

CHUNG NGỪA CÚM GIẤY KHÁM SỨC KHOẺ & CHO PHÉP

Năm học:

NPI:

Họ Tên:	Ngày Sinh:	Tuổi:	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tên trường: _____
Địa chỉ Đường phố:	Thị trấn/Thành phố:	Mã Vùng:	Điện thoại ban ngày:	
Lớp:	Giáo viên:		Đơn vị Quản lý trường (Học khu)	

Người này là Thổ dân Mỹ hay người bản xứ Alaska? có không

Người này có bảo hiểm không? có không

Người này có bảo hiểm của MaineCare (Medicaid) không? có không

Số ID MaineCare: _____

Bảo hiểm tư nhân? có không

Tên công ty bảo hiểm: _____

Số ID: _____ Số Nhóm: _____

Tên người đăng ký: _____ Ngày sinh của người đăng ký: _____

Tên Bác sĩ: _____ Số điện thoại: _____

Xin trả lời những câu hỏi sau về người có tên bên trên. Có thể viết thêm nhận xét vào mặt sau của giấy này.

	CÓ	KHÔNG
1) Người này có dị ứng nghiêm trọng (đe dọa tính mạng) với trứng không?		
2) Trước đây đã bao giờ người này bị phản ứng nghiêm trọng với chủng ngừa cúm chưa?		
3) Đã bao giờ người này bị Hội chứng Guillain-Barre chưa?		
Nếu qu4 vị trả lời “có” với bất kỳ câu nào từ câu 1-3 trên, xin gặp bác sĩ của qu4 vị để được chích ngừa cúm		
4) Người này có bệnh suyễn; hiện đang thở khó khè; có tiền sử thở khó khè nếu dưới 5 tuổi; có bệnh về tim, thận, phổi; bệnh tiểu đường; hoặc đang mang thai hay cho nuôi con bằng sữa mẹ không?		
5) Người này có thường dùng aspirin hoặc một loại thuốc có thành phần thuốc aspirin không? (Không nên cho trẻ em hoặc thanh thiếu niên dùng aspirin trong 4 tuần sau khi được dùng FluMist.)		
6) Người này có hệ miễn dịch suy yếu, hoặc tiếp xúc gần gũi với người có hệ miễn dịch bị suy yếu nghiêm trọng không?		
7) Người này có được cho dùng Tamiflu, Relenza, amantadine, hoặc rimantadine trong vòng 48 giờ qua không?		
8) Người này có được dùng bất kỳ loại vắc-xin chủng ngừa nào khác trong vòng 4 tuần vừa qua không? Nếu có: Loại _____ Ngày _____		
Nếu quý vị trả lời “có” cho bất kỳ câu hỏi nào từ câu 4 đến 7, người này không thể dùng thuốc ngừa bệnh cúm cho vào trong mũi		

CHO PHÉP CHÍCH NGỪA

- Tôi đã nhận được một bản sao Thông Báo Thông Tin Chích Phòng Ngừa Cúm, tôi đã đọc hoặc đã được giải thích và tôi hiểu những lợi ích và rủi ro của vắc xin cúm .
- Tôi cho phép lưu hồ sơ lần chủng ngừa này vào trong Hệ thống thông tin chủng ngừa Tiểu bang Maine (Maine Immunization Information System), ImmPact.
- Tôi cho phép sử dụng thông tin được dùng để lập hóa đơn cho MaineCare hay bảo hiểm tư nhân với chi phí cung cấp vắc xin .
- Tôi chấp thuận cho người trong đơn này được nhận vắc xin thích hợp nhất, theo quyết định của nhân viên chăm sóc sức khỏe.

X _____ Ngày: _____

Chữ ký của cha mẹ/người giám hộ nếu người được chích ngừa là trẻ vị thành niên hay chữ ký của người trưởng thành được chích ngừa

Tên chữ in của Cha Mẹ hay Người Giám Hộ: _____

FOR OFFICE USE ONLY:

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 vial	State Supplied Y N