

Pahintulot sa Pagbibigay ng Bakunang Meningococcal: MENACTRA®

Pangalan ng Estudyante: (Apeyido) \_\_\_\_\_ (Pangalan) \_\_\_\_\_

Petsa ng pagkapanganak: (Taon) \_\_\_\_\_ (Buwan) \_\_\_\_\_ (Araw) \_\_\_\_\_ Kasarian: o Lalaki o Babae

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

Pangalan ng Paalaran: \_\_\_\_\_ Klase: \_\_\_\_\_

**Mga Magulang:**

- a) Mangyaring sagutan ang isa sa mga bahaging **OO** o **HINDI**.
- b) Isulat kung ang inyong anak ay nakakuha na ng bakunang meningococcal laban sa “meningitis”.

**OO**, pinahihintulutan ko ang Toronto Public Health na magbigay ng isang dosis ng bakunang MENACTRA® sa aking anak na si \_\_\_\_\_. Nabasa ko na ang mga datos ng Toronto Public Health tungkol sa MENACTRA®. Naiintindihan ko ang mga benepisyong panganiib at posibleng di-inaasahang epekto ng bakunang MENACTRA® sa aking anak. Naiintindihan kong maaari kong bawiin ang aking pahintulot sa anumang panahon. Kung magkaroon ng di-mabuting reaksyon ang aking anak sa bakuna, agad akong pupunta sa isang doktor at ugnay sa Toronto Public Health. Isang dosis lamang ang kailangan upang mabigyang-proteksyon ang anak ko sa ngayon.

Pangalan: \_\_\_\_\_ Lagda: \_\_\_\_\_ Telepono sa araw \_\_\_\_\_  
tttt/bb/aa (Ina / Ama / Legal na Tagapag-alaga)

-----

**ANG AKING ANAK AY NAKAKUHA NA NG (MGA) SUMUSUNOD NA bakuna laban sa meningococcal meningitis:**

|                                   |       |                        |
|-----------------------------------|-------|------------------------|
| Menomune®                         | _____ | (petsa ng pagbabakuna) |
| Men AC®                           | _____ | (petsa ng pagbabakuna) |
| <b>MENACTRA®</b>                  | _____ | (petsa ng pagbabakuna) |
| Menjugate®/NeisVac-C®/Meningitec® | _____ | (petsa ng pagbabakuna) |

-----

**HINDI** ko pinahihintulutan ang Toronto Public Health na bigyan ng bakunang **MENACTRA®** ang aking anak na si \_\_\_\_\_. Naiintindihan ko ang mga maaaring kahinatnan kung hindi mabakunahan ang aking anak.

Petsa: \_\_\_\_\_ Lagda: \_\_\_\_\_

**Tumawag sa Immunization Information Line sa 416-392-1250:**

- Kung sa hinaharap ay kumuha ng bakunang meningococcal ang inyong anak mula sa ibang tapagbigay ng serbisyong pangkalusugan
- Kung kailangan ninyo ng karagdagang impormasyon tungkol sa bakunang ito

## 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:<br>i/ Latex<br>ii/ Diptheria Toxoid<br>iii/ Other  | <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no<br><input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no<br><input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no<br>_____ |
| 5. Have you ever been diagnosed with Guillain-Barre Syndrome (GBS)<br><br>(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?<br><br>Do you have a fever?  | <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no<br><br><input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no  |
| 7. Do you have any serious health problems, i.e. seizures, paralysis, history of fainting?<br><br>Are you taking any medication that may lower your immune system, e.g. anti-cancer agent? | <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no<br><br><input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no<br><br>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><br><br><br><br> | <p><b><u>Vaccine:</u></b> MENACTRA<sup>®</sup>                      <b>Dose: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> |
|---|---|