CHẤP THUẬN TIÊM VACCINE CÚM H1N1 VÀ QUẢN LÝ HỒ SƠ 2009-2010

MARYLAND

Bệnh nhân – Vui lòng Điền từ Phần 1 đến Phần 8, Ký tên và Đề ngày
(Viết rõ ràng TIẾNG VIỆT bằng chữ in hoa với mực xanh hoặc đen và tô màu gọn trong các ô)

STATE OF MARYLAND DHMH

1. Họ:

Tên: **Viết tắt tên đệm:**

Địa chỉ:

Thành phố: **Tiểu bang:** **Zip:**

Ngày sinh: TH / NG / NNNN **Giới tính:** ○ Nam ○ Nữ **Mã Hạt** (*Xem trang sau*):

Số Điện thoại: - -

2. Sắc tộc: Hispanic hoặc Latinh: ○ Có ○ Không

3. Chủng tộc (*Tô màu ô thích hợp*): ○ Người Mỹ Da Đỏ/Bản xứ Alaska ○ Châu Á ○ Người Mỹ Da Đen/Gốc Phi ○ Bản xứ Hawaii/Đảo Thái Bình Dương ○ Da Trắng ○ Không biết ○ Khác (Ghi rõ) _____

4. Quý vị sẽ nhận liều Vaccine H1N1 nào? Liều 1 ○ Liều 2 ○ Không biết ○

5. Quý vị có đang mang thai không?? Có ○ Không ○ Không biết ○

6. Quý vị có sống với hoặc chăm sóc trẻ em dưới 6 tháng tuổi không? ○ Có ○ Không

7. Quý vị có có phải là nhân viên dịch vụ y tế cấp cứu hoặc chăm sóc sức khỏe tiếp cận trực tiếp với bệnh nhân không? ○ **Có** ○ **Không**

8. Quý vị có bị yếu tố nguy cơ tiềm tàng nào như hen suyễn hoặc bệnh mãn tính khác hoặc suy giảm hệ miễn dịch không? ○ Có ○ Không

CHẤP THUẬN VÀ YÊU CẦU TIÊM VACCINE H1N1. Tôi đã đọc thông tin trên đây và khẳng định là chính xác. Tôi đã được cấp một bản và tôi đã đọc, hoặc được người khác đọc cho tôi, những thông tin trong "Bản Thông tin Vaccine" về vaccine H1N1. Tôi đã có cơ hội nếu các thắc mắc và đã được giải đáp thỏa đáng. Tôi hiểu rõ những lợi ích và nguy cơ của vaccine H1N1 và tôi đồng ý tiêm vaccine này cho tôi và người mà tôi có quyền thực hiện yêu cầu này. Tôi đã được cấp, hoặc được đề nghị nhận, một bản Thông báo về Thực hành Bảo vệ Quyền riêng tư.

Chữ ký của người nhận và/hoặc chấp thuận cho tiêm vaccine:

_____ _____ Ngày: _____

Liên quan đến người được tiêm vaccine

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