

ІНСТРУКЦІЯ ЩОДО ЗАПОВНЕННЯ

Форми згоди на шкільну імунізацію

- 1 ПРОЧИТАЙТЕ** інформаційний буклет про вакцини та захворювання, яким вони запобігають.
- 2 ВІДРІВІТЬ** цю інструкцію.
- 3 ЗАПОВНІТЬ** всі частини розділів 1 і 2 Форми згоди на шкільну імунізацію.
 - У **Розділі 1** обов'язково вкажіть, чи були в учня алергії чи попередні реакції на якусь вакцину.
 - Якщо учень коли-небудь отримував будь-яку з цих вакцин, не забудьте зазначити дати їх отримання в **Розділі 2**. Це допоможе медсестрі визначити, які вакцини потрібні.
- 4 ПІДПИШІТЬ І ПОСТАВТЕ ДАТУ** внизу Розділу 2.
- 5 ПОВЕРНІТЬ** Форму згоди на шкільну імунізацію до школи.

Департамент охорони здоров'я може зв'язатися з вами, якщо їм знадобиться додаткова інформація. Після того, як учень отримає УСІ вакцини, на які ви погодилися, його онлайн запис про щеплення буде оновлено.

ПІДПИШІТЬ та ПОВЕРНІТЬ форму згоди на імунізацію до школи, навіть якщо ви **НЕ ХОЧЕТЕ**, щоб учень отримував жодної вакцини.

ЯКЩО У ВАС Є СУМНІВИ, ЗАПИТАЙТЕ!

Якщо у вас виникли запитання щодо імунізації, або якщо ви щось не розумієте, зверніться до місцевого відділу охорони здоров'я. Ви знайдете контактну інформацію у буклеті шкільної програми імунізації або в Інтернеті за адресою www.nshealth.ca/public-health.

Форма згоди на шкільну імунізацію

Ця форма згоди поширюється на вакцину проти гепатиту В; вакцину від вірусу папіломи людини (ВПЛ 9); менингококову чотиривалентну вакцину; а також вакцину проти правця, дифтерії та ацелюлярного кашлюку (Tdap). Департамент охорони здоров'я Нової Шотландії захищатиме конфіденційність вашої особистої медичної інформації відповідно до Закону про персональну медичну інформацію. Сукупні дані імунізації збираються Службою охорони здоров'я та використовуються у звітності для підтримки планування та управління, а також для оцінки рівня охоплення в Новій Шотландії.

Заповніть Розділи 1 і 2.

Розділ 1: ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ УЧНЯ	клас: _____
Повне ім'я: _____	Бажане ім'я: _____
Адреса: _____	Поштовий індекс: [][][][][][]
Ім'я батька/матері/опікуна: _____	
Телефон батька/матері/опікуна: _____	Електронна адреса батька/матері/опікуна: _____
Прізвище сімейного лікаря/медичної сестри: _____	
Назва школи: _____	Прізвище вчителя та номер класної кімнати: _____
Номер медичної картки: [][][][] - [][][] - [][][]	Дата народження: [][][][] [][][] [][][]
	Рік Місяць День
Чи є в учня які-небудь алергії? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	Якщо так, вкажіть алергії: _____
Чи були у них будь-які реакції на вакцину в минулому? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	Якщо так, поясніть, будь ласка: _____

