

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 ВСІ 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. Докладнішу інформацію про Шкільну програму імунізації та запропоновані вакцини можна знайти в інформаційному буклеті за посиланням: <https://www.nshealth.ca/patient-education-resources/school-immunization-program-information-booklet-ukrainian>

Заповніть Розділи 1 і 2.

Розділ 1: ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ УЧНЯ	клас: _____
Повне ім'я: _____	Бажане ім'я: _____
Адреса: _____	Поштовий індекс: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Один із батьків/Опікун	Інший із батьків/Опікун
Ім'я: _____	Ім'я: _____
Телефон: _____	Телефон: _____
Електронна адреса: _____	Електронна адреса: _____
Прізвище сімейного лікаря/медичної сестри: _____	
Назва школи: _____ Прізвище вчителя та номер класної кімнати: _____	
Номер медичної картки: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Дата народження: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Чи є в учня які-небудь алергії? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	
Якщо так, вкажіть алергії: _____	
Чи були у них будь-які реакції на вакцину в минулому? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> 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 скакую 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) (одна доза)

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 уже 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 уже 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: _____

1 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: _____