

## Hepatitis B Kasulatan ng Pagsang-ayon

Aking natanggap at nabalik-aralan ang impormasyon tungkol sa bakunang Hepatitis B na ipinadala sa akin ng Toronto Public Health. Nauunawaan ko ang inaasahang mga benepisyo, mga panganib at di kanais-nais na mga epekto ng bakunang Hepatitis B sa aking anak, at ang maaaring kahinatnan kung hindi siya babakunahan laban dito. Tinukoy ko sa ibaba kung nabakunahan na ang aking anak mula sa ibang ahensya noong nakaraan at sumasang-ayon akong ipaalam sa Toronto Public Health kung babakunahan sa hinaharap ang aking anak ng ibang ahensya bukod sa Toronto Public Health. Nauunawaan ko na, kung aking pahihintulutan, magpupursigi ang Toronto Public Health na ipagpatuloy o tapusin ang serye ng pagbabakuna sa aking anak laban sa Hepatitis B ayon sa karampatang dosis (doses) nito. Depende sa mga kalagayan, maaaring isa o dalawang dosis ang kakailanganin para matapos ang serye. Ipinaliwanag na sa akin ang importansya ng kagyat na pag-uulat sa isang doktor ng anumang di kanais-nais na reaksyon ng aking anak sa bakuna. Kung kailangan ko ng dagdag pang impormasyon tungkol dito, maaari akong tumawag sa **Toronto Public Health Immunization Information Line sa 416-392-1250.**

Pangalan ng estudyante: (Huli) \_\_\_\_\_ (Una) \_\_\_\_\_

Kaarawan: (Taon) \_\_\_\_\_ (Buwan) \_\_\_\_\_ (Araw) \_\_\_\_\_ Kasarian: Lalaki   Babae

Ontario Health Card Number (kung mayroon): \_\_\_\_\_

Paaralan: \_\_\_\_\_ Klase: \_\_\_\_\_

**Paki-print nang malinaw at buo ang angkop na bahaging nasa ibaba.**

### Bahaging A

**OO**, ako'y pumapayag na bigyan ng Toronto Public Health ang aking anak na si \_\_\_\_\_ ng kinakailangang dosis ng bakunang Hepatitis B para makumpleto ang serye ng kanyang bakuna laban sa Hepatitis B. Nauunawaan kong dalawang (2) doses sa minimum ang kailangan para maprotektahan ang aking anak. Nauunawaan kong handa ang Toronto Public Health na magbigay ng kinakailangang dosis sa aking anak para makumpleto ang serye ng bakunang Hepatitis B sa loob ng kasunod na 24 buwan.

Petsa: \_\_\_\_\_ Pirma: \_\_\_\_\_

tttt/bb/aa

(Ina / Ama / Ligal na Tagapangalaga)

Telepono sa Umaga: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### Bahaging B

Ang aking anak ay **nabakunahan na** laban sa Hepatitis B. Ang bakunang Hepatitis B ay kakaiba sa bakunang Haemophilus influenzae type b (o Hib) na ibinibigay sa mga sanggol.

Petsa ng Unang Dosis \_\_\_\_\_

Petsa ng Ikalawang Dosis \_\_\_\_\_

Petsa ng Ikatlong Dosis (kung binigyan) \_\_\_\_\_

Petsa ng anumang dagdag pang dosis \_\_\_\_\_

### Bahaging C

**HINDI**, hindi ko gustong bakunahan ng Toronto Public Health ang aking anak na si \_\_\_\_\_ laban sa Hepatitis B.

Petsa: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

tttt/bb/aa

(Ina / Ama / Ligal na Tagapangalaga)

## 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	<b>Dose One Date Checked Adequate Spacing Evident</b> <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
<b>Vaccine Information:</b>	Vaccine: Recombivax      Dose: <b>1 ml or .5ml</b> Lot # _____ R / L deltoid                      Route: <u>  IM  </u> Date: _____      Time: _____  _____ Signature of Nurse	Vaccine: Recombivax      Dose: <b>1 ml or .5ml</b> Lot # _____ R / L deltoid                      Route: <u>  IM  </u> Date: _____      Time: _____  _____ Signature of Nurse
<b>Nursing Notes:</b>	[ ] Self Loaded    [ ] Loaded by: _____	[ ] Self Loaded    [ ] Loaded by: _____