

Форма – разрешение делать прививку от нового гриппа H1N1

Инструкция: Пожалуйста, заполните эту форму до того, как вам сделают прививку.

В больнице у вас будет возможность задавать вопросы и говорить о том, что вас беспокоит, с профессиональным медиком.

Информация о человеке, которому сделают прививку (Заполнить печатными буквами)

ФИО: _____
Фамилия *Имя* *Среднее имя*

Дата рожд: _____ Пол: _____ Раса: _____

Аллергии: Никаких _____ На яичный белок? Да Нет Латекс? Да Нет Желатин? Да Нет
Неомицин? Да Нет Полимицин Б? Да Нет Гентамицин? Да Нет Другое _____

Была ли у человека, которому будут делать прививку, плохая реакция на прививку в прошлом? Да Нет

Был ли человек, которому будут делать прививку, поставлен диагноз: Астма _____ Проблемы с сердцем/Легкими _____ Рак _____ ВИЧ _____ Лейкемия _____ Плохие Эритроциты _____ Приступы _____ Гиллиан-Барре _____ Слабая иммунная система _____ Ревматический артрит _____ Проблемы с мозгом/Нервами _____

Делали ли человеку, которому будут делать прививку, переливание крови, вливание продуктов крови или иммуноглобина в прошлом году? Да Нет

Делали ли человеку, которому будут делать прививку, следующие процедуры: Химотерапия _____ Стероидная терапия _____ Радиация _____ Рентгено-лечение _____ Противовирусное лекарство _____

Беременна ли женщина, которой будут делать прививку? Да Нет

Делали ли человеку, которому будут делать прививку, какие-либо прививки (включая от гриппа) в прошлом месяце? Да Нет

Если да, то где? Имя доктора/Название клиники _____

Адрес: _____
Улица *Город* *Штат* *Индекс* *Каунти*
Телефон #: _____ Мобильный #: _____

Если форма-разрешение на несовершеннолетнего(-ю), пожалуйста, заполните:

Я, _____, (пожалуйста, напишите печатными буквами ФИО взрослого) являюсь следующим лицом для вышеупомянутого человека (пожалуйста, отметьте, кем вы ему/ей являетесь, если это несовершеннолетний(-я)):

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Опекун по решению суда | <input type="checkbox"/> Опекун | <input type="checkbox"/> Отец | <input type="checkbox"/> Мать |
| <input type="checkbox"/> Совершеннолетняя тетья | <input type="checkbox"/> Совершенно - летний брат | <input type="checkbox"/> Совершеннолетняя сестра | <input type="checkbox"/> Совершеннолетний дядя |
| <input type="checkbox"/> Дедушка | <input type="checkbox"/> Бабушка | <input type="checkbox"/> Мачеха | <input type="checkbox"/> Отчим |

Я получил, прочитал и понял **Информационный Лист о Прививках (ИЛП)**. Своей подписью ниже я подтверждаю, что мне предложили Уведомление о Правах на Конфиденциальность. Своей подписью ниже я даю разрешение на проведение вакцинации для себя, или для вышеупомянутого человека (ребенка), на основании юридического права принимать решение за него/нее.

ФИО прописью Подпись Дата
Для Официального Пользования

_____ Дата вакцинации	_____ Тип прививки	_____ Номер партии
_____ Кем сделана прививка	_____ Должность	