

# Departament Zdrowia Publicznego okręgu Cook *Zgoda na szczepionkę przeciwko nowej grypie H1N1*

## INFORMACJE O OSOBE, KTÓRA MA OTRZYMAĆ SZCZEPIONKĘ (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

*W tym miejscu umieścić etykietę identyfikacyjną klienta*

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Wiek \_\_\_\_\_ Płeć K \_\_\_ M \_\_\_  
NAZWISKO IMIĘ Inicjał drugiego imienia Miesiąc / Dzień / Rok

Adres \_\_\_\_\_  
ULICA MIEJSCOWOŚĆ OKRĘG STAN KOD POCZTOWY

Telefon ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

Rasa: (zaznaczyć jedno):  CZARNY  BIAŁY  AZJATA  INNA  NIEZNANA

Przynależność etniczna: (zaznaczyć jedno):  MEKSYKANIN  PORTORYKAŃCZYK  KUBAŃCZYK  INNA LATYNOSKA  NIE LATYNOSKA  ARAB  INNA

DLA KAŻDEGO PYTANIA umieść symbol (✓) w okienku, które najlepiej opisuje Twoją odpowiedź.	Tak	Nie
1. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę otrzymała szczepionkę przeciw grypie A (H1N1) w ciągu ostatnich 28 dni?		
2. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę jest wrażliwa/ma alergię na lateks.		
3. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę ma w wywiadzie zespół Guillaina-Barrégo?		
4. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę choruje na schorzenie przebiegające z gorączką lub inną aktywną infekcją?		
5. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę cierpi na poważną alergię na jajka, która objawia się pokrzywką lub trudnościami w oddychaniu?		
6. Czy u osoby, która ma otrzymać szczepionkę wystąpiła kiedyś poważna reakcja na szczepionkę przeciw grypie?		
7. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę jest wrażliwa/ma alergię na thimerosal?		
8. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę mieszka z lub opiekuje się niemowlęciem, które ma mniej niż 6 miesięcy?		
9. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę jest w wieku od 6 miesięcy do 24 lat?		
10. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę choruje ma przewlekłą chorobę, taką jak astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, cukrzyca, choroby nerek, wątroby, serca, itd.		
11. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę jest w ciąży?		
12. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę ma mniej niż 24 miesiące (2 lata)?		
13. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę ma 50 lub więcej lat?		
14. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę otrzymała dowolną z następujących żywych szczepionek: przeciw grypie A (H1N1), FluMist, MMR (odra, świnka, różyczka) lub Varicella (ospa wietrzna) w ciągu ostatnich 28 dni?		
15. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę ma osłabiony układ odpornościowy (na przykład: choruje na nowotwór, chłoniaka, białaczkę, HIV/AIDS, tocznia, itd.) co powoduje zwiększone prawdopodobieństwo nabawienia się infekcji?		
16. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę przyjmuje w chwili obecnej terapię zawierającą aspirynę?		
17. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę ma istniejące choroby mięśni lub neurologiczne, takie jak porażenie mózgowie, które mogą powodować problemy z oddychaniem lub przełykaniem?		
18. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę ma alergię na gentamycynę, żelatynę lub argininę?		
19. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę, przyjmie lek przeciwwirusowy w przeciągu 48 godzin przed szczepieniem?		
20. Czy osoba, która ma otrzymać szczepionkę ma bliski kontakt z osobą ze znacząco osłabionym układem immunologicznym wymagającym opieki w chronionym środowisku, takim jak ośrodek przeszczepu szpiku kostnego?		

Przeczytałem oświadczenia z informacjami dotyczącymi żywej atenuowanej szczepionki przeciw grypie A (H1N1) i inaktywowanej szczepionki przeciw grypie A (H1N1) lub wyjaśniono mi informacje na temat tych szczepionek. Miałem możliwość zadania pytań, na które uzyskałem satysfakcjonujące odpowiedzi i uważam, że zrozumiałem korzyści i zagrożenia płynące ze szczepienia przeciwko grypie typu A (H1N1). Rozumiem, że w oparciu o odpowiedzi udzielone na powyższe pytania, osoba wykonująca szczepionkę zdecyduje jaki rodzaj szczepionki przeciw grypie A (H1N1) należy podać. Zgadzam się i proszę o podanie szczepionki mi lub osobie wymienionej w tym formularzu, w imieniu której jestem upoważniony do wyrażenia tej prośby i upoważniam Departament Zdrowia Publicznego Okręgu Cook (CCDPH) i szkołę lub placówkę opieki dziennej, gdzie podawana jest szczepionka do zachowania dokumentacji o tej szczepionce, a ponadto upoważniam te jednostki do wydania niniejszego formularza CCDPH do wykorzystania zgodnie z obowiązującym prawem. Poświadczam, że otrzymałem egzemplarz powiadomienia o zasadach ochrony danych osobowych CCDPH.

Powiązanie z osobą zaszczepioną

Imię i nazwisko DRUKOWANYMI LITERAMI \_\_\_\_\_: (zaznaczyć jedno)

Sama osoba zainteresowana  
 Rodzic/Opiekun  
 Inna \_\_\_\_\_

**Podpis osoby, która ma otrzymać szczepionkę lub osoby upoważnionej do wyrażenia prośby w jej imieniu:**

X \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**TYLKO DO WYKORZYSTANIA PRZEZ KLINIKĘ**

Comments: \_\_\_\_\_

Date Vaccinated	VIS Date	Manufacturer and Lot #	Site of Administration	Signature of Vaccine Administrator
			<small>IN=Intranasal LD=Left deltoid RD=Right deltoid LT=Left thigh RT = Right thigh</small>	