

ВАКЦИНА ПРОТИВ СЕЗОННОГО ГРИППА 2016-2017

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И РАЗРЕШЕНИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ

NPI: _____

School Name: _____

Фамилия, имя полностью:	Дата рождения: / /	Возраст:	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
Улица:	Город:	Почтовый индекс:	Контактный телефон в течение дня:	
Класс:	Учитель:		Школьный административный район	

Данное лицо американский индеец или уроженец Аляски? да нет
 Данное лицо не имеет медицинской страховки? да нет
 Имеет ли данное лицо Мэйнкэр (Медикейд)? да нет
 Идентификационный номер Мэйнкэр: _____
 Имеет ли данное лицо частную медицинскую страховку? да нет
 Название страховой компании: _____
 Идентификационный номер: _____ Групповой номер: _____
 Имя и фамилия владельца страхового полиса: _____ Дата рождения: _____
 Фамилия, имя врача: _____ Контактный телефон: _____

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы, касающиеся вышеуказанного лица. Комментарии можно оставить на обратной стороне.

	ДА	НЕТ
1. Имеет ли данное лицо серьезную (угрожающую жизни) аллергическую реакцию на яйца?		
2. Возникла ли у данного лица когда-либо тяжелая аллергическая реакция после введения вакцины от гриппа?		
3. Страдало ли когда-либо данное лицо синдромом Гийена-Барре?		

Если вы ответили “да” на любой из вопросов с 1-го по 3-ий, пожалуйста, обратитесь к вашему лечащему врачу с целью вакцинации против гриппа.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ

- Мне предоставили копию Информационного отчета о вакцинации против гриппа. Я ее прочел (прочла), либо мне объяснили ее содержание и я понимаю пользу и факторы риска вакцины против гриппа.
- Я даю разрешение на внесение записи о данной вакцинации в реестр ImmPast.
- Я разрешаю использовать информацию для предъявления счета либо Мэйнкэр, либо частной страховой компании в размере стоимости проведения вакцинации.
- Я даю свое согласие на прививку данному лицу той вакцины, которая рекомендована медработником, осуществляющим прививку.
- Я даю разрешение на осуществление вакцинации против гриппа вышеуказанного лица, расписываясь ниже.

X _____ Дата: _____

Подпись родителя/опекуна в случае, если лицо, получающее прививку, является несовершеннолетним, либо подпись совершеннолетнего, получающего прививку

Имя родителя/опекуна печатными буквами: _____

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ/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 dose	State Supplied Y N