากคำตอบตั้งแต่หนึ่งคำตอบขึ้นไปคือ "ใช่" พนักงานฝ่ายดูแลสุขภาพของรัฐจะติดต่อกลับเพื่อหารือถึงตัวเลือกต่างๆต่อไป

	ใช่	ไม่ใช่
1. คุณมีอาการแพ้ไข่อย่างรุนแรงหรือไม่		
2. คุณเป็นโรคภูมิแพ้ขั้นรุนแรงหรือเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือไม่ กรุณาให้ข้อมูล: _____		
3. คุณเคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่หรือไม่		
4. หากคุณตอบใช่ในข้อ 3 คุณมีอาการแพ้อย่างรุนแรงหลังจากนั้นหรือไม่ อธิบาย: _____		
5. คุณเคยมีอาการของโรคผิดปกติทางเส้นประสาทส่วนปลาย (Guillain-Barré Syndrome) เช่น แขนขาอ่อนแรง, ชา, เดินเซ หรือไม่		

B. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ **2009 H1N1** มีอยู่ **2** ประเภท คำตอบข้างล่างนี้จะช่วยในการตัดสินเลือกประเภทของวัคซีนที่จะได้รับ

	ใช่	ไม่ใช่
1. คุณได้รับวัคซีน (รวมถึงวัคซีนชนิดอื่นๆ) ในช่วง 30 วันที่ผ่านมาหรือไม่ ชนิดของวัคซีน: _____ วันที่ได้รับ: วันที่_____เดือน_____ ปี_____		
2. คุณเป็นโรคต่างๆเหล่านี้หรือไม่: โรคระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผิดปกติ, โรคภูมิแพ้ในระบบทางเดินหายใจ, โรคเบาหวาน, โรคปอด, โรคหัวใจ, โรคไต และ/หรือโรคตับ		
3. คุณกำลังรับการบำบัดรักษาระยะยาวด้วยแอสไพรินหรือตัวยาที่มีแอสไพรินประกอบหรือไม่		
4. คุณเป็นไข้ในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาหรือไม่		
5. คุณกำลังตั้งครรภ์หรือไม่		
6. คุณอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลภายใต้สภาพแวดล้อมพิเศษหรือไม่ (เช่นบุคคลที่เพิ่งได้รับการผ่าตัดไขกระดูก)		

ส่วนที่ 3: การแสดงความยินยอม

การแสดงความยินยอมต่อการรับวัคซีน:

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้รับเอกสาร"การแถลงข่าวสารเรื่องวัคซีน"ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ **2009 H1N1** แล้ว ข้าพเจ้าได้อ่านหรือได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับข้อมูลในเอกสาร"การแถลงข่าวสารเรื่องวัคซีน"นี้และเข้าใจอย่างถูกต้อง ดังนั้นจึงขอแสดงความยินยอมให้บุคคลตามชื่อข้างต้นในแบบฟอร์มเข้ารับวัคซีนชนิด **H1N1** และยินยอมเปิดเผยข้อมูลในแบบฟอร์มนี้ต่อหน่วยงานดำเนินมาตรการป้องกันและรับผิดชอบด้านสาธารณสุขแห่งรัฐแคนซัส **(Kansas Countermeasure Response & Administration)** เพื่อจุดประสงค์ด้านการประเมินค่าและรายงานผล

ลายเซ็นของผู้รับแบบฟอร์ม/ผู้ปกครอง _____

วันที่_____

วันที่ /เดือน / ปี

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				