Department of Health

PO Box 2000, Charlottetown
Prince Edward Island
Canada C1A 7N8

성명 [Name]:

Health Card 번호 [Health #]:

출생연월일 [DOB]:

광역전염성 인플루엔자 백신 동의서 와 면역접종기록카드

본인은 H1N1 백신접종에 관하여 읽고 설명을 받았으며, 그리고 제반 위험성과 혜택사항 그리고 부작용을 이해하고 있습니다. 본인은 궁금한 사항을 질의하거나, 우려사항을 전달할 기회가 있었고 그리고 충분한 답변을 받은 적이 있습니다. 본인은 광역전염성 H1N1 인플루엔자 백신이 본인이나 부양가족들에게 접종되는 것에 동의 합니다.

_____ _____ _____, 2009

확인서명(본인 또는 부모/보호자) 접종할 동반자녀와의 관계 날짜

접종 감독에 필요한 내

다음에서 조사하는 정보는 접종 감독만을 목적으로하여 파악하고 있습니다. 개인 인적사항을 확인하는 등에는 사용되지 않을 것 입니다. 정리된 통계자료는 종합적인 정보 내용에서 처리될 것 입니다.

성별 [Gender] : 남 [male] ☐ 여 [female] ☐

나이 [Age] : _____ 년 [years]

(일년 미만 단위 기입) [if less than 1 year] _____ 개월 [months]

현재 의사에게 정기적인 진찰을 받아야하는 상태에 있습니까? 예 [yes] ☐ 아니오 [no] ☐
[Do you have a **health condition** requiring regular visits to doctor?]

현재 임신 중 이시거나 혹은 일개월 정도 이내에 임신하실 계획을 고려하고 있습니까? 예 [yes] ☐ 아니오 [no] ☐
[Are you **pregnant** or considering becoming pregnant within one month?]

현재 의료 종사자로 근무하고 있습니까? 예 [yes] ☐ 아니오 [no] ☐
[Are you a **Health Care Worker**?]

본인은 원주민 신분 이십니까? 예 [yes] ☐ 아니오 [no] ☐
[Do you identify as **First Nations**?]

간호사 주관 스크린닝(정밀검사) [Screening by Nurse]

Dose: 1☐ 2 ☐
Type: Adjuvanted ☐ Unadjuvanted ☐

본인 또는 부양가족 중 아프거나, 발열증세가 있습니까? 예 [yes] ☐ 아니오 [no] ☐
Are you/your dependent sick or do you have a fever today?

본인 또는 부양가족 중 계란에 대한 심한 알레르기 반응이 있었던 사실을 알고 있는 바가 있습니까? 예 [yes] ☐ 아니오 [no] ☐
Do you/your dependent have any serious allergies, including egg, that you know of?

본인 또는 부양가족 중 예전에 백신에 대해 심한 반응을 경험한 적이 있습니까? 예 [yes] ☐ 아니오 [no] ☐
Have you or your dependent ever had a serious reaction to a previous dose of vaccine?

본인 또는 부양가족 중 길레인-베어 증후군(Guillain-Barrè Syndrome)을 일으킨 적이 있습니까? 예 [yes] ☐ 아니오 [no] ☐
Have you or your dependent ever developed Guillain-Barrè Syndrome?

Lot #_____ Vaccine Dosage (IM): ☐0.5 ml ☐0.25ml

Injection site: ☐deltoid ☐vastus lateralis

Name of person giving vaccine _____ _____
(PRINT) (SIGNATURE)