TORONTO Public Health

HEPATITIS B

Hepatite B Modulo di Consensa

Ho ricevuto e visionato le informazione sulla Epatite B inviatemi dalla Toronto Public Health. Capisco i benefici previsti, i rischi materiali e gli effetti collaterli per mio figlio dal vaccino contro la Epatite B e le eventuali connseguenze se mio figlio non viene vaccinato contro la Epatite B. Ho indicato qui sotto se mio figlio ha ricevuto il vaccino contro la Epatite B da un'altra fonte nel passato e sono d'accordo di avvisare la Toronto Public health se mio figlio riceverà il vaccino contro la Epatite B in futuro da una fonte diversa dalla Toronto Public Health. Capisco che se do il mio permesso, la Toronto Public Health farà ogni sforzo necessario per continuare o concludere la somministrazione della serie del vaccino contro la Epatite B con il(i) dosaggio(i) appropriato(i). A seconda delle circostanze, saranno necessarie una o due dosi per completare la serie. Sono stato informato circa l'importanza di avvisare un medico immediatamente in caso mio figlio dovesse reagire negativamente al vaccino. Se avrò bisogno di ulteriori informazioni su questo o su altri vaccini, posso chiamare la **Toronto Public Health Immunization Information Line at 416-392-1250.**

Nome dell'alunno: (Cognome) _____(Nome)_____

Data di nascita: (Anno) _____ (Mese) _____ (Giorno) ___ **Sesso: Maschio** o **Femmina**

Numero della Tessera Sanitaria dell'Ontario (se disponibile): _____

Scuola: _____ **Classe:**_____

Scrivere in stampatello e completare la(e) sezione(i) appropriata(e).

Parte A

SÌ, autorizzo la Toronto Public Health a somministrare le dosi necessarie del vaccino contro la Epatite B a mio figlio _____ per completare la serie di vaccinazioni contro la Epatite B. Capisco che un minimo di due (2) dosi è necessario per proteggere mio figlio. Capisco che la Toronto Public Health sarà disponibile per somministrare le dovute dosi per completare la serie di vaccinazioni contro la Epatite B a mio figlio entro i prossimi 24 mesi.

Data: _____ Firma:_____
aaaa/mm/gg (Madre / Padre / Tutore Legale)

Numero di Telefono durante il Giorno: (_____) _____

Parte B

Mio figlio **è già stato immunizzato** contro la Epatite B. Il vaccino contro la Epatite B è diverso dal vaccino Haemophilus influenzae tipo b (o Hib) somministrato ai bambini in infanzia.

Data della Prima Dose _____

Data della Seconda Dose _____

Data della Terza Dose (se ricevuto) _____

Data di eventuali altre dosi addizionali _____

Parte C

NO, non autorizzo la Toronto Public Health a somministare il vaccino contro la Epatite B a mio figlio _____.

Data: _____ Firma:_____
aaaa/mm/gg (Madre / Padre / Tutore Legale)

Le informazioni sanitarie personali su questo foglio sono state raccolte dalla Toronto Public Health per il Programma Vaccini per Malattie Prevenibili. Per informazioni su come proteggiamo la riservatezza delle informazioni personali, vedere la Dichiarazione sulla Privacy della Toronto Public Health al www.toronto.ca/health/information_practice_statement.htm Se avete domande su questo processo, contattate la Immunization Information Line al 416-392-1250.

FOR NURSE'S USE ONLY		
NURSING ASSESSMENT QUESTIONS	DOSE ONE	DOSE TWO
1. Have you received needles for Hepatitis B immunization before today?	o yes o no	**Dose One Date Checked Adequate Spacing Evident ☐ YES ☐NO Initials_____**
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	o yes o no	
3. Did you have any reaction to the first Hepatitis B needle? Did you receive any Hepatitis B needle since your first dose?		o yes o no o yes o no
4. Do you understand what the needle is for?	o yes o no	o yes o no
5. Are you allergic to the following: i/ Thimerosal ii/ yeast iii/ aluminium iv/ other	o yes o no o yes o no o yes o no _____	o yes o no o yes o no o yes o no _____
6. Are you sick today with anything more than a cold? Do you have a fever?	o yes o no o yes o no	o yes o no o yes o 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?	o yes o no o yes o no Comments:	o yes o no o yes o no Comments:
8. Are you pregnant? Do you think you might be pregnant?	o yes o no o yes o no	o yes o no o yes o no
Vaccine Information:	Vaccine: Recombivax Dose: **1 ml or .5ml** Lot #_____ R / L deltoid Route: __IM___ Date:_____ Time:_____ **[ITALIAN]** Signature of Nurse	Vaccine: Recombivax Dose: **1 ml or .5ml** Lot #_____ R / L deltoid Route:___IM____ Date:_____ Time: _____ Signature of Nurse
Nursing Notes:	[ ] Self Loaded [ ] Loaded by: _____	[ ] Self Loaded [ ] Loaded by:_____