

Zgoda na szczepienie dziecka przeciwko WZW B

Niniejszym oświadczam, że otrzymałem(am) i zapoznałem(am) się z informacją Wydziału Zdrowia m. Toronto (Toronto Public Health) na temat szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B; Hepatitis B). Rozumiem korzyści, jakich można się spodziewać, ewentualne ryzyko niepożądanych reakcji poszczepiennych jak i konsekwencje w przypadku, gdy moje dziecko nie zostanie zaszczepione. Podaję niżej informację o tym, czy moje dziecko zostało już zaszczepione przeciwko WZW B przez inną placówkę zdrowia. Zobowiązuję się również do powiadomienia Wydz. Zdrowia jeśli moje dziecko zostanie w przyszłości zaszczepione przeciwko WZW typu B przez inną placówkę. Rozumiem, że po otrzymaniu mojej zgody, Wydział Zdrowia dąży wszelkimi staraniami, by moje dziecko kontynuowało lub ukończyło pełen cykl szczepień przeciwko WZW B według przyjętego schematu dawkowania. W zależności od sytuacji, do zakończenia pełnego cyklu może być potrzebna 1 lub 2 dawki szczepionki. Zdaję sobie sprawę z ważności natychmiastowego zgłoszenia lekarzowi jakiegokolwiek poważnej reakcji poszczepiennej u mojego dziecka. Dalsze informacje na temat w/w lub innych szczepionek są dostępne pod nr. telefonu 416-392-1250 Toronto Public Health Immunization Information Line.

Nazwisko ucznia: _____ Imię _____

Data ur.: (rok) _____ (miesiąc) _____ (dzień) _____ Płeć: o męska lub o żeńska

Nr. Karty Zdrowia - Ontario Health Card (jeśli posiada): _____

Szkoła: _____ Klasa: _____

Wypełnić wyraźnie drukiem wszystkie odpowiednie rubryki.

Część A

TAK, wyrażam zgodę na zaszczepienie mojego dziecka _____ przez Toronto Public Health szczepionką przeciwko WZW B (Hepatitis B) wg obowiązującego schematu dawkowania aż do zakończenia cyklu. Rozumiem, że do uzyskania pełnej skuteczności konieczne są co najmniej dwie (2) dawki. Rozumiem, że TPH zobowiązuje się do zaszczepienia mojego dziecka szczepionką przeciwko WZW typu B wg obowiązującego schematu dawkowania w przeciągu następnych 24 miesięcy.

Data: _____ Podpis: _____
rok/mm/dd (matka /ojciec /opiekun z ramienia sądu)

Nr. tel. w ciągu dnia: (_____) _____

Część B

Moje dziecko **otrzymało już szczepionkę** przeciwko WZW B (Hepatitis B). Szczepionka ta różni się od szczepionki Haemophilus influenzae typu b (inaczej Hib), którą dzieci otrzymują w pierwszych mies. życia.

Data pierwszej dawki _____

Data drugiej dawki _____

Data trzeciej dawki (o ile się stosuje) _____

Data kolejnych dawek _____

Część C

NIE, nie wyrażam zgody na szczepienie mojego dziecka szczepionką przeciw WZW B w ramach szczepień zalecanych i dokonywanych przez Toronto Public Health _____ .

Data: _____ Podpis: _____
rok/mm/dd (matka /ojciec /opiekun z ramienia sądu)

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 <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 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: <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: _____