

Форма разрешения на проведение вакцинации против гепатита В

Я получил и прочитал информацию о вакцинации против гепатита В, присланную мне Toronto Public Health. Я осознанно возможные преимущества, материальный риск и побочные эффекты для моего ребенка от вакцинации против гепатита В и возможные последствия, если мой ребенок не пройдет вакцинацию против гепатита В. Ниже я указываю, проходил ли мой ребенок вакцинацию против гепатита В ранее, и соглашаюсь сообщить Toronto Public Health, если в будущем мой ребенок будет проходить вакцинацию против гепатита В в другом учреждении. Я понимаю, что при наличии моего согласия Toronto Public Health сделает все, чтобы завершить или продолжить курс вакцинации моего ребенка против гепатита В надлежащей дозой(-ами) вакцины. В зависимости от обстоятельств, для завершения курса могут быть необходимы одна или две дозы. Мне разъяснили необходимость срочно сообщить врачу о какой-либо побочной реакции моего ребенка на вакцину. Если мне понадобится какая-либо дополнительная информация об этой или иных вакцинах, я могу позвонить в Toronto Public Health по телефону Immunization Information Line 416-392-1250.

Имя ученика: (Фамилия) _____ (Имя) _____

Дата рождения: (Год) _____ (Месяц) _____ (День) _____ Пол: о Муж. или о Жен.

Номер карты Ontario Health (при наличии): _____

Школа: _____ Класс: _____

Пожалуйста, четко впишите всю информацию в применимых разделах ниже

Часть А

Да, я разрешаю Toronto Public Health вводить моему ребенку _____
_____ необходимые дозы вакцины против гепатита В для завершения курса вакцинации против гепатита В. Я понимаю, что для защиты моего ребенка требуются как минимум две (2) дозы вакцины. Я понимаю, что Toronto Public Health на протяжении последующих 24 месяцев сможет обеспечить необходимые дозы для полного курса вакцинации моего ребенка против гепатита В.

Дата: _____ Подпись: _____
год/месяц/день (Мать / Отец / Опекун)

№ телефона в рабочее время: (_____) _____

Часть В

Моему ребенку уже делали прививку против гепатита В. Вакцинация против гепатита В отличается от прививки против гемофильического гриппа типа b, которую делают новорожденным.

Дата введения первой дозы _____

Дата введения второй дозы _____

Дата введения третьей дозы (если давалась) _____

Дата введения каких-либо дополнительных доз _____

Часть С

НЕТ, я не хочу, чтобы Toronto Public Health делал моему ребенку _____
_____ прививку против гепатита В.

Дата: _____ Подпись: _____
год/месяц/день (Мать / Отец / Опекун)

Toronto Public Health собирает личную информацию о состоянии здоровья из этой формы в рамках программы вакцинации от предотвратимых заболеваний. Для получения информации о том, как мы обеспечиваем конфиденциальность личных данных о состоянии здоровья, читайте заявление о конфиденциальности Toronto Public Health на веб-странице www.toronto.ca/health/information_practice_statem. Если у вас возникнут вопросы по этому поводу, позвоните по телефону Immunization Information Line 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 <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:	<input type="checkbox"/> Self Loaded <input type="checkbox"/> Loaded by: _____	<input type="checkbox"/> Self Loaded <input type="checkbox"/> Loaded by: _____