



Форма согласия на вакцинацию (Russian)

Форма согласия на вакцинацию детям и взрослым, получающим временную защиту (ВОТР) и ходатайствующим о международной защите (ИПА), а также в случае вспышки заболеваний

Версия 2.0, 29 декабря 2022 г.

Заявление о конфиденциальности: Сотрудники HSE осведомлены о своих обязательствах в соответствии с Законами о защите данных, 1988-2018 (включая требования GDPR). Предоставленная информация будет включена в базу данных по проведению профилактических прививок. HSE будет использовать полученную информацию для учёта пациентов, мониторинга программ вакцинации и оказания медицинской помощи.

Обратите внимание, что только родители или законные представители могут дать согласие на проведение профилактических прививок детям и подросткам до 16 лет или отказа от них. Более подробная информация о согласии на вакцинацию доступна на веб-сайте HSE <https://bit.ly/ConsentU16>. Молодые люди в возрасте 16 лет и старше имеют законное право давать согласие за себя самостоятельно.

Раздел 1: Персональные данные

Заполните эту часть формы для лиц, которые проходят вакцинацию (ПОЖАЛУЙСТА, ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЗАГЛАВНЫЕ БУКВЫ)

Идентификатор клиента HSE:

Персональный номер государственной службы (PPSN):

Имя:

Фамилия:

Дата рождения: Д Д / М М / Г Г Г Г

Пол (пожалуйста, обведите кружком): Мужской Женский

Адрес проживания (в Ирландии):

Графство:

Почтовый индекс Eircode:

Номер мобильного телефона:

Адрес электронной почты:

Если вам 15 лет или меньше, пожалуйста, заполните следующие данные:

Девичья фамилия матери:

Дата рождения матери: Д Д / М М / Г Г Г Г

Пожалуйста, заполните Раздел 2 И

Заполните

- Раздел 3a, если вы даёте согласие на вакцинацию ребёнка в возрасте до 2 лет
- Раздел 3b, если вы даёте согласие на вакцинацию ребёнка в возрасте от 2 до 10 лет
- Раздел 3c, если вы даёте согласие на вакцинацию ребёнка или взрослого в возрасте 10 лет и старше (или вы даёте согласие за себя).

И Заполните Раздел 4, чтобы дать согласие на проведение вакцинации



Форма согласия на вакцинацию (Russian)

Форма согласия на вакцинацию детям и взрослым, получающим временную защиту (ВОТР) и ходатайствующим о международной защите (ИРА), а также в случае вспышки заболеваний

Версия 2.0, 29 декабря 2022 г.

Раздел 2: Пожалуйста, ответьте «Да» или «Нет» на следующие вопросы.

Заполните эту часть формы для лиц, которые проходят вакцинацию (ПОЖАЛУЙСТА, ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЗАГЛАВНЫЕ БУКВЫ)

Есть или были ли у вас/вашего ребёнка какие-либо серьёзные заболевания? Да Нет

Пожалуйста, подробно опишите

Была ли у вас/вашего ребёнка когда-либо тяжёлая реакция на медикаменты, включая лекарства или вакцины? (Включая анафилаксию) Да Нет

Пожалуйста, подробно опишите

Есть или были ли у вас/вашего ребёнка заболевания или недуги, повышающие риск кровотечения? Да Нет

Пожалуйста, подробно опишите

Делали ли вы/ваш ребёнок какие-либо прививки за последние 6 месяцев? Да Нет

Пожалуйста, подробно опишите

Раздел 3а: Пожалуйста, заполните этот раздел ТОЛЬКО для детей в возрасте до 2 лет

Заполните эту часть формы для лиц, которые проходят вакцинацию (ПОЖАЛУЙСТА, ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЗАГЛАВНЫЕ БУКВЫ)

Вакцины против дифтерии, столбняка, полиомиелита, коклюша, гепатита В и Hib. Вводили ли вашему ребёнку три дозы вакцин против дифтерии, столбняка, полиомиелита, коклюша (коклюшного кашля), гепатита В и Hib?

