

Mẫu Ứng thuận Chủng ngừa Viêm Màng Óc: MENACTRA®

Tên Học sinh: (Họ) _____ (Tên gọi) _____

Ngày sinh: (Năm) _____ (Tháng) _____ (Ngày) _____ **Phái:** Nam Nữ

Số Thẻ Y tế Ontario (nếu có): _____

Tên Trường: _____ Lớp: _____

Cha Mẹ:

a) Xin chọn phần **CÓ** hay **KHÔNG** để chỉ điền một phần.

b) Nếu con em quý vị đã được chủng ngừa viêm màng não thì xin ghi rõ.

CÓ, tôi ưng thuận cho Sở Y tế Công cộng Toronto chủng ngừa một liều vắc-xin MENACTRA® cho con em tôi _____ . Tôi đã đọc tờ thông tin xác thực về MENACTRA® của Sở Y tế Công cộng. Tôi biết rõ các lợi ích, nguy cơ và các hiệu ứng phụ có thể xảy đến cho con em tôi qua việc chủng ngừa bằng MENACTRA®. Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại sự ưng thuận này bất kỳ lúc nào. Nếu con em tôi bị phản ứng bất lợi với vắc-xin, tôi sẽ đi gặp bác sĩ ngay và liên lạc với Sở Y tế Công cộng Toronto. Chỉ cần chủng một liều vắc-xin để bảo vệ con em tôi vào lúc này.

Ngày: _____ Chữ ký: _____ Điện thoại ban ngày _____
năm/tháng/ngày (Mẹ / Cha /Giám hộ)

HAY -----

CON EM TÔI ĐÃ ĐƯỢC CHỦNG LOẠI thuốc chủng ngừa viêm màng não DƯỚI ĐÂY:

Menomune® _____ (ngày được chủng)

Men AC® _____ (ngày được chủng)

MENACTRA® _____ ((ngày được chủng)

Menjugate®/NeisVac-C®/Meningitec® _____ (ngày được chủng)

HOẶC -----

KHÔNG, tôi không ưng thuận cho Sở Y tế Công cộng Toronto chủng ngừa vắc-xin MENACTRA® cho con em tôi _____. Tôi biết rõ các hậu quả có thể có nếu con em tôi không được chủng ngừa.

Ngày: _____ Chữ ký: _____

Xin Gọi Đường Dây Thông tin Tiêm chủng số 416-392-1250:

- Nếu sau này con em quý vị được một nơi cung cấp chăm sóc y tế khác chủng ngừa viêm màng não
- Nếu cần tìm hiểu thêm về loại vắc-xin này

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
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>
---	---