

< SCHOOL NAME >

< SCHOOL YEAR >

NPI: _____

ФОРМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЁНКА И СОГЛАСИЯ НА ВАКЦИНАЦИЮ

Ответьте на следующие вопросы о лице, которое будет вакцинироваться.

Имя:	Дата рождения:	Возраст:	Класс в школе:	Предпочитаемый язык:
Соответствие требованиям для вакцинации и страховка: <input type="checkbox"/> Застрахован(а), соответствует требованиям штата <19 лет <input type="checkbox"/> Нет медицинской страховки <input type="checkbox"/> Medicaid/MaineCare Идент. № _____	Отметьте все подходящие варианты <input type="checkbox"/> Коренной американец/коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> Недострахован(а) <input type="checkbox"/> Частное страхование Название компании _____ Идент. № _____ № группы _____	Пол: <input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен. <input type="checkbox"/> Транссексуал/Х <input type="checkbox"/> Небинарный <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать <input type="checkbox"/> Другое _____		
Раса: <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> Азиатский тип <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или уроженец Тихоокеанского региона	<input type="checkbox"/> Темнокожий или афроамериканец <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Другая раса	Этническая принадлежность: <input type="checkbox"/> Испаноговорящий/латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не испаноговорящий/латиноамериканец		
Дом, улица, квартира:	Город/почтовый индекс:	Телефон для дневных звонков:		

<i>Ответьте на следующие вопросы об <u>указанном выше лице</u>.</i>	Да	Нет	Не знаю
1. Ребёнок сегодня болеет?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Есть ли у ребёнка аллергия на лекарства, продукты питания, компоненты вакцины или латекс?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Была ли у ребёнка серьёзная реакция на вакцину в прошлом?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Есть ли у ребёнка длительные проблемы со здоровьем, связанные с лёгкими, сердцем, почками или нарушением обмена веществ (например, диабетом), астмой, заболеванием крови, отсутствием селезёнки, дефицитом компонентов комплемента, кохлеарным имплантом или утечкой спинномозговой жидкости? Получает ли он длительную терапию аспирином?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Были ли у ребёнка, брата, сестры или родителя судороги; были ли у ребёнка проблемы с мозгом или другими органами нервной системы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Есть ли у ребёнка рак, лейкемия, ВИЧ/СПИД или какие-либо другие проблемы иммунной системы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Есть ли проблемы иммунной системы у родителя, брата или сестры ребёнка?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Принимал ли ребёнок за последние 3 месяца лекарства, влияющие на иммунную систему, такие как преднизолон, другие стероидные или противораковые препараты; препараты для лечения ревматоидного артрита, болезни Крона или псориаза; или проходил лучевую терапию?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Делали ли ребёнку за последний год переливание крови или продуктов крови, получал ли ребёнок иммуноглобулин (гамма) или противовирусный препарат?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Является ли ребёнок/подросток беременной или есть вероятность, что она может забеременеть в течение следующего месяца?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Получал ли ребёнок вакцину за последние 4 недели?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Указанному выше ребёнку должны быть и будут сделаны следующие прививки:

<input type="checkbox"/> Проверьте медицинскую карту моего ребёнка и сделайте необходимые прививки.	
<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Менингококковая конъюгированная вакцина (MenACWY)
<input type="checkbox"/> DTaP/Tdap (дифтерия, столбняк, ацеллюлярный коклюш)	<input type="checkbox"/> MMR (корь, паротит и краснуха)
<input type="checkbox"/> Грипп	<input type="checkbox"/> PCV13 (пневмококковая конъюгированная вакцина)
<input type="checkbox"/> Нер А (гепатит А)	<input type="checkbox"/> Полиомиелит
<input type="checkbox"/> Нер В (гепатит В)	<input type="checkbox"/> PPSV23 (пневмококковая полисахаридная вакцина)
<input type="checkbox"/> Hib (гемофильная палочка типа b)	<input type="checkbox"/> Ротавирус
<input type="checkbox"/> Вакцина против папилломавируса человека (HPV)	<input type="checkbox"/> Ветряная оспа (ветрянка)
<input type="checkbox"/> Менингококковая вакцина типа В	<input type="checkbox"/> Другое: _____

Вы взяли с собой карту вакцинации своего ребёнка? Да Нет

Если да, передайте её лицу, проверяющему эту форму. Вам будет предоставлена справка о сделанных сегодня прививках.

Переверните лист и заполните другую сторону 

< 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