В Ирландии эта вакцина вводится как «6 в 1» в возрасте 2, 4 и 6 месяцев Да Нет Не знаю

Если Да, то сколько доз вакцины было введено

В каком возрасте ребёнку была введена каждая доза?

Если вакцина от гепатита В — это единственная прививка, которая не была получена ребёнком, в таком случае догоняющая иммунизация этой вакцины не проводится.

Вакцина MenB (менингококковая инфекция B)

Возникла ли раньше у вашего ребёнка анафилаксия (тяжёлая аллергическая реакция) на латекс? Да Нет

Вводили ли вашему ребёнку вакцину Men B? Да Нет Не знаю

Если Да, то сколько доз вакцины было введено

В каком возрасте ребёнку была введена каждая доза?

Пожалуйста, ответьте на дополнительные вопросы на странице 3



Форма согласия на вакцинацию (Russian)

Форма согласия на вакцинацию детям и взрослым, получающим временную защиту (ВОТР) и ходатайствующим о международной защите (ИРА), а также в случае вспышки заболеваний

Версия 2.0, 29 декабря 2022 г.

Раздел 3а: Пожалуйста, заполните этот раздел ТОЛЬКО для детей в возрасте до 2 лет

Заполните эту часть формы для лиц, которые проходят вакцинацию (ПОЖАЛУЙСТА, ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЗАГЛАВНЫЕ БУКВЫ)

(Пневмококковая) вакцина PCV13

Вводили ли вашему ребёнку вакцину PCV13?

Да Нет Не знаю

Если Да, то сколько доз вакцины было введено

В каком возрасте ребёнку была введена каждая доза?

Вакцина против ротавируса (НЕ рекомендуется в возрасте от 8 месяцев 0 дней или позже)

Есть ли сейчас у вашего ребёнка диарея или рвота?

Да Нет

Было ли диагностировано у вашего ребёнка заболевание, которое называется «инвагинация»?

Да Нет

Родился ли ваш ребёнок с аномалией кишечника (например, дивертикул Меккеля)?

Да Нет

Пожалуйста, подробно опишите:

Было ли диагностировано у вашего ребёнка заболевание, которое называется «тяжелый комбинированный иммунодефицит» (SCID)?

Да Нет

Было ли диагностировано у вашего ребёнка какое-либо из следующих редких наследственных заболеваний: непереносимость фруктозы, дефицит сахарозы-изомальтазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция?

Да Нет

Если Да, назовите, пожалуйста, заболевание, которое было диагностировано у вашего ребёнка:

Принимала ли мать ребёнка лекарство под названием «инфликсимаб» во время беременности и/или в период грудного вскармливания

Да Нет

Пожалуйста, подробно опишите

Проживает ли ваш ребёнок с кем-либо, у кого ослаблена иммунная система?

Да Нет

Пожалуйста, подробно опишите

Делали ли вашему ребёнку прививку от ротавируса?

Да Нет Не знаю

Если Да, то сколько доз вакцины было введено

В каком возрасте ребёнку была введена каждая доза?

Пожалуйста, ответьте на дополнительные вопросы на странице 4



Форма согласия на вакцинацию (Russian)

Форма согласия на вакцинацию детям и взрослым, получающим временную защиту (ВОТР) и ходатайствующим о международной защите (IPA), а также в случае вспышки заболеваний

Версия 2.0, 29 декабря 2022 г.

Раздел 3а: Пожалуйста, заполните этот раздел ТОЛЬКО для детей в возрасте до 2 лет

Заполните эту часть формы для лиц, которые проходят вакцинацию (ПОЖАЛУЙСТА, ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЗАГЛАВНЫЕ БУКВЫ)

Вакцина МенС (менингококковая инфекция С)

Делали ли вашему ребёнку прививку МенС?

Да Нет Не знаю

Если Да, то сколько доз вакцины было введено

В каком возрасте ребёнку была введена каждая доза?

Вакцина MMR против кори, паротита и краснухи

Не учитывается, если вакцина MMR была введена ребёнку в возрасте до 12 месяцев, за исключением только тех случаев, когда эта прививка была сделана в течение 4-х дней до достижения ребёнком 1-го дня рождения.

