

ІНСТРУКЦІЯ ЩОДО ЗАПОВНЕННЯ

Форми згоди на шкільну імунізацію

- 1 **ПРОЧИТАЙТЕ** інформаційний буклет про вакцини та захворювання, яким вони запобігають.
- 2 **ВІДРІВІТЬ** цю інструкцію.
- 3 **ЗАПОВНІТЬ** всі частини розділів 1 і 2 Форми згоди на шкільну імунізацію.
 - У **Розділі 1** обов'язково вкажіть, чи були в учня алергії чи попередні реакції на якусь вакцину.
 - Якщо учень коли-небудь отримував будь-яку з цих вакцин, не забудьте зазначити дати їх отримання в **Розділі 2**. Це допоможе медсестрі визначити, які вакцини потрібні.
- 4 **ПІДПИШІТЬ І ПОСТАВТЕ ДАТУ** внизу Розділу 2.
- 5 **ПОВЕРНІТЬ** Форму згоди на шкільну імунізацію до школи.

Департамент охорони здоров'я може зв'язатися з вами, якщо їм знадобиться додаткова інформація. Після того, як учень отримає УСІ вакцини, на які ви погодилися, його онлайн запис про щеплення буде оновлено.

ПІДПИШІТЬ та ПОВЕРНІТЬ форму згоди на імунізацію до школи, навіть якщо ви **НЕ ХОЧЕТЕ**, щоб учень отримував жодної вакцини.

ЯКЩО У ВАС Є СУМНІВИ, ЗАПИТАЙТЕ!

Якщо у вас виникли запитання щодо імунізації, або якщо ви щось не розумієте, зверніться до місцевого відділу охорони здоров'я. Ви знайдете контактну інформацію у буклеті шкільної програми імунізації або в Інтернеті за адресою www.nshealth.ca/public-health.

Поверніть цю форму згоди до школи. Після того, як учень отримає BCI вакцини, на які ви погодилися, їй буде надано запис про імунізацію, його онлайн запис про щеплення буде оновлено. **Будь ласка, заповніть ручкою, якщо ви заповнюєте паперову копію.**

Форма згоди на шкільну імунізацію

Ця форма згоди поширюється на вакцину проти гепатиту В; вакцину від вірусу папіломи людини (ВПЛ 9); менінгококову чотиривалентну вакцину; а також вакцину проти правця, дифтерії та ацелюлярного кашлюку (Tdap). Департамент охорони здоров'я Нової Шотландії захищатиме конфіденційність вашої особистої медичної інформації відповідно до Закону про персональну медичну інформацію. Сукупні дані імунізації збираються Службою охорони здоров'я та використовуються у звітності для підтримки планування та управління, а також для оцінки рівня охоплення в Новій Шотландії.

Заповніть Розділи 1 і 2.

Розділ 1: ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ УЧНЯ		клас: _____																																					
Повне ім'я: _____		Бажане ім'я: _____																																					
Адреса: _____		Поштовий індекс: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																					
Один із батьків/Опікун		Інший із батьків/Опікун																																					
Ім'я: _____		Ім'я: _____																																					
Телефон: _____ Електронна адреса: _____		Телефон: _____ Електронна адреса: _____																																					
Прізвище сімейного лікаря/медичної сестри: _____																																							
Назва школи: _____ Прізвище вчителя та номер класної кімнати: _____																																							
Номер медичної картки: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				Дата народження: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Рік Місяць День																			
Чи є в учня які-небудь алергії? ☐ Ні ☐ Так Якщо так, вкажіть алергії: _____																																							
Чи були у них будь-які реакції на вакцину в минулому? ☐ Ні ☐ Так Якщо так, поясніть, будь ласка: _____																																							

