

健康筛查和许可表 – 流感疫苗

学年：

NPI:

学校名称：

全名：	出生日期： / /	年龄：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
街道地址：	城/镇：	邮政编码：	白天电话：
年级：	教师：	学校行政单位（学区）	

此人美国印第安人或阿拉斯加土著人吗？ 是 否

此人没有保险吗？ 是 否

此人是由 MaineCare (Medicaid) 提供保险吗？ 是 否

MaineCare ID #: _____

是私人保险公司吗？ 是 否

保险公司名称：_____

ID 号码：_____ 团体号码：_____

保险人姓名：_____ 保险人生日：_____

医生姓名：_____ 电话号码：_____

请回答与上述所列人员相关的以下问题。可以把说明写在此表的背面。

	是	否
1) 此人曾经有过任何严重的（危及生命的）对鸡蛋的过敏吗？		
2) 此人过去曾经有过对流感疫苗的严重反应吗？		
3) 此人曾经有过格林-巴利 (Guillain-Barre) 综合征吗？		

如果您对 1-3 任一问题的答案为“是”，请在接种疫苗时向医护人员咨询。

4) 此人是否患有哮喘且目前有气喘症状？若此人年龄小于 5 岁，是否曾有过气喘史？此人是否患有心脏、肾脏或肺部疾病？此人是否患有糖尿病？此人是否怀孕或目前正进行母乳喂养？		
5) 此人是否定期服用阿司匹林或含阿司匹林的药物？（儿童或青少年在接种鼻喷式流感疫苗(FluMist)后的 4 周内不得服用阿司匹林）		
6) 此人是否免疫功能低下，或与免疫功能严重低下者有亲密接触？		
7) 此人是否在过去 48 小时之内服用了达菲(Tamiflu)、乐感清(Relenza)、金刚烷胺(amantadine)或金刚乙胺(rimantadine)？		
8) 此人是否在过去 4 周内接种过任何其他疫苗？如是：疫苗类型_____ 接种日期_____		

如果您对 4-7 任一问题的答案为“是”，则不得接种鼻喷式流感疫苗。

注射疫苗许可：

- 我收到了一份流行性感冒（流感）疫苗信息声明，我阅读了该文件，或已由人将其解释给我听，并且我理解此流感疫苗的好处和风险。
- 我允许将这项接种记录输入到缅因州免疫信息系统 (ImmPact) 中。
- 我允许将信息用于向 MaineCare 或私人保险公司提交账单，以收取提供疫苗的费用。
- 我允许为上述所列人员接种流感疫苗，并签字如下：

X _____ 日期：_____

家长/监护人签字，如果接种疫苗的是未成年人；或接种疫苗的成年人签字

请工整书写家长/监护人姓名：_____

以下由诊所填写：

Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of Vaccinator	Body Site	Route	VIS date
/ /						<input type="checkbox"/> IM single dose <input type="checkbox"/> IM multi dose	State Supplied Y N