Розділ 2: ЗГОДА БАТЬКІВ/ОПІКУНІВ Примітка: Зріла неповнолітня особа може переважити згоду батьків/опікунів, якщо вважатиметься спроможною.
<ul style="list-style-type: none">Я прочитав інформацію, яку мені надали про ці чотири вакцини. Я розумію переваги, ризики та можливі реакції кожної вакцини.Згода, наведена нижче, дійсна протягом часу, необхідного для введення всіх доз вакцин, якщо я не скасую свою згоду в письмовій формі.Підписавшись нижче, я даю згоду на введення наступних вакцин (відзначте «Так» або «Ні» для кожної з вакцин) та на надання невідкладної допомоги (наприклад, епінефрину), якщо потрібно:
Вакцина проти гепатиту В (дві дози)
<input type="checkbox"/> ТАК, Я ПОГОДЖУЮСЯ <input type="checkbox"/> НІ, Я НЕ ПОГОДЖУЮСЯ
Якщо учень уже отримав вакцину Twinrix, будь ласка, вкажіть дати: Доза 1: _____ Доза 2: _____ Доза 3: _____
Якщо учень уже отримав вакцину проти гепатиту В, будь ласка, вкажіть назву вакцини: _____ і дати: Доза 1: _____ Доза 2: _____ Доза 3: _____
Вакцина від вірусу папіломи людини (ВПЛ 9) (дві дози)
<input type="checkbox"/> ТАК, Я ПОГОДЖУЮСЯ <input type="checkbox"/> НІ, Я НЕ ПОГОДЖУЮСЯ
Якщо учень уже отримав цю вакцину, будь ласка, вкажіть назву вакцини: _____ і дати: Доза 1: _____ Доза 2: _____ Доза 3: _____
Менингококова чотиривалентна вакцина (одна доза)
<input type="checkbox"/> ТАК, Я ПОГОДЖУЮСЯ <input type="checkbox"/> НІ, Я НЕ ПОГОДЖУЮСЯ
Якщо учень нещодавно отримав цю вакцину, будь ласка, вкажіть назву вакцини: _____ і дату: _____
Вакцина проти правця, дифтерії та ацелюлярного кашлюку (Tdap) (одна доза)
<input type="checkbox"/> ТАК, Я ПОГОДЖУЮСЯ <input type="checkbox"/> НІ, Я НЕ ПОГОДЖУЮСЯ
Якщо учень нещодавно отримав цю вакцину, будь ласка, вкажіть назву вакцини: _____ і дату: _____
ПОТРІБЕН ПІДПИС
Підпис: _____ (Батько/мати/опікун) Ім'я друкованими літерами: _____ (Батько/мати/опікун) Дата: _____
Департамент громадського здоров'я може зв'язатися з вами, якщо буде потрібна ще якась інформація.

ДЛЯ ЗАПОВНЕННЯ ДІЛЬНИЧНОЮ МЕДСЕСТРОЮ ЧИ ЛІЦЕНЗОВАНОЮ ПРАКТИЧНОЮ МЕДСЕСТРОЮ TO BE COMPLETED BY THE PUBLIC HEALTH NURSE OR LICENSED PRACTICAL NURSE	
Hepatitis B Vaccine	Vaccine Trade Name: _____
1st Dose: _____ Site: Rt arm <input type="checkbox"/> Lt arm <input type="checkbox"/>	Route: IM <input type="checkbox"/> Lot # _____
Time: _____ Date: _____ Signature: _____	
2nd Dose: _____ Site: Rt arm <input type="checkbox"/> Lt arm <input type="checkbox"/>	Route: IM <input type="checkbox"/> Lot # _____
Time: _____ Date: _____ Signature: _____	
Human Papillomavirus (HPV 9) Vaccine	Vaccine Trade Name: _____
1st Dose: _____ Site: Rt arm <input type="checkbox"/> Lt arm <input type="checkbox"/>	Route: IM <input type="checkbox"/> Lot # _____
Time: _____ Date: _____ Signature: _____	
2nd Dose: _____ Site: Rt arm <input type="checkbox"/> Lt arm <input type="checkbox"/>	Route: IM <input type="checkbox"/> Lot # _____
Time: _____ Date: _____ Signature: _____	
Meningococcal Quadrivalent Vaccine	Vaccine Trade Name: _____
1 Dose: _____ Site: Rt arm <input type="checkbox"/> Lt arm <input type="checkbox"/>	Route: IM <input type="checkbox"/> Lot # _____
Time: _____ Date: _____ Signature: _____	
Tetanus, Diphtheria, and Acellular Pertussis (Tdap) Vaccine	Vaccine Trade Name: _____
1 Dose: _____ Site: Rt arm <input type="checkbox"/> Lt arm <input type="checkbox"/>	Route: IM <input type="checkbox"/> Lot # _____
Time: _____ Date: _____ Signature: _____	