

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** \_\_\_\_\_ **Пол:** \_\_\_\_\_ **Раса:** \_\_\_\_\_  
**рожд:** \_\_\_\_\_

**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	