

接種腦膜炎球菌疫苗同意表格：MENACTRA®

學生姓名：(姓) _____ (名) _____

出生日期：(年) _____ (月) _____ (日) _____ 性別： 男 女

安省保健卡號碼(如適用)： _____

學校名稱： _____ 級別： _____

家長：

- a) 請只填寫一欄，即同意或不同意。
- b) 請註明您的孩子是否已經接種了腦膜炎球菌疫苗。

同意。我同意讓多倫多公共衛生署為我的孩子 _____ 注射一劑 MENACTRA® 疫苗。我已經閱讀多倫多公共衛生署的 MENACTRA® 資料單張。我明白接種 MENACTRA® 疫苗對我孩子帶來的益處、風險及可能產生的副作用。我明白我可以隨時撤消同意。如果我的孩子對疫苗有嚴重不良反應，我會立即去見醫生及聯絡多倫多公共衛生署。目前，只需注射一劑這種疫苗便可以保障我的孩子。

日期： _____ 簽署： _____ 日間聯絡電話 # _____
年/月/日 (母親 / 父親 / 法定監護人)

或 -----

我的孩子已經接種了以下預防腦膜炎球菌的疫苗：

Menomune® _____ (接種疫苗的日期)

Men AC® _____ (接種疫苗的日期)

MENACTRA® _____ (接種疫苗的日期)

Menjugate®/NeisVac-C®/Meningitec® _____ (接種疫苗的日期)

或 -----

不同意，我不同意讓多倫多公共衛生署為我的孩子 _____ 注射 MENACTRA® 疫苗。我明白我的孩子如果不接種疫苗可能引致的後果。

日期： _____ 簽署： _____
年/月/日 (母親 / 父親 / 法定監護人)

在下列情況下請致電疫苗接種熱線，416-392-1250：

- 如果您的孩子將會由另一名醫護人員為其接種腦膜炎球菌疫苗
- 如果您需要更多有關這種疫苗的資訊

FOR NURSE'S USE ONLY

MENACTRA[®] vaccine required : yes no

Nursing Assessment Questions

1. Have you received needles for MENACTRA [®] immunization before today?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
3. Do you understand what the needle is for?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
4. Are you allergic to the following: i/ Latex ii/ Diptheria Toxoid iii/ 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 _____
5. Have you ever been diagnosed with Guillain-Barre Syndrome (GBS) (note: GBS is a neurological disorder that causes muscle paralysis)	<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
7. Do you have any serious health problems, i.e. seizures, paralysis, history of fainting? 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:
8. Do you think you might be pregnant?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no

<p><u>Nursing Notes:</u></p> 	<p><u>Vaccine:</u> MENACTRA[®] Dose:0.5 ml</p> <p>Lot # _____</p> <p>R / L deltoid Route: <u> IM </u></p> <p>Date: _____ Time: _____</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="text-align: center;">Signature of Nurse</p>
---	---