

# Bản Thỏa Thuận về Vaccin Cúm H1N1 năm 2009 –Trẻ Em

## Mục 1: Thông tin về Trẻ Sẽ Được Sử Dụng Vaccin (xin viết chữ in)

TÊN HỌC SINH (Họ)		(Tên)	(Chữ Đầu Tên Lót)	NGÀY SINH HỌC SINH tháng                      ngày                      năm	
TÊN CHA/MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ (Họ)		(Tên)	(Chữ Đầu Tên Lót)	TUỔI HỌC SINH	GIỚI TÍNH HỌC SINH Nam                      Nữ
ĐỊA CHỈ			ĐIỆN THOẠI BAN NGÀY CỦA CHA/MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ:		
THÀNH PHỐ	BANG	MÃ ZIP	Nhà hoặc Sở Làm: (            ) Di Động: (            )		
TÊN TRƯỜNG		ĐỊA ĐIỂM PHÒNG KHÁM		CẤP LỚP	TÊN GIÁO VIÊN

## Mục 2: Tuyển chọn học sinh Đủ Điều Kiện Được Sử Dụng Vaccin

Nếu con em quý vị đã được cho sử dụng vắc xin cúm H1N1 năm 2009 rồi, xin cho chúng tôi biết số liều và ngày sử dụng.

Liều 1                      Ngày sử dụng: tháng \_\_\_ ngày \_\_\_ năm \_\_\_                      Hình thức (khoanh tròn):            xịt mũi                      chích  
Liều 2                      Ngày sử dụng: tháng \_\_\_ ngày \_\_\_ năm \_\_\_                      Hình thức (khoanh tròn):            xịt mũi                      chích

Các câu hỏi sau đây sẽ giúp chúng tôi biết con em của quý vị có cần cho sử dụng vắc xin cúm H1N1 năm 2009 hay không. Xin vui lòng đánh dấu **CÓ** hoặc **KHÔNG** cho mỗi câu hỏi.

Nếu quý vị trả lời “**KHÔNG**” cho tất cả năm câu hỏi sau đây, con quý vị có thể sẽ được sử dụng vắc xin cúm. Nếu quý vị trả lời **CÓ** cho một hoặc nhiều câu trong năm câu hỏi sau đây, con em quý vị có thể sẽ được sử dụng vắc xin H1N1, nhưng chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để bàn bạc các phương án mà quý vị có thể chọn.

	CÓ	KHÔNG
1. Con em của quý vị có dị ứng nghiêm trọng với trứng hay không?		
2. Con em của quý vị có dị ứng nghiêm trọng với neomycin, gentamicin, thimerosal, gelatin hoặc arginine hoặc polymyxin B sulfate hay không? Xin liệt kê:		
3. Con em của quý vị đã có bao giờ bị phản ứng nghiêm trọng với một liều vắc xin cúm trước đây?		
4. Con em quý vị có bị Hội Chứng Guillain-Barré (một dạng suy nhược cơ nặng nhất thời trong vòng 6 tuần sau khi sử dụng vắc xin cúm)?		
5. Con em quý vị có đang sử dụng thuốc aspirin hoặc điều trị bằng thuốc chứa aspirin hay không?		

## Mục 3: Thỏa thuận

### THỎA THUẬN VỀ VIỆC SỬ DỤNG VẮC XIN CỦA CON EM QUÝ VỊ:

Tôi đã đọc hoặc đã được giải thích về Bản Thông Tin Vaccin 2009-2010 (2009-2010 Vaccine Information Statement ) cho vắc xin cúm H1N1 2009 và hiểu về các nguy cơ và lợi ích. Tôi hiểu rằng vắc xin này có thể chứa thimerosal.

**TÔI CHO PHÉP** Sở Y Tế Vermont, và nhân viên đại diện cho họ, cho con em tôi có tên nêu tại phần đầu của biểu mẫu này được sử dụng vắc xin H1N1. (Nếu bản thỏa thuận này không được ký tên, ghi ngày và gửi lại cho nhà trường của con em quý vị, con em quý vị sẽ không được cho sử dụng vắc xin tại nhà trường).

**TÔI KHÔNG CHO PHÉP** Sở Y Tế Vermont, và nhân viên đại diện cho họ, cho con em tôi có tên nêu tại phần đầu của biểu mẫu này sử dụng vắc xin H1N1.

Chữ ký của cha/mẹ/người giám hộ hợp pháp: \_\_\_\_\_  
Ngày: Tháng \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_

Chữ ký của cha/mẹ/người giám hộ chính thức: \_\_\_\_\_  
Ngày: Tháng \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_

## Mục 4: Hồ Sơ Vaccin

### 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	1st	RA    LA RT    LT				
2009 H1N1	/ /	IM	2d	RA    LA RT    LT				

**Xin gửi lại biểu mẫu này cho nhà trường dù quý vị muốn hay không muốn cho con em mình sử dụng vắc xin.**