

接種乙型肝炎疫苗同意書

我收到多倫多公共衛生署寄來有關乙型肝炎疫苗的資料，並已詳細閱讀。我明白我的孩子接種乙型肝炎疫苗後可獲得的預期益處、對人體產生的風險和副作用，我也明白如果我的孩子不接種乙型肝炎疫苗可能產生的後果。如果我的孩子已在別處接種乙型肝炎疫苗，我已經在下表註明。如果我的孩子將來不是透過多倫多公共衛生署接種乙型肝炎疫苗，我同意通知多倫多公共衛生署。我明白如果我表示同意，多倫多公共衛生署會盡力為我的孩子完成接種合適劑量的乙型肝炎疫苗系列。完成整個系列可能需要注射一至兩針，視乎情況而定。我知道如果我的孩子對疫苗有任何不良反應，應立即通知醫生，這是很重要的。如果我需要更多有關乙型肝炎疫苗或其他疫苗的詳情，可以致電 **416-392-1250** 多倫多公共衛生署防疫注射熱線。

學生姓名：(姓) _____ (名) _____

出生日期：(年) _____ (月) _____ (日) _____ 性別： 男 女

安省保健卡號碼（如適用）： _____

學校： _____ 班別： _____

請清楚填寫下列適用的部分。

甲部分

是，我同意多倫多公共衛生署為我的孩子 _____ 接種必要次數的乙型肝炎疫苗，以完成他／她的乙型肝炎疫苗系列。我明白為了保護我的孩子，他／她最少需注射兩針。我知道多倫多公共衛生署將於未來 **24** 個月內為我的孩子接種必要次數的乙型肝炎疫苗，以完成整個系列。

日期： _____ 簽名： _____
(年/月/日) (母親 / 父親 / 合法監護人)

日間電話：(_____) _____

乙部分

我的孩子曾經接種乙型肝炎疫苗。該種乙型肝炎疫苗有別於兒童在嬰兒期接種的乙型肝炎嗜血桿菌疫苗。

注射第一針日期 _____

注射第二針日期 _____

注射第三針日期（如適用） _____

其他注射日期 _____

丙部分

不，我不想多倫多公共衛生署為我的孩子 _____ 接種乙型肝炎疫苗。

日期： _____ 簽署： _____
(年/月/日) (母親 / 父親 / 合法監護人)

多倫多公共衛生署收集本表格的個人健康資料，以推行防疫注射計劃。有關本署如何保障個人健康資料的私隱權，請參閱多倫多公共衛生署的私隱條文：www.toronto.ca/health/information_practice_statement.htm。如果你對這個過程有任何疑問，請致電 **416-392-1250** 防疫注射熱線。

FOR NURSE'S USE ONLY

NURSING ASSESSMENT QUESTIONS	DOSE ONE	DOSE TWO
1. Have you received needles for Hepatitis B immunization before today?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Dose One Date Checked Adequate Spacing Evident YES NO Initials_____
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
3. Did you have any reaction to the first Hepatitis B needle? Did you receive any Hepatitis B needle since your first dose?		<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
4. Do you understand what the needle is for?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
5. Are you allergic to the following: i/ Thimerosal ii/ yeast iii/ aluminium iv/ other	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no _____	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no _____
6. Are you sick today with anything more than a cold? Do you have a fever?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
7. Do you have any serious health problems? Are you taking any medication that may lower your immune system, e.g. anti-cancer agent?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Comments:	Comments:	Comments:
8. Are you pregnant? Do you think you might be pregnant?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Vaccine Information:	Vaccine: Recombivax Dose: 1 ml or .5ml Lot # _____ R / L deltoid Route: <u>IM</u> Date: _____ Time: _____ _____ Signature of Nurse	Vaccine: Recombivax Dose: 1 ml or .5ml Lot # _____ R / L deltoid Route: <u>IM</u> Date: _____ Time: _____ _____ Signature of Nurse
Nursing Notes:	[] Self Loaded [] Loaded by: _____	[] Self Loaded [] Loaded by: _____

September 2006/7