

Форма дозволу на проведення вакцинації проти гепатиту В

Я отримав та прочитав інформацію про вакцинацію проти гепатиту В, яку надіслала мені Toronto Public Health. Я усвідомлюю можливі переваги, матеріальний ризик, та побічні ефекти для моєї дитини від вакцинації проти гепатиту В, а також можливі наслідки, якщо моя дитина не пройде вакцинацію проти гепатиту В. Нижче я зазначив, чи проходила моя дитина вакцинацію проти гепатиту В раніше, та погоджуюся повідомити Toronto Public Health, якщо у майбутньому моя дитина проходитиме вакцинацію проти гепатиту В в іншому закладі. Я усвідомлюю, що, за моєї згоди, Toronto Public Health зробить усе, щоб закінчити чи продовжити курс вакцинації моєї дитини проти гепатиту В належною дозою(-ами) вакцини. Залежно від обставин, для закінчення курсу можуть бути необхідними одна чи дві дози. Мені повідомили, що необхідно негайно розповісти лікареві про будь-яку побічну реакцію моєї дитини на вакцину. Якщо мені буде потрібна будь-яка додаткова інформація про цю чи іншу вакцину, я можу зателефонувати до Toronto Public Health за номером Immunization Information Line 416-392-1250.

Ім'я учня: (Прізвище) _____ (Ім'я) _____

Дата народження: (Рік) _____ (Місяць) _____ (День) _____ Стать: о Чол. чи о Жін.

Номер карти Ontario Health (якщо є): _____

Школа: _____ Клас: _____

Будь ласка, чітко впишіть усю інформацію у тих розділах, які Вас стосуються.

Частина А

Так, я дозволяю Toronto Public Health вводити моїй дитині _____
_____ необхідні дози вакцини проти гепатиту В для здійснення курсу вакцинації проти гепатиту В. Я розумію, що необхідно як мінімум дві (2) дози вакцини для захисту моєї дитини. Я розумію, що Toronto Public Health протягом наступних 24 місяців зможе забезпечити необхідні дози для закінчення курсу вакцинації моєї дитини проти гепатиту В.

Дата: _____ Підпис: _____
рік/місяць/день (Мати /Батько / Опікун)

№ телефону в робочий час: (_____) _____

Частина В

Моїй дитині вже проводили вакцинацію проти гепатиту В. Вакцинація проти гепатиту В відрізняється від вакцинації проти гемофільного грипу типу b, яку проводять новонародженим дітям.

Дата введення першої дози _____

Дата введення другої дози _____

Дата введення третьої дози (якщо давалась) _____

Дата введення будь-яких додаткових доз _____

Частина С

Ні, я не хочу, щоб Toronto Public Health робила моїй дитині _____
_____ вакцинацію проти гепатиту В.

Дата: _____ Підпис: _____
рік/місяць/день (Мати /Батько / Опікун)

Toronto Public Health збирає інформацію про особисте здоров'я з цієї форми для програми вакцинації для запобігання захворювання. Щоб отримати інформацію про те, як ми забезпечуємо конфіденційність інформації про особисте здоров'я, читайте заяву про конфіденційність Toronto Public Health на веб-сторінці www.toronto.ca/health/information_practice_statement.htm.
Якщо у вас виникнуть питання щодо цього, будь ласка, зателефонуйте за номером 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?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> 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="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
4. Do you understand what the needle is for?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
5. Are you allergic to the following: i/ Thimerosal ii/ yeast iii/ aluminium iv/ other	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no _____	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no _____
6. Are you sick today with anything more than a cold? Do you have a fever?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> 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="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no Comments:	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no Comments:
8. Are you pregnant? Do you think you might be pregnant?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> 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: _____