

Quận Sacramento, Bộ Y Tế

Đơn Cho Khám và Chấp Thuận cho thuốc chủng ngừa Bệnh Cúm H1N1 bơm (Trong Mũi) hay Có Thể Tiêm Được

ĐƠN CHẤP THUẬN THUỐC CHỦNG NGỪA BỆNH CÚM H1N1 FLU VACCINE

Xin đọc và trả lời TẤT CẢ câu hỏi trước khi ký chấp thuận. Tùy thuộc vào câu trả lời của bạn cho các câu hỏi được liệt kê dưới đây, bạn hoặc con của bạn, sẽ nhận được thuốc chủng ngừa bệnh cúm H1N1 bơm vào trong mũi hoặc là thuốc chủng ngừa bệnh cúm H1N1 có thể tiêm được. Xin lưu ý rằng tất cả trẻ em dưới 10 năm tuổi cần ít nhất 2 lần cách nhau 3-4 tuần.

TÊN: _____ NGÀY SINH: _____ TUỔI: GIỚI TÍNH: Nam hay Nữ
(Tên) (Ho) (tháng- ngày- năm)

ĐIỆN THOẠI: () _____ ĐỊA CHỈ: _____ THÀNH PHỐ: _____ MÃ BƯU ĐIỆN: _____

Xin khoanh tròn Có or Không cho những câu hỏi sau **và** trả lời **TẤT CẢ** câu hỏi.

1) Bệnh nhân có dị ứng với trứng không?	Có	Không
2) Bệnh nhân đã từng có một Phản Ứng Nghiêm Trọng đến Vacxin cho Bệnh Cúm hoặc với bất kỳ loại Vacxin khác không? Nếu có, xin giải thích:	Có	Không
3) Bệnh nhân đã có nhận được một Vacxin FluMist cho Bệnh Cúm, MMR và/hay Vacxin Varicella (bệnh thủy đậu) trong 4 tuần qua?	Có	Không
4) Bệnh nhân có bất kỳ bệnh kinh niên nào như bệnh tim hay bệnh tiểu đường?	Có	Không
5) Phải bệnh nhân đã từng cho biết bởi một nhà cung cấp y tế mà ông ta/bà ta có bệnh suyễn?	Có	Không
6) Phải bệnh nhân sử dụng thuốc aspirin mỗi ngày?	Có	Không
7) Bệnh nhân đã từng có Hội chứng Guillain-Barré (một loại hội chứng bắp thịt yếu nghiêm trọng tạm thời) trong vòng 6 tuần sau khi nhận được một vacxin cho bệnh cúm?	Có	Không
8) Phải bệnh nhân đang có thai?	Có	Không

Tôi hiểu rằng, tùy thuộc vào câu trả lời cho những câu hỏi được liệt kê ở trên, con tôi hay tôi sẽ nhận được thuốc chủng ngừa bệnh cúm H1N1 bơm vào trong mũi hoặc là thuốc chủng ngừa bệnh cúm H1N1 có thể tiêm được. Tôi đã nhận được một bản sao hoặc đã đọc tài liệu trong sự phát biểu thông tin thuốc chủng ngừa bệnh cúm H1N1 bơm vào trong mũi hoặc là thuốc chủng ngừa bệnh cúm H1N1 có thể tiêm được (VIS) ghi ngày 10/02/09. Tôi đã có một cơ hội để đặt câu hỏi và đã được trả lời cho sự hài lòng của tôi. Tôi tin rằng tôi hiểu rõ những lợi ích và nguy cơ của vacxin chỉ định ở trên được trao cho tôi hoặc cho người có tên trên mà tôi được ủy quyền để thực hiện yêu cầu.

Chữ ký: _____

Ngày: _____

CLINIC USE ONLY / DÀNH CHO TRẠM Y TẾ

Date:	Dose:	Vaccine / Mfg:	Lot #	Exp. Date:	Screening MD/RN/LVN	IZ Given By:	Site/Route
	#1						N / IM
	#2						N / IM