Розділ 2: ЗГОДА БАТЬКІВ/ОПІКУНІВ	Примітка: Зріла неповнолітня особа може переважити згоду батьків/опікунів, якщо вважатиметься спроможною.
- Я прочитав інформацію, яку мені надали про ці чотири вакцини. Я розумію переваги, ризики та можливі реакції кожної вакцини. - Згода, наведена нижче, дійсна протягом часу, необхідного для введення всіх доз вакцин, якщо я не скасую свою згоду в письмовій формі.	Заповнюючи цю форму, я підтверджую, що маю законні повноваження приймати рішення щодо охорони здоров'я студента, зазначеного в цій формі згоди. Підписавшись нижче, я даю згоду на введення наступних вакцин (відзначте «Так» або «Ні» для кожної з вакцин) та на надання невідкладної допомоги (наприклад, епінефріну), якщо потрібно:

Вакцина проти гепатиту В (дві дози)
☐ ТАК, Я ПОГОДЖУЮСЯ ☐ НІ, Я НЕ ПОГОДЖУЮСЯ
Якщо учень уже отримав вакцину Twinrix, будь ласка, вкажіть дати: Доза 1: _____ Доза 2: _____ Доза 3: _____
Якщо учень уже отримав вакцину проти гепатиту В, будь ласка, вкажіть назву вакцини: _____
і дати: Доза 1: _____ Доза 2: _____ Доза 3: _____

Вакцина від вірусу папіломи людини (ВПЛ 9) (дві дози)
☐ ТАК, Я ПОГОДЖУЮСЯ ☐ НІ, Я НЕ ПОГОДЖУЮСЯ
Якщо учень уже отримав цю вакцину, будь ласка, вкажіть назву вакцини: _____
і дати: Доза 1: _____ Доза 2: _____ Доза 3: _____

Менінгококова чотиривалентна вакцина (одна доза)
☐ ТАК, Я ПОГОДЖУЮСЯ ☐ НІ, Я НЕ ПОГОДЖУЮСЯ
Якщо учень нещодавно отримав цю вакцину, будь ласка, вкажіть назву вакцини: _____ і дату: _____.

Вакцина проти правця, дифтерії та ацелюлярного кашлюку (Tdap) (одна доза)
☐ ТАК, Я ПОГОДЖУЮСЯ ☐ НІ, Я НЕ ПОГОДЖУЮСЯ
Якщо учень нещодавно отримав цю вакцину, будь ласка, вкажіть назву вакцини: _____ і дату: _____.

ПОТРІБЕН ПІДПИС		
Підпис: _____	Ім'я друкованими літерами: _____	Дата: _____
(Батько/мати/опікун) (Батько/мати/опікун)		
Департамент громадського здоров'я може зв'язатися з вами, якщо буде потрібна ще якась інформація.		

**ДЛЯ ЗАПОВНЕННЯ ДІЛЬНИЧНОЮ МЕДСЕСТРОЮ ЧИ ЛІЦЕНЗОВАНОЮ ПРАКТИЧНОЮ МЕДСЕСТРОЮ
TO BE COMPLETED BY THE PUBLIC HEALTH NURSE OR LICENSED PRACTICAL NURSE**

Hepatitis B Vaccine

Vaccine Trade Name: _____

1st Dose: _____ Site: Rt arm ☐ Lt arm ☐ Route: IM ☐ Lot # _____

Time: _____ Date: _____ Signature: _____

2nd Dose: _____ Site: Rt arm ☐ Lt arm ☐ Route: IM ☐ Lot # _____

Time: _____ Date: _____ Signature: _____

Human Papillomavirus (HPV 9) Vaccine

Vaccine Trade Name: _____

1st Dose: _____ Site: Rt arm ☐ Lt arm ☐ Route: IM ☐ Lot # _____

Time: _____ Date: _____ Signature: _____

2nd Dose: _____ Site: Rt arm ☐ Lt arm ☐ Route: IM ☐ Lot # _____

Time: _____ Date: _____ Signature: _____

Meningococcal Quadrivalent Vaccine

Vaccine Trade Name: _____

1 Dose: _____ Site: Rt arm ☐ Lt arm ☐ Route: IM ☐ Lot # _____

Time: _____ Date: _____ Signature: _____

Tetanus, Diphtheria, and Acellular Pertussis (Tdap) Vaccine Vaccine Trade Name: _____

1 Dose: _____ Site: Rt arm ☐ Lt arm ☐ Route: IM ☐ Lot # _____

Time: _____ Date: _____ Signature: _____