

Форма – дозвіл зробити прививку від нового грипу H1N1

Інструкція: Будь ласка, заповніть цю форму до того, як вам зроблять прививку.

У лікарні у вас буде можливість задавати питання і говорити про те, що вас турбує, з професійним медиком.

Інформація про людину, якій зроблять прививку (Заповнити печатними буквами)

ПІП: _____
Прізвище _____ Ім'я _____ Середнє ім'я _____

Дата народж: _____ Стать: _____ Раса: _____

Алергія: Ніяких _____ На яйцевий білок? Так Ні Латекс? Так Ні Желатин? Так Ні
 Неоміцин? Так Ні Поліміцин Б? Так Ні Гентаміцин? Так Ні Інше _____

Чи була у людини, якій зроблять прививку, погана реакція на прививку в минулому? Так Ні

Чи було людині, якій зроблять прививку, поставлено діагноз: Асма _____ Проблеми з серцем/Легенями _____
 Рак _____ ВІЧ _____ Лейкемія _____ Погані Еритроцити _____ Приступи _____ Гілліан-Барре _____
 Слаба імунна система _____ Ревматичний артрит _____ Проблеми з мозком/Нервами _____

Чи робили людині, якій зроблять прививку, переливання крові, вливання продуктів крові чи імуноглобіна в минулому році? Так Ні

Чи робили людині, якій зроблять прививку, наступні процедури: Хімотерапія _____ Стероїдна терапія _____
 Радіація _____ Рентгено-лікування _____ Противірусні ліки _____

Чи вагітна жінка, якій зроблять прививку? Так Ні

Чи робили людині, якій зроблять прививку, які-небудь прививки (включаючи від грипа) в минулому місяці? Так Ні

Якщо так, то де? Ім'я доктора/Назва клініки _____

Адреса: _____
Вулиця _____ Місто _____ Штат _____ Індекс _____ Каунті _____
 Телефон #: _____ Мобільний #: _____

Якщо форма-дозвіл на неповнолітнього(-ю), будь ласка, заповніть:

Я, _____, (будь ласка, напишіть печатними буквами ПІП дорослого) є наступною особою для вищезгаданої людини (будь ласка, відмітьте, ким ви йому/їй являєтесь, якщо це неповнолітній(-я):

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Опікун по рішення суду | <input type="checkbox"/> Опікун | <input type="checkbox"/> Батько | <input type="checkbox"/> Мати |
| <input type="checkbox"/> Повнолітня тьотя | <input type="checkbox"/> Повнолітній брат | <input type="checkbox"/> Повнолітня сестра | <input type="checkbox"/> Повнолітній дядя |
| <input type="checkbox"/> Дідусь | <input type="checkbox"/> Бабуся | <input type="checkbox"/> Мачуха | <input type="checkbox"/> Вітчим |

Я отримав, прочитав і зрозумів **Інформаційний Лист про Прививки (ІЛП)**. Своім підписом нижче я підтверджую, що мені запропонували Повідомлення про Права на Конфіденціальність.

Своім підписом нижче я даю дозвіл на проведення вакцинації для себе, чи для вищезгаданої людини (дитини), на основі юридичного права приймати рішення за нього/неї.

ПІП прописом _____ Підпис _____ Дата _____

Для Офіційного Користування

_____	_____	_____
Дата вакцинації	Тип прививки	Номер партії
_____	_____	_____
Ким зроблена прививка	Посада	