

< SCHOOL NAME >

< SCHOOL YEAR >

NPI: _____

ФОРМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЁНКА И СОГЛАСИЯ НА ВАКЦИНАЦИЮ

Ответьте на следующие вопросы о лице, которое будет вакцинироваться.

ОТМЕТЬТЕ ОДИН ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПУНКТОВ:

- Прививки моему ребёнку **можно сделать без** моего присутствия.
- Прививки моему ребёнку **можно сделать только** в моём присутствии.

СОГЛАСИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ

- Мне была предложена копия "Информационного бюллетеня о перечисленных выше вакцинах" (Vaccine Information Statement, VIS). Я прочитал(а), мне объяснили и я понял(а) информацию, содержащуюся в VIS.
- Я понимаю, что запись об этой вакцинации будет внесена в Информационную систему иммунизации штата Мэн, ImmPact.
- Я понимаю, что лицу, прошедшему иммунизацию, рекомендуется сегодня оставаться на месте не менее 15 минут после вакцинации.
- Я даю разрешение на использование информации для выставления счёта от MaineCare или частной страховой компании за услуги предоставления вакцины.
- Я разрешаю сделать прививку (прививки) указанной выше вакциной (вакцинами) мне или указанному выше лицу, для которого я уполномочен(а) сделать этот запрос.

▶ _____ Дата: _____ Кем приходится ребёнку _____

Подпись родителя или законного опекуна

▶ _____ Дата: _____

Подпись переводчика

FOR CLINICAL USE ONLY

Documentation Information							
Clinic Site:			District:		Administrator Name:		
Patient Name:			Patient DOB:				
Vaccine	Dose	Extremity	Site	Route	VIS Date	Manufacturer & Lot #	Expiration Date
COVID-19	Pfizer: 0.3mL Moderna: 0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
DTap/Tdap	0.5 mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Haemophilus influenzae type b (Hib)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Hepatitis A (HepA)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Hepatitis B (HepB)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Human papillomavirus (HPV)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Flu, inactivated (IIV)	0.25 mL 0.5mL	Right Left	Forearm Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Flu, (live attenuated) (LAIV4)	0.2mL (0.1mL per nostril)	Left nare Right nare	Bilateral Nares	Intranasal Spray			
Measles, mumps, rubella (MMR)	0.5 mL	Right Left	Posterior tricep Vastus Lateralis	SC			
Meningococcal serogroups ACWY (MenACWY)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Meningococcal B (MenB)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Pneumococcal 13-valent conjugate (PCV13)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Pneumococcal 23-valent polysaccharide (PPSV23)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Posterior tricep Vastus Lateralis	IM SC			
Polio (IPV)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Posterior tricep Vastus Lateralis	IM SC			
Rotavirus (RV1) (RV5)	Rotarix 1.0mL Rotateq 2.0mL	By mouth	Mouth	Oral			
Varicella (VAR)	0.5mL	Right Left	Upper Arm Vastus Lateralis	SC			
State-Supplied Vaccine						<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

X _____
Signature and Credentials of Vaccine Administrator

Date