

Менінгококова вакцина – форма інформованої згоди: MENACTRA®

Ім'я учня: (прізвище) _____ (ім'я) _____

Дата народження: (рік) _____ (місяць) _____ (день) _____ Стать: чоловіча жіноча

Номер карти медичного страхування Онтаріо (якщо є): _____

Назва школи: _____ Клас: _____

Батьки:

а) Будь ласка, заповніть один з розділів – **ТАК** або **НІ**.

б) Напишіть, чи прививалася вже Ваша дитина менінгококовою вакциною “meningitis”.

ТАК, я згоден (згодна) з тим, щоб відділ охорони здоров'я (Торонто Toronto Public Health) зробив щеплення однією дозою вакцини MENACTRA® моєї дитині

_____. Я прочитав (прочитала) інформаційний бюлетень відділу охорони здоров'я Торонто про MENACTRA®. Я усвідомлюю переваги, ризики і можливі побічні ефекти для моєї дитини від вакцинації MENACTRA®. Я розумію, що я можу відізнати свою згоду у будь-який час. Якщо у моєї дитини виникне побічна реакція на вакцину, я звернуся до лікаря негайно і зв'яжусь з відділом охорони здоров'я Торонто. В даний час для захисту моєї дитини необхідна лише одна доза цієї вакцини.

Дата: _____ Підпис: _____ Номер телефону: _____
рік/місяць/день (мати / батько / офіційний опікун) (для зв'язку у денний час)

АБО

МОЇЙ ДИТИНІ ВЖЕ БУЛО ЗРОБЛЕНО ЩЕПЛЕННЯ НАСТУПНОЮ (НАСТУПНИМИ) вакциною (вакцинами) проти менінгококового менінгіту:

Menomune® _____ (дата вакцинації)

Men AC® _____ (дата вакцинації)

MENACTRA® _____ (дата вакцинації)

Menjugate®/NeisVac-C®/Meningitec® _____ (дата вакцинації)

АБО

НІ, я не згоден (незгодна) з тим, щоб відділ охорони здоров'я Торонто зробив щеплення вакциною **MENACTRA®** моєї дитині _____. Я усвідомлюю можливі наслідки, якщо моя дитина не буде вакцинована.

Дата: _____ Підпис: _____
рік/місяць/день (мати / батько / офіційний опікун)

Зателефонуйте в інформаційну службу з питань вакцинації за номером 416-392-1250:

- Якщо Вашій дитині буде зроблено щеплення менінгококовою вакциною в майбутньому іншою установою охорони здоров'я
- Якщо Вам необхідна детальніша інформація про цю вакцину

Особисту інформацію про здоров'я в даній формі було отримано на підставі закону «Про охорону і зміцнення здоров'я», R.S.O. 1990, с. Н. 7. Вона використовується в цілях програми відділу охорони здоров'я Торонто по хворобах, яким можна запобігти вакцинацією (Toronto Public Health Vaccine Preventable Diseases Program). **Конфіденційність цієї інформації знаходиться під захистом.** Для отримання детальнішої інформації прочитайте нашу заяву про конфіденційність за адресою www.toronto.ca/health/information_practice_statement.htm або зв'яжіться з керівником програми п Vaccine Preventable Diseases Program - 850 Coxwell, Avenue, Toronto, ON, M4C 5R1 або подзвоніть за номером телефону: 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="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><u>Nursing Notes:</u></p> 	<p>Vaccine: 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>
-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------