Mẫu Ưng Thuận Nhận Thuốc Ngừa Bệnh Cúm H1N1 2009

Phần 1: Thông tin về người Nhận Thuốc Ngừa (xin viết kiểu chữ in)

TÊN (Họ)	(Tên)	(Chữ đầu của tên lót)	**NGÀY SINH** **tháng_____ ngày_____ năm _____**	
TÊN CỦA PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ HỢP PHÁP (Họ)	(Tên)	(Chữ đầu của tên lót)	**TUỔI**	**GIỚI TÍNH** **Nam / Nữ**
ĐỊA CHỈ			**SỐ ĐIỆN THOẠI LIÊN LẠC BAN NGÀY** **Nhà: _____** **Sở làm: _____**	
THÀNH PHỐ	**TIỂU BANG**	**SỐ ZIP**		
TÊN TRƯỜNG, nếu có và LỚP			**TÊN Y VIỆN/ĐỊA ĐIỂM**	

Phần 2: Kiểm Tra Điều Kiện Được Nhận Thuốc Ngừa

Nếu đứa trẻ đã được thuốc ngừa bệnh cúm H1N1 2009, xin vui lòng cho chúng tôi biết số liều và ngày nhận thuốc ngừa. (chỉ có 2 liều cho trẻ em từ 6 tháng đến 9 tuổi)

☐ Liều 1 Ngày nhận: tháng ____ngày____năm_____ Loại (xin khoanh tròn): xịt trong mũi tiêm chủng

☐ Liều 2 Ngày nhận: tháng ____ngày____năm_____ Loại (xin khoanh tròn): xịt trong mũi tiêm chủng

Các câu hỏi sau đây sẽ xác định xem một người có được nhận thuốc ngừa bệnh cúm H1N1 2009 hay không. Xin vui lòng đánh dấu CÓ hoặc KHÔNG cho từng câu hỏi.

A. Nếu câu trả lời là "CÓ" cho hơn một trong những câu hỏi sau đây trong phần này thì một nhân viên y tế sẽ thảo luận về các chọn lựa của quý vị.

	CÓ	KHÔNG
1. Quý vị có bị dị ứng trứng nghiêm trọng không?	☐	☐
2. Quý vị có bị dị ứng nghiêm trọng/nguy hiểm đến tính mạng không? Xin vui lòng liệt kê: _____	☐	☐
3. Trước kia quý vị có bao giờ được chủng ngừa bệnh cúm hay chưa?	☐	☐
4. Nếu trả lời có cho câu hỏi vừa rồi, thì quý vị có bị phản ứng nặng không? Xin miêu tả: _____		
5. Quý vị có bao giờ bị Hội Chứng Guillain-Barré không?	☐	☐

B. Có hai loại thuốc ngừa bệnh cúm H1N1 2009. Các câu trả lời của quý vị đối với những câu hỏi sau đây sẽ xác định xem quý vị có thể nhận loại thuốc ngừa nào.

	CÓ	KHÔNG
1. Quý vị đã được bất cứ loại thuốc ngừa nào (không chỉ riêng cho bệnh cúm) trong vòng 30 ngày vừa qua không? Thuốc ngừa: _____ Ngày cấp: tháng_____ngày_____năm_____	☐	☐
2. Quý vị có bất cứ một trong những bệnh nào sau đây không: chứng rối loạn hệ tự miễn nhiễm, bệnh suyễn, bệnh tiểu đường, bệnh phổi, tim, thận, và/hoặc gan?	☐	☐
3. Quý vị có đang dùng thuốc aspirin dài hạn hoặc đang dùng thuốc có chất aspirin không?	☐	☐
4. Quý vị có bị sốt trong vòng 24 giờ qua không?	☐	☐
5. Quý vị có đang mang thai không?	☐	☐
6. Quý vị có tiếp xúc gần gũi với một người cần được chăm sóc trong môi trường được bảo vệ không (ví dụ, một người vừa mới được ghép tủy)?	☐	☐

Phần 3: Ưng Thuận

ƯNG THUẬN ĐƯỢC THUỐC NGỪA:

Tôi đã được cấp một bản "Thông Tin Về Thuốc Ngừa" Bệnh Cúm H1N1. Tôi đã đọc hoặc đã được người ta giải thích cho tôi và hiểu thông tin trong bản "Thông Tin Về Thuốc Ngừa". Tôi ưng thuận cho người có tên ở phần đầu của mẫu này được nhận thuốc ngừa H1N1. Tôi ưng thuận cho thông tin có trong mẫu này được tiết lộ đến Ban Quản Trị & Biện Pháp Đối Phó của Kansas (KS-CRA) nhằm mục đích thẩm định và báo cáo.

Chữ Ký của Người Nhận/Phụ Huynh/Giám Hộ Hợp Pháp

_____ **Ngày** _____

Tháng / Ngày / Năm

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				