

முனைக்காய்ச்சல் தடுப்பூசி சம்மதப் படிவம்: MENACTRA®

மாணவரின் பெயர்:(குடும்பப் பெயர்) _____ (முதற் பெயர்) _____

பிறந்த திகதி: (ஆண்டு) _____ (மாதம்) _____ (நாள்) _____ பால்: ஆண் அல்லது பெண்

ஒன்றாறியோ சுகாதார அட்டை இலக்கம் இருந்தால்: _____

பாடசாலை: _____ வகுப்பறை: _____

பெற்றார்:

அ) ஆம் அல்லது இல்லை பிரிவை நிரப்பவும்.

ஆ) உங்கள் பிள்ளைக்கு ஏற்கெனவே முனைக்காய்ச்சல் தடுப்பூசி ஏற்றப்பட்டதா என்பதைக் குறிப்பிடவும்.

ஆம், ரொறன்ரோ பொது சுகாதாரத் துறை _____ எனப்படும் எனது பிள்ளைக்கு ஒரு தடவை MENACTRA® தடுப்பூசி ஏற்றுவதற்கு நான் சம்மதிக்கிறேன். MENACTRA® குறித்து ரொறன்ரோ பொது சுகாதாரத் துறை முன்வைத்த விபரமடலை நான் வாசித்துள்ளேன். MENACTRA® தடுப்பூசி ஏற்றுவதால் எனது பிள்ளைக்கு ஏற்படக்கூடிய நன்மைகள், ஆபத்துகள், பக்க விளைவுகளை நான் விளங்கிக்கொண்டுள்ளேன். எந்த வேளையிலும் எனது சம்மதத்தை என்னால் விலக்கிக்கொள்ள முடியும் என்பதை நான் விளங்கிக் கொண்டுள்ளேன். இத்தடுப்பூசி ஏற்றியதால் எனது பிள்ளைக்கு ஏதாவது தகாத விளைவு ஏற்பட்டால், நான் உடனடியாக ஒரு வைத்தியரிடம் செல்வேன். அத்துடன் ரொறன்ரோ பொது சுகாதாரத் துறைபடனும் தொடர்புகொள்வேன். இப்பொழுது எனது பிள்ளையைப் பாதுகாப்பதற்கு ஒரு தடவை மட்டுமே தடுப்பூசி ஏற்றவேண்டியுள்ளது.

திகதி: _____ ஒப்பம்: _____ பகல்வேளைத் தொலைபேசி இலக்கம்: (____) _____
(ஆண்டு/மாதம்/நாள்) (தாய்/தந்தை/சட்டப்படியான பாதுகாவலர்)

அல்லது -----

எனது பிள்ளைக்கு ஏற்கெனவே பின்வரும் முனைக்காய்ச்சல் தடுப்பூசி ஏற்றப்பட்டுள்ளது (தடுப்பூசிகள் ஏற்றப்பட்டுள்ளன):

Menomune® _____ (தடுப்பூசி ஏற்றிய திகதி)

Men AC® _____ (தடுப்பூசி ஏற்றிய திகதி)

MENACTRA® _____ (தடுப்பூசி ஏற்றிய திகதி)

Menjugate®/NeisVac-C®/Meningitec® _____ (தடுப்பூசி ஏற்றிய திகதி)

அல்லது -----

இல்லை, ரொறன்ரோ பொது சுகாதாரத் துறை _____ எனப்படும் எனது பிள்ளைக்கு MENACTRA® தடுப்பூசி ஏற்றுவதற்கு நான் சம்மதிக்கவில்லை. எனது பிள்ளைக்கு தடுப்பூசி ஏற்றாவிட்டால் ஏற்படக்கூடிய விளைவுகளை நான் விளங்கிக்கொண்டுள்ளேன்.

திகதி: _____ ஆண்டு/மாதம்/நாள் _____ ஒப்பம்: _____ (தாய் /தந்தை /சட்டப்படியான பாதுகாவலர்)

- வருங்காலத்தில் வேறொரு சுகாதார பராமரிப்பாளர் உங்கள் பிள்ளைக்கு முனைக்காய்ச்சல் தடுப்பூசி ஏற்றினால்
- இத்தடுப்பூசி தொடர்பாக உங்களுக்கு மேலதிக விபரங்கள் தேவைப்பட்டால் தடுப்புமருந்து தகவல் இணைப்பை அழைக்கவும்: 416-392-1250.

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="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
3. Do you understand what the needle is for?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
4. Are you allergic to the following: i/ Latex ii/ Diptheria Toxoid iii/ 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 _____
5. Have you ever been diagnosed with Guillain-Barre Syndrome (GBS) (note: GBS is a neurological disorder that causes muscle paralysis)	<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
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="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Comments:
8. Do you think you might be pregnant?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> 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: 1px solid black;"/> <p style="text-align: center;">Signature of Nurse</p>
---	---