

Mẫu Ưng thuận Chủng ngừa Viêm Gan B

Tôi đã nhận và xem các hướng dẫn về thuốc chủng ngừa bệnh Viêm Gan B mà Sở Y tế Công cộng Toronto đã gửi cho tôi. Tôi hiểu rõ các lợi ích mong đợi, các nguy cơ và phản ứng phụ về thể chất có thể đến từ thuốc chủng ngừa Viêm Gan B cho con em tôi và các hậu quả có thể xảy ra nếu con em tôi không được chủng ngừa bệnh Viêm Gan B. Tôi đã ghi rõ dưới đây về việc con em tôi đã được chủng ngừa Viêm Gan B ở một nơi khác trước đây và đồng ý sẽ thông báo cho Sở Y tế Công cộng Toronto nếu con tôi được chủng ngừa Viêm Gan B trong tương lai ở một nơi khác không phải là Sở Y tế Công cộng Toronto. Tôi hiểu rằng nếu tôi đồng ý thì Sở Y tế Công cộng Toronto sẽ làm hết sức để tiếp tục hay hoàn tất loạt tiêm chủng Viêm Gan B với (các) liều tiêm chủng thích hợp. Tùy theo trường hợp, một hay ba liều có thể cần thiết để hoàn tất loạt tiêm chủng. Tôi đã được báo cho biết về sự quan trọng của việc phải báo ngay cho một bác sĩ nếu thấy có bất kỳ phản ứng có hại nào mà thuốc chủng ngừa gây ra cho con tôi. Nếu tôi muốn có thêm thông tin hướng dẫn về thuốc chủng này hay một loại thuốc chủng khác thì tôi có thể gọi cho **Đường dây Thông tin Tiêm chủng thoại Hướng dẫn của Sở Y tế Công cộng Toronto (Toronto Public Health Immunization Information Line) là 416-392-1250.**

Tên Học sinh: (Họ) _____ (Tên) _____

Ngày sinh: (Năm) _____ (Tháng) _____ (Ngày) _____ **Phái:** Nam hay Nữ

Số thẻ Bảo hiểm Y tế Ontario (Health Card) (nếu có): _____

Trường: _____ Lớp: _____

Xin dùng chữ in rõ ràng để điền các khoản thích hợp dưới đây

Phần A

CÓ, tôi đồng ý cho sở Y tế Công cộng Toronto chủng một liều thuốc chủng ngừa Viêm Gan B cho con em tôi là _____ để hoàn tất loạt tiêm chủng Viêm Gan B của em. Tôi hiểu rằng cần ít nhất là hai (2) liều để bảo vệ cho con em tôi. Tôi biết rằng Sở Y tế Công cộng Toronto sẽ sẵn sàng để tiêm chủng các liều cần thiết để hoàn tất loạt chủng ngừa Viêm Gan B cho con em tôi trong vòng 24 tháng tới.

Ngày: _____ Chữ ký: _____
năm/tháng/ngày (Cha/ Mẹ/ Giám hộ)

Số Điện thoại ban ngày: (_____) _____

Phần B

Con em tôi **đã được chủng ngừa trước đây** chống Viêm Gan B. Loại thuốc chủng Viêm Gan B thì khác với loại thuốc chủng Haemophilus influenzae type b (hay Hib) mà trẻ em được chủng lúc sơ sinh.

Ngày chủng lần thứ Nhất _____
Ngày chủng lần thứ Hai _____
Ngày chủng lần thứ Ba (nếu có) _____
Ngày chủng các lần kế _____

Phần C

KHÔNG, tôi không muốn Sở Y tế Công cộng Toronto chủng ngừa Viêm Gan B cho con em tôi.

Ngày: _____ Chữ ký: _____
năm/tháng/ngày (Cha/ Mẹ/ Giám hộ)

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="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Dose One Date Checked Adequate Spacing Evident ↑ YES NO Initials _____
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
4. Do you understand what the needle is for?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
5. Are you allergic to the following: i/ Thimerosal ii/ yeast iii/ aluminium iv/ other	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no _____	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no _____
6. Are you sick today with anything more than a cold? Do you have a fever?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Comments: _____	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Comments: _____
8. Are you pregnant? Do you think you might be pregnant?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> 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: _____