

## Zgoda na szczepienie przeciwko meningokokowemu zapaleniu opon mózgowych szczepionką MENACTRA®

Nazwisko ucznia: \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

Data ur.: (rok) \_\_\_\_\_ (miesiąc) \_\_\_\_\_ (dzień) \_\_\_\_\_ Płeć: o męska o żeńska

Nr. Karty Zdrowia (Ontario Health Card) (jeśli posiada): \_\_\_\_\_

Nazwa szkoły: \_\_\_\_\_ Klasa: \_\_\_\_\_

### Uwaga Rodzice:

- a) Wypełnić rubrykę **TAK** lub **NIE**.
- b) Podać jeśli dziecko zostało już zaszczepione szczepionką przeciwko meningokokom.

**TAK**, wyrażam zgodę na szczepienie mojego dziecka \_\_\_\_\_ przez Wydział Zdrowia (Toronto Public Health) jedną dawką szczepionki MENACTRA®. Zapoznałem/am się z treścią ulotki dot. szczepionki MENACTRA® przekazanej mi przez Wydział Zdrowia. Rozumiem pożądane skutki jak i ewentualne ryzyko reakcji po szczepieniu MENACTRA®. Rozumiem, że mogę każdej chwili wycofać swoją zgodę. W przypadku poważnej reakcji poszczepiennej udam się natychmiast do lekarza oraz skontaktuję się z Wydziałem Zdrowia. Do uodpornienia mojego dziecka potrzebna jest w tej chwili wyłącznie jedna dawka w/w szczepionki.

Data: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_ Nr. tel. w ciągu dnia \_\_\_\_\_  
rok/mies./dzień (matka / ojciec / opiekun z ramienia sądu)

### LUB -----

**MOJE DZIECKO BYŁO JUŻ SZCZEPIONE 1 Z PODANYCH TU szczepionek przeciwko meningokokom:**

Menomune® \_\_\_\_\_ (data szczepienia)

Men AC® \_\_\_\_\_ (data szczepienia)

**MENACTRA®** \_\_\_\_\_ (data szczepienia)

Menjugate®/NeisVac-C®/Meningitec® \_\_\_\_\_ (data szczepienia)

### LUB -----

**NIE**, nie wyrażam zgody na szczepienie mojego dziecka \_\_\_\_\_ szczepionką **MENACTRA®** zalecanego przez Wydział Zdrowia. Rozumiem ewentualne konsekwencje w przypadku, gdy moje dziecko nie zostało zaszczepione.

Data: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_  
rok/mies./dzień (matka /ojciec / opiekun z ramienia sądu)

**Dzwoń na Infolinię Szczepień Ochronnych (Immunization Line) pod nr. 416-392-1250:**

- Jeśli Twoje dziecko zostanie w przyszłości zaszczepione przeciwko meningokokom w innej placówce zdrowia
- Jeśli chciał(a)byś otrzymać dodatkowe informacje na temat w/w szczepionki

## FOR NURSE'S USE ONLY

MENACTRA<sup>®</sup> vaccine required :  yes  no

### Nursing Assessment Questions

1. Have you received needles for MENACTRA <sup>®</sup> 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 <hr style="width: 10%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>
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><b><u>Nursing Notes:</u></b></p>    	<p><b><u>Vaccine:</u></b> MENACTRA<sup>®</sup>                      Dose: <b>0.5 ml</b></p> <p>Lot # _____</p> <p>R / L deltoid    Route: <u>  IM  </u></p> <p>Date: _____    Time: _____</p> <hr style="border: 1px solid black;"/> <p style="text-align: center;">Signature of Nurse</p>
---	--