

2009 H1N1 Influenza Vaccine Registration and Consent

УДОСТОВЕРЕНИЕ О ПОЛУЧЕНИИ ВАКЦИНЫ

Информация о клиенте, получающем вакцину (печатными буквами)

Last Name (Фамилия)		First Name (Имя)			MI	Birthdate MMDDYYYY (дата рождения)	Sex (пол)	Age (возраст)
Address: Street (адрес)	City (город)	State (штат)	Zip Code (почтовый индекс)	Phone Number (телефон)		Previous / Maiden name (девичья фамилия)		

***ОТВЕТЬТЕ НА ВОПРОСЫ НА ОБОРОТЕ →**

Я получил(а) информацию о вакцине против гриппа H1N1. У меня была возможность прочитать и мне объяснили информацию о вакцине. Я имел(а) возможность задать вопросы, на которые я получил(а) удовлетворительные ответы. Я уверен(а), что понимаю о пользе и риске вакцины H1N1 (свиного гриппа) и прошу, чтобы ее сделали мне или человеку, чье имя указано выше, за которого я уполномочен делать это заявление. Я понимаю, что информация о прививках будет храниться в электронном виде в компьютерной системе, а также может быть использована докторами, медсестрами или другим медицинским персоналом для предоставления медицинских услуг.

X _____ Date: _____

Signature of person receiving vaccine (or person authorized to make request – PARENT OR GUARDIAN)

Поспись клиента, который получает вакцину (или уполномоченного лица – РОДИТЕЛЯ ИЛИ ОПЕКУНА

ЕСЛИ ВЫ (РОДИТЕЛЬ ИЛИ ОПЕКУН) ПОДПИСАЛИСЬ ЗА РЕБЕНКА, ПОЖАЛУЙСТА НАПИШИТЕ ВАШЕ ПОЛНОЕ ИМЯ	First (ИМЯ)	Last (ФАМИЛИЯ)
--	--------------------	-----------------------

X _____ Date: _____

Signature Interpreter (Подпись переводчика)

DOSE:	First <input type="checkbox"/>	Second <input type="checkbox"/>
--------------	---------------------------------------	--

2009 H1N1 Vaccine	Manufacturer	Lot #/Exp Date	Dose	Route	Site	CDC VIS	
Multi-dose vials							
<input type="checkbox"/> Multi-dose vial	Sanofi-Pasteur		0.25 mL	IM	RT LT	10/02/2009	
	Novartis		0.5 mL		RD LD		
	CSL						
Single dose, Preservative Free							
<input type="checkbox"/> Single dose syringe, pediatric dose <i>Priority for children age 6 to 35 mo</i>	Sanofi-Pasteur		0.25 mL	IM	RT LT		
<input type="checkbox"/> Single dose syringe, adult dose <i>Priority for pregnant women</i>	Sanofi-Pasteur		0.5 mL		RD LD		
	Novartis						
	CSL						
Intra Nasal Spray							
<input type="checkbox"/> Single dose intranasal sprayer	MedImmune		0.2 mL	Intranasal			

SIGNATURE OF VACCINE ADMINISTRATOR

TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR

PLEASE PRINT NAME

VACCINATION DATE

FACILITY

Вакцина против гриппа вводится, как инъекция *или* спрей через нос

ЧАСТЬ А: если Вы планируете получить инъекцию, ответьте на следующие 5 вопросов.

Если вы ответили “да” хоть на один из этих вопросов, вы не можете получить вакцину, как инъекцию *или* спрей через нос.

Ответьте на вопросы о человеке, который получает вакцину: **Да** **Нет** **Не Знаю**

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Возраст клиента до 6 месяцев? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2) Имеет ли клиент аллергическую реакцию на яйца или на какой-либо компонент вакцины от гриппа? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Имел ли клиент серьезную реакцию на прививку от гриппа в прошлом? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Наблюдался ли у клиента паралич с синдромом «Гийена-Барре» (Guillain Barré Syndrome)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Болен ли клиент сегодня? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ЧАСТЬ В: если Вы планируете получить вакцину, как спрей через нос, ответьте на следующие 12 вопросов.

Если вы ответили “да” хоть на один из этих вопросов, назальная вакцина не является хорошим выбором для вас. ОСТАНОВИТЕСЬ, перейдите к ЧАСТИ А и ответьте на вопросы для получения инъекции.

Ответьте на вопросы о человеке, который получает вакцину: **Да** **Нет** **Не Знаю**

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Возраст клиента от 2 до 49 лет? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2) Для женщин: беременны ли Вы сейчас или планируете забеременеть в течении следующего месяца? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Находится ли клиент в возрасте младше 5 лет с диагнозом астмы или заболеванием со свистящим дыханием, поставленным доктором за последний год? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Имеет ли клиент такие заболевания, как астма, заболевание сердца, легких, почек, нервов, мышц, крови, печени или заболевания, которые влияют на работу сердца? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Ослаблена ли иммунная система (в связи с ВИЧ/СПИДом или другими заболеваниями, поражающими иммунную систему; длительным лечением медикаментами, которые ослабляют иммунную систему, т.к. стероиды, а также лечение рака с применением радиотерапии или медикаментов?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Имеет ли клиент аллергическую реакцию на яйца или на какой-либо компонент вакцины от гриппа? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Имел ли клиент серьезную реакцию на прививку от гриппа в прошлом? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Для детей: принимает ли ребенок или подросток аспирин каждый день? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Наблюдался ли у клиента паралич с синдромом «Гийена-Барре» (Guillain Barré Syndrome)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Находится ли клиент, в близком контакте с людьми, у которых чрезвычайно нарушена иммунная система и кто должен быть в защищенной обстановке (т.е. комната в госпитале или больнице с вытяжным потоком воздуха)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Делали ли клиенту какие-либо прививки за последние 4 недели? Обратите внимание: вакцина, сезонного гриппа и гриппа H1N1, которая вводится через нос, не должна вводиться одновременно и ее следует делать с интервалом в 4 недели. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) Принимал ли недавно клиент противовирусные лекарственные препараты (т.к. oseltamavir, zanamavir, Tamiflu, Relenza)? Если да , должен подождать 48 часов после принятия противовирусной терапии перед получением живой вакцины против гриппа H1N1. (Примечание: противовирусные лекарственные препараты нельзя принимать в течение 2-х недель после получения живой вирусной вакцины. Если противовирусные лекарственные препараты и живая вирусная вакцина принимались одновременно, перевакцинация должна быть принята во внимание.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) Болен ли клиент сегодня? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |