Відділ охорони здоров'я – Сіетл і округ Кінг
Реєстрація і згода на вакцинацію від грипу

Дані особи, що вакцинується від грипу (заповнити друкованими літерами)

Прізвище	Ім'я	Ініціал другого імені	Дата народження	Вік	Стать

Адреса: Номер будинку й вулиця	Місто	Штат	Поштовий індекс	Телефон

Етнічна приналежність (відмітьте один варіант вибору): ☐ Латиноамериканець ☐ Не латиноамериканець ☐ Відмовляюсь відповідати

Раса (відмітьте всі варіанти вибору, які підходять): ☐ Азіат ☐ Чорношкірий або афроамериканець ☐ Американський індіанець / корінний мешканець Аляски ☐ Корінний мешканець тихоокеанських / Гавайських островів ☐ Білий / європеоїд ☐ Відмовляюсь відповідати

Вам потрібен перекладач? ☐ **Так** ☐ **Ні** **Мова спілкування:** _____

Дайте відповідь на зазначені нижче питання про особу, що вакцинується.	**ТАК**	**НІ**
1. Чи є в особи, що вакцинується, алергія на яйця, латекс або тимеросал (хімічний консервант)?	☐	☐
2. Чи відмічалася в особи, що вакцинується, реакція на вакцину від грипу в минулому?	☐	☐
3. Особа, що вакцинується, є вагітною?	☐	☐
4. Чи є в особи, що вакцинується, особисті або релігійні упередження проти вживання свинини?	☐	☐

Мені надано копію Інформаційного повідомлення щодо вакцини від грипу, яке було прочитано мною або роз'яснене мені. Мені було надано можливість поставити питання, на які мною були отримані задовільні відповіді. Я думаю, що я розумію всі переваги й ризики у зв'язку з вакцинацією від грипу, і прошу вакцинувати від грипу мене або зазначену нижче особу, від імені якої я маю право подати цей запит.

X_____ ДАТА:_____
Підпис особи, що вакцинується (або особи, уповноваженої подати цей запит – БАТЬКА/МАТИ АБО ОПІКУНА)

X_____ ДАТА:_____
Підпис перекладача

КОМЕНТАРІ:_____

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**		