2009-2010 甲型 H1N1 流感疫苗接种同意书及管理记录

MARYLAND

患者 - 请填写 1 至 8 项，签名并注明日期

（使用蓝色或黑色墨水以中文清晰填写，并将适用的圆圈整洁涂色）

STATE OF MARYLAND DHMH

1. **姓：**

名： **中间名首字母缩写：**

地址：

城市： **州：** **邮编：**

出生日期： MM / DD / YYYY **性别：** ○ 男 ○ 女 **县代码**（*见背面*）：

电话号码： - -

2. 种族： **西班牙或拉丁：** ○ 是 ○ 否

3. 人种（*将所有适用项的圆圈涂色*）：○ 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 ○ 亚洲人 ○ 黑人/非裔美国人 ○ 夏威夷原住民/太平洋岛民 ○ 白人 ○ 未知 ○ 其他（具体说明）_____

4. 您要接种何种疫苗剂的甲型 H1N1 流感疫苗？ ○ 疫苗剂 1 ○ 疫苗剂 2 ○ 不清楚

5. 您是否已怀孕？ ○ 是 ○ 否 ○ 未知

6. 您是否在照顾不到 6 个月大的幼儿或与其一同生活？ ○ 是 ○ 否

7. 您是否直接接触病人的健康护理或紧急医疗服务工作者？ ○ 是 ○ 否

8. 您是否存在基础风险因素，如哮喘或其他慢性疾病或存在受损的免疫系统？ ○ 是 ○ 否

接种甲型 H1N1 疫苗申请及同意书 本人已阅读上述信息，并确认其无误。本人已得到一份副本并已经阅读，或已经得到相关人员关于甲型 H1N1 流感疫苗《疫苗信息表》的解释说明。本人得到了足够的机会来提问并得到了回答及肯定。本人理解甲型 H1N1 流感疫苗的好处及风险，本人同意接种或同意向本人有权代其提出接种要求的人接种疫苗。本人已经得到或获得了一份《隐私惯例通知》。

签名（疫苗接种者及/或同意接种疫苗者）：

_____ _____ 日期：_____

同该疫苗接种人的关系

For Clinic Use Only

Client Screened for Contraindications: Screener's Initials _____

Client given VIS on _____ and understands VIS dated _____

Manufacturer: ○ CSL ○ Medimmune ○ Sanofi Pasteur ○ GSK ○ Novartis Lot #:

Dosage (If applicable): ○ 0.25mL (6-35 months) ○ 0.50mL (3 years and older) ○ Other_____

Route of Administration: ○ Intranasal IM Injection: ○ LA ○ RA ○ LL ○ RL ○ Other_____

Clinic Site: Provider #:

Place Stamp Here

Date: MM / DD / YYYY

Signature of Vaccinator: _____

SAMPLE NOT FOR USE