Отдел общественного здравоохранения. Сиэтл и округ Кинг
Регистрация и согласие на вакцинирование от гриппа

Данные вакцинируемого лица (заполнить печатными буквами)

Фамилия	Имя	Инициал второго имени	Дата рождения	Возраст	Пол

Адрес: Номер дома и улица	Город	Штат	Индекс	Телефон

Этническая принадлежность (отметьте один вариант выбора): ☐ Латиноамериканец ☐ Не латиноамериканец ☐ Отказываюсь отвечать

Раса (отметьте все подходящие варианты выбора): ☐ Азиат ☐ Чернокожий или афроамериканец ☐ Американский индеец/Коренной житель Аляски ☐ Коренной житель тихоокеанских или Гавайских островов ☐ Белый/Европеоид ☐ Отказываюсь отвечать

Вам нужен переводчик? ☐ **Да** ☐ **Нет** **Основной язык:** _____

Ответьте на вопросы, указанные ниже, <u>сообщив информацию о вакцинируемом лице</u>.	**Да**	**Нет**
1. Есть ли у вакцинируемого лица аллергия на яйца, латекс или тимеросал (химический консервант)?	☐	☐
2. Отмечалась ли в прошлом у вакцинируемого лица реакция на вакцинацию от гриппа?	☐	☐
3. Беременна ли вакцинируемая?	☐	☐
4. Есть ли у вакцинируемого лица личные или религиозные предубеждения против употребления свинины в пищу?	☐	☐

Мне предоставлена копия Информационного сообщения в отношении вакцины от гриппа, содержание которого было прочтено мною или объяснено мне. Мне была предоставлена возможность задать вопросы, на которые мною были получены удовлетворительные ответы. Я полагаю, что я понимаю все преимущества и риски в связи с вакцинацией от гриппа, и прошу вакцинировать от гриппа меня или указанное ниже лицо, от имени которого я имею право подать настоящий запрос.

X_____ ДАТА:_____

Подпись вакцинируемого лица (или лица, уполномоченного подать настоящий запрос – РОДИТЕЛЯ ИЛИ ОПЕКУНА)

_____ ДАТА:_____

Подпись переводчика

КОММЕНТАРИИ:_____

OFFICE USE ONLY - INFLUENZA VACCINE ADMINISTRATION RECORD

Vaccine given (Check below)	Vaccinator initials	Age/Group	Mfr & Lot # (Circle lot#)	Dose	Route and Site of Injection	CDC Vaccine Information Statement
		6-35 months *Prefilled syringe*	**Sanofi Pasteur UT4176BA**	**0.25 ml**	**IM** (circle site) **RT LT RD LD**	**Inactivated Influenza Vaccine 7/26/11**
		6-35 months *Multi-dose vial*	**Sanofi Pasteur UH463AB UH467AB UH476AB UH477AB UH477AD**	**0.25 ml**		
		3 years through adult *Multi-dose vial*		**0.5 ml**		
		4 years through adult, special groups *Prefilled syringe*	**Novartis 11032P 11132P**	**0.5 ml**		