



Название [Name]:

Здоровье# [Health #]:

Дата рождения [DOB]:

Всеобщая Вакцина Гриппа Согласие и Отчет Иммунизации

Я прочитал или объяснил мне информацию относительно вакцины H1N1 и понимаю риски, выгоды и побочные эффекты. Я имел шанс спросить, подвергает сомнению/выражает мои проблемы и обеспечили достаточный ответ. Я соглашаюсь иметь всеобщую вакцину гриппа H1N1, данную мне или моему иждивенцу в это время.

_____, 2009
Подпись (сам или родительский / опекун)

Отношения иждивенцу,еслиприменяемая

_____, 2009
Дата

Утверждение об Информации Наблюдения

Информация ниже забрана в целях наблюдения только и не будет использоваться, чтобы идентифицировать людей. Итоговая статистика будет произведена от полной информации.

Род [Gender] :

Мужчина [male] Женский [female]

Возраст [Age] :

_____, годы [years]

(если менее чем 1-летний) [if less than 1 year]

_____, месяцы [months]

Вы имеете условие здоровья, требующее регулярных посещений доктора? [Do you have a health condition requiring regular visits to doctor?]

Да [yes] Нет [no]

Вы беременное или считающее становление беременными в пределах на месяце? [Are you pregnant or considering becoming pregnant within one month?]

Да [yes] Нет [no]

Действительно ли Вы - Работа Здравоохранения? [Are you a Health Care Worker?]

Да [yes] Нет [no]

Вы солидаризируетесь как Нации Кулака? [Do you identify as First Nations?]

Да [yes] Нет [no]

Экранирование Медсестрой [Screening by Nurse]

Dose: 1 2

Type: Adjuvanted Unadjuvanted

Зависят Вы/ваш больной, или Вы имеете лихорадку сегодня? [Are you/your dependent sick or do you have a fever today?]

Да [yes] Нет [no]

Сделайте Вас/ваш, иждивенец имеет любые серьезные аллергии, включая яйцо. то, что Вы знаете о? [Do you/your dependent have any serious allergies, including egg, that you know of?]

Да [yes] Нет [no]

Вы или ваш иждивенец когда-либо имели серьезную реакцию предыдущая доза вакцины? Have you or your dependent ever had a serious reaction to a previous dose of vaccine?

Да [yes] Нет [no]

Вы или ваш иждивенец когда-либо развивали Синдром Guillain-Barre? Have you or your dependent ever developed Guillain-Barré Syndrome?

Да [yes] Нет [no]

Lot # _____

Vaccine Dosage (IM): 0.5 ml 0.25ml

Injection site: deltoid

vastus lateralis

Name of person giving vaccine _____

(PRINT)

(SIGNATURE)