СОГЛАСИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ГРИППА H1N1 НА 2009–2010 ГГ. И АДМИНИСТРАТИВНЫЕ ЗАПИСИ

MARYLAND

Пациент – пожалуйста, заполните разделы 1–8, поставьте свою подпись и дату
(Пишите разборчиво, печатными буквами ЛАТИНСКОГО алфавита. Используйте только синиеили черные чернила. Аккуратно закрашивайте кружки.)

STATE OF MARYLAND DHMH

1. ФАМИЛИЯ:

Имя: **Инициал ср. имени:**

Адрес:

Город: **Штат:** **Индекс:**

Дата рождения: MM / DD / YYYY **Пол:** ○ М ○ Ж **Код страны** *(см. на обороте):*

Номер телефона: - -

2. Этническая принадлежность: **Испаноговорящий или латиноамериканец:** ○ Да ○ Нет

3. Расовая принадлежность : *(отметьте все подходящие варианты)*
○ Индеец/коренной житель Аляски ○ Азиат ○ Чернокожий/афроамериканец
○ Гаваец/житель Океании ○ Белый ○ Неизвестно
○ Прочее (укажите) _____

4. Какую дозу вакцины против гриппа H1N1 вы получаете? ○ Доза 1 ○ Доза 2 ○ Не знаю

5. Вы беременны? ○ Да ○ Нет ○ Неизвестно

6. Вы проживаете вместе с или осуществляете уход за детьми младше 6 месяцев? ○ Да ○ Нет

7. Вы являетесь медицинским работником или сотрудником службы экстренной медицинской помощи и имеете непосредственный контакт с пациентами? ○ Да ○ Нет

8. Существует ли у вас какой-либо скрытый фактор риска, например, астма, другое хроническое заболевание или ослабленная иммунная система? ○ Да ○ Нет

СОГЛАСИЕ И ПРОСЬБА НА ПРОВЕДЕНИЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА H1N1. Я прочитал(а) изложенную выше информацию и подтверждаю, что она является верной. Я получил(а) копию и прочитал(а) или мне объяснили информацию, содержащуюся в «Информационном листке о вакцине» для вакцины против гриппа H1N1. У меня была возможность задать вопросы, и я получил(а) на них исчерпывающие ответы. Я понимаю все преимущества и риски, связанные и использованием вакцины против гриппа H1N1, и даю согласие на введение этой вакцины мне или лицу, законным представителем которого я являюсь. Мне предоставили или предложили предоставить копию «Извещения о порядке охраны персональной информации».

Подпись лица, которому проводится вакцинация, и/или дающего согласие на вакцинацию:

_____ _____ Дата: _____
Степень родства с лицом, которому проводится вакцинация

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