

Vakcina protiv 2009 H1N1 gripe – Saglasnost za djecu

1. dio: Podaci o djetetu koje prima vakcinu (molimo vas pišite štampanim slovima)

UČENIKOVO prezime		ime	(S.I.)	UČENIKOV DATUM ROĐENJA mjesec _____ dan _____ godina _____	
Prezime RODITELJA/ZAKONSKOG STARATELJA		ime	(S.I.)	STAROST UČENIKA	UČENIKOV POL muško žensko
ADRESA			RODITELJEV/STARATELJEV BROJ TELEFONA, PREKO DANA:		
GRAD	DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ		kuća ili posao () celularni : ()	
IME ŠKOLE		MJESTO – GDJE JE KLINIKA		RAZRED	IME I PREZIME UČITELJA

2. dio: Pregled da se odredi da li dijete ispunjava uslove za vakcinaciju

Ako je vaše dijete već primilo vakcinu protiv 2009 H1N1 gripe, molimo vas, recite nam broj primljenih doza i datume vakcinacije.

- | | | | |
|---------|--|---|-----------|
| 1. doza | Datum kada je primljena: mjesec ___ dan ___ godina ___ | Oblik vakcine - zaokružiti sprej u nos | injekcija |
| 2. doza | Datum kada je primljena: mjesec ___ dan ___ godina ___ | Oblik vakcine - zaokružiti sprej u nos | injekcija |

Odgovori na ovdje postavljena pitanja pomoći će nam da saznamo da li vaše dijete može primiti vakcinu protiv 2009 H1N1 gripe.

Molimo vas, označite DA ili NE pored svakog pitanja.

Ako je na svih pet slijedećih pitanja vaš odgovor NE, vaše dijete vjerovatno može primiti vakcinu protiv gripe. Ako odgovorite sa DA na jedno ili više pitanja, vaše dijete možda može primiti vakcinu protiv 2009 H1N1 gripe, ali mi ćemo vas kontaktirati da razgovaramo o alternativama.

	DA	NE
1. Da li vaše dijete ima ozbiljnu alergijsku reakciju na jaja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Da li vaše dijete ima ozbiljnu alergijsku reakciju na neomicin, gentamicin, thimerosal, želatin, arginin ili polimiksin B sulfate? Molimo vas, navedite: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Da li je ikada prije vaše dijete imalo tešku reakciju na vakcinu protiv gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Da li je vaše dijete ikada u roku od 6 sedmica od primanja vakcine protiv gripe imalo Žulijen-Bareov sindrom (Guillain-Barré), vrsta privremene slabosti mišića.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Da li vaše dijete redovno pije aspirin ili neki drugi lijek koji sadrži aspirin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. dio: Saglasnost

SAGLASNOST ZA VAKCINACIJU DJETETA:

Pročitao/la sam, ili mi je objašnjeno šta piše u 2009-2010 Obavještenju o vakcinama protiv 2009 H1N1 gripe i razumijem njene opasnosti i korisnost. Znam da vakcina može sadržati thimerosal.

DAJEM SAGLASNOST Ministarstvu zdravlja države Vermont i Vermont osoblju koje radi za Ministarstvo da vakcinišu moje, gore, na početku formulara, imenovano dijete vakcinom H1N1.
(Ako ova saglasnost nije potpisana, datirana i vraćena u školu vašeg djeteta, dijete u školi neće biti vakcinisano.)
Potpis roditelja/zakonskog staratelja _____
Datum: mjesec _____ dan _____ godina _____

NE DAJEM SAGLASNOST Ministarstvu zdravlja države niti osoblju koje radi za Ministarstvo da vakcinišu moje, na početku formulara, imenovano dijete vakcinom H1N1.

Potpis roditelja/zakonskog staratelja _____
Datum: mjesec _____ dan _____ godina _____

4. dio: Bilješka o vakcinaciji

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number	Body Site	Lot Number	Manufacturer	Date VIS given	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	IM	<input type="checkbox"/> 1st	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> LT				
2009 H1N1	/ /	IM	<input type="checkbox"/> 2d	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> LT				

Molimo vas, ovaj formular vratite u školu bez obzira da li želite ili ne želite da vaše dijete bude vakcinisano.