

Вакцины MenACWY, Tdap и вакцина против ВПЧ для детей, которые идут в первый класс средней школы

Название школы/колледжа:

Класс: _____ Год: _____

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о вашем ребенке

- | | | |
|--|----|-----|
| 1. Посещал ли ребенок ранее первый класс средней школы? | Да | Нет |
| 2. Получал ли ребенок ранее вакцину против ВПЧ? | Да | Нет |
| 3. Страдал ли ребенок каким-либо серьезным заболеванием в течение последних лет? | Да | Нет |

Пожалуйста, уточните:

- | | | |
|---|----|-----|
| 4. Принимает ли ребенок в настоящее время какие-либо медицинские препараты? | Да | Нет |
|---|----|-----|

Пожалуйста, уточните:

- | | | |
|--|----|-----|
| 5. Наблюдалась ли у ребенка тяжелая аллергическая реакция (в том числе анафилаксия) на какие-либо вещества, включая медицинские препараты и вакцины? | Да | Нет |
|--|----|-----|

Пожалуйста, уточните:

- | | | |
|---|----|-----|
| 6. Наблюдается ли у ребенка какое-либо заболевание или состояние, которое повышает риск кровотечения? | Да | Нет |
|---|----|-----|

Пожалуйста, уточните: