

<SCHOOL NAME>

<SCHOOL YEAR>

NPI: \_\_\_\_\_

**PHIẾU KIỂM TRA SỨC KHỎE VÀ CHẤP THUẬN CHO TRẺ EM CHỨNG NGỪA**

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây về người sẽ được chủng ngừa.

Tên:	Ngày sinh:	Tuổi:	Lớp ở trường:	Ngôn ngữ muốn dùng:
Tình trạng đủ điều kiện chủng ngừa và bảo hiểm: <input type="checkbox"/> Có bảo hiểm, đủ điều kiện của tiểu bang <19 tuổi <input type="checkbox"/> Không có bảo hiểm sức khỏe <input type="checkbox"/> Medicaid/MaineCare Số ID _____		Đánh dấu tất cả những điều áp dụng <input type="checkbox"/> Người Mỹ bản xứ hoặc Người Alaska bản xứ <input type="checkbox"/> Bảo hiểm dưới mức <input type="checkbox"/> Bảo hiểm tư nhân Tên Công ty _____ Số ID _____ Số Nhóm _____		Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Phi nhị phân/X <input type="checkbox"/> Chuyển giới <input type="checkbox"/> Không muốn tiết lộ <input type="checkbox"/> Khác _____
Chủng tộc: <input type="checkbox"/> Người Mỹ bản xứ hoặc Người Alaska bản xứ <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Hawaii bản xứ hoặc Người thuộc Khu vực Thái Bình Dương		Sắc tộc: <input type="checkbox"/> Gốc Tây Ban Nha/Châu Mỹ La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải gốc Tây Ban Nha/Châu Mỹ La-tinh		
Địa chỉ:	Thành phố/Mã bưu điện:		Số điện thoại ban ngày:	

**Vui lòng trả lời các câu hỏi sau về người được nêu tên ở trên.**

	Có	Không	Không biết
1. Hôm nay trẻ có bị bệnh không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Trẻ có bị dị ứng với thuốc, thức ăn, thành phần thuốc chủng ngừa hoặc chất cao su latex không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trước đây trẻ có phản ứng nghiêm trọng nào với thuốc chủng ngừa không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Trẻ có vấn đề sức khỏe lâu dài về phổi, tim, thận hoặc bệnh chuyển hóa (ví dụ: tiểu đường), hen suyễn, rối loạn máu, không có lá lách, thiếu hụt thành phần bổ sung, cấy ghép ốc tai (cochlear) hoặc ri dịch não tủy không? Trẻ có đang điều trị bằng aspirin dài hạn không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Trẻ, anh chị em ruột, hoặc cha mẹ có bị chứng co giật không; trẻ có vấn đề về não hoặc hệ thần kinh khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Trẻ có bị ung thư, bệnh bạch cầu, HIV/AIDS hoặc bất kỳ vấn đề nào khác về hệ thống miễn dịch không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trẻ có cha mẹ, anh chị em có vấn đề về hệ thống miễn dịch không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Trong 3 tháng qua, trẻ có dùng các loại thuốc ảnh hưởng đến hệ thống miễn dịch như prednisone, các thuốc nhóm steroid khác hoặc thuốc chống ung thư không; thuốc điều trị viêm khớp dạng thấp, bệnh Crohn (viêm đường ruột) hoặc bệnh vẩy nến; hoặc đã điều trị bằng phóng xạ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Trong năm qua, trẻ có được truyền máu hoặc các sản phẩm từ máu, hoặc được chích globulin (gamma) miễn dịch hoặc thuốc kháng vi-rút không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Trẻ/thanh thiếu niên có đang mang thai hoặc có khả năng sẽ mang thai trong tháng tới không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Trẻ có đã được chích ngừa trong 4 tuần qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Trẻ có tên ở trên sắp và sẽ được chích (các) loại thuốc chủng ngừa sau:**

<input type="checkbox"/> <b>Vui lòng kiểm tra hồ sơ chủng ngừa của con em tôi và chích (các) loại thuốc chủng ngừa nào mà con em tôi cần</b>	
<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Meningococcal Conjugate (viêm não mô cầu - MenACWY)
<input type="checkbox"/> DTap/Tdap (Bạch hầu, uốn ván, ho gà)	<input type="checkbox"/> MMR (Sởi, quai bị và Rubella)
<input type="checkbox"/> Flu (Cúm)	<input type="checkbox"/> PCV13 (Liên hợp phế cầu khuẩn)
<input type="checkbox"/> Hep A (Viêm gan A)	<input type="checkbox"/> Polio (Sốt tê liệt)
<input type="checkbox"/> Hep B (Viêm gan B)	<input type="checkbox"/> PPSV23 (Polysacarit phế cầu khuẩn)
<input type="checkbox"/> Hib (Cúm haemophilus influenzae tít b)	<input type="checkbox"/> Rotavirus (Tiêu chảy)
<input type="checkbox"/> Thuốc chủng ngừa virus Papilloma ở người (HPV)	<input type="checkbox"/> Varicella (Thủy đậu)
<input type="checkbox"/> Meningococcal B (Viêm màng não mô cầu B)	<input type="checkbox"/> Khác: _____

**Quý vị có mang theo hồ sơ chủng ngừa của con em quý vị không?**  Có  Không

Nếu có, vui lòng cung cấp cho người xem xét mẫu này. Quý vị sẽ được cấp danh sách các thuốc chủng ngừa đã được chích hôm nay.

Vui lòng tiếp tục trả lời các câu hỏi ở trang sau ➡

<SCHOOL NAME>

<SCHOOL YEAR>

NPI: \_\_\_\_\_

**PHIẾU KIỂM TRA SỨC KHỎE VÀ CHẤP THUẬN CHO TRẺ EM CHỨNG NGỪA**

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây về người sẽ được chủng ngừa.

**VUI LÒNG ĐÁNH DẤU MỘT TRONG CÁC Ô SAU:**

- Việc chủng ngừa cho con em tôi có thể được thực hiện mà không cần tôi có mặt.
- Việc chủng ngừa cho con em tôi chỉ có thể được thực hiện khi tôi có mặt.

**ĐỒNG Ý CHO PHÉP CHÍCH NGỪA**

- Tôi đã được cấp bản Tuyên bố Thông tin về thuốc chủng ngừa (Vaccine Information Statement, VIS) ở trên. Tôi đã đọc, đã được giải thích cho tôi và hiểu thông tin trong (các) VIS.
- Tôi hiểu rằng hồ sơ chủng ngừa này sẽ được nhập vào Hệ thống thông tin chủng ngừa Maine, ImmPact.
- Tôi hiểu rằng cá nhân được chích ngừa nên ở lại địa điểm hôm nay ít nhất 15 phút sau khi chích ngừa.
- Tôi cho phép sử dụng thông tin để lập hóa đơn cho Chương trình MaineCare hoặc bảo hiểm tư nhân về chi phí cung cấp thuốc chủng ngừa.
- Tôi cho phép (các) loại thuốc chủng ngừa nêu trên được cung cấp cho tôi hoặc cho người có tên ở trên mà tôi được ủy quyền thực hiện yêu cầu này.

▶ \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_ Quan hệ với trẻ \_\_\_\_\_

Chữ ký của Phụ huynh hoặc Người giám hộ hợp pháp

▶ \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ ký của Thông dịch viên

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

X \_\_\_\_\_  
Signature and Credentials of Vaccine Administrator

\_\_\_\_\_  
Date