Вакцина MMR против кори, паротита и краснухи

Вводили ли вашему ребёнку вакцину MMR в возрасте 12 месяцев или старше? Да Нет Не знаю

Делали ли вашему ребёнку прививку MMR в связи с поездками/из-за вспышек заболевания? Да Нет

Если Да, то в каком возрасте?

Вакцина Hib/МенС

Делали ли вашему ребёнку прививку Hib/МенС в возрасте 12 месяцев или старше? Да Нет Не знаю

Раздел 3б: Пожалуйста, заполните этот раздел ТОЛЬКО для детей в возрасте от 2 лет до <10 лет.

Примечание: Вакцины МенВ и PCV13 обычно НЕ рекомендуются детям в возрасте 2 лет и старше.

Заполните эту часть формы для лиц, которые проходят вакцинацию (ПОЖАЛУЙСТА, ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЗАГЛАВНЫЕ БУКВЫ)

Вакцина против дифтерии, столбняка, полиомиелита, коклюша (коклюшного кашля), гепатита В и Hib

Вводили ли вашему ребёнку три дозы вакцин против дифтерии, столбняка, полиомиелита, коклюша

(коклюшного кашля), гепатита В и Hib? В Ирландии эта вакцина вводится как «6 в 1» в возрасте 2, 4 и 6

месяцев Да Нет Не знаю

Если вакцина от гепатита В — это единственная прививка, которая не была получена ребёнком, в таком случае догоняющая иммунизация этой вакцины не проводится.

Если Да, то сколько доз вакцины было введено

В каком возрасте ребёнку была введена каждая доза?

Вакцина МенС (менингококковая инфекция С)

Делали ли вашему ребёнку прививку МенС?

Да Нет Не знаю

Если Да, то сколько доз вакцины было введено

В каком возрасте ребёнку была введена каждая доза?



Форма согласия на вакцинацию (Russian)

Форма согласия на вакцинацию детям и взрослым, получающим временную защиту (ВОТР) и ходатайствующим о международной защите (IPA), а также в случае вспышки заболеваний

Версия 2.0, 29 декабря 2022 г.

Раздел 3b: Пожалуйста, заполните этот раздел ТОЛЬКО для детей в возрасте от 2 лет до <10 лет.

Заполните эту часть формы для лиц, которые проходят вакцинацию (ПОЖАЛУЙСТА, ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЗАГЛАВНЫЕ БУКВЫ)

Вакцина MMR против кори, паротита и краснухи

Не учитывается, если вакцина была введена ребёнку в возрасте до 12 месяцев, за исключением только тех случаев, когда эта прививка была сделана в течение 4-х дней до достижения ребёнком 1-го дня рождения.

Вводили ли вашему ребёнку вакцину MMR в возрасте 12 месяцев или старше? Да Нет Не знаю

Если Да, то сколько доз вакцины было введено

В каком возрасте ребёнку была введена каждая доза?

Вакцина «4 в 1» (против дифтерии, столбняка, полиомиелита, коклюша (коклюшного кашля))

Вводили ли вашему ребёнку вакцину «4 в 1» после достижения его/её четвёртого дня рождения? Да Нет

Посещает ли ваш ребёнок младшие классы в Ирландии? Да Нет

Делали ли вашему ребёнку какие-либо прививки в начальной школе в Ирландии или в других странах? Да Нет

Если Да, то в каком возрасте?

Раздел 3с: Пожалуйста, заполните этот раздел ТОЛЬКО для детей, подростков и взрослых в возрасте от 10 лет и старше, (включая взрослых).

Заполните эту часть формы для лиц, которые проходят вакцинацию (ПОЖАЛУЙСТА, ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЗАГЛАВНЫЕ БУКВЫ)

Вакцины MenB и PCV13 НЕ рекомендуются детям в возрасте 2 лет и старше, а вакцина HiB не рекомендуется детям в возрасте 10 лет и старше.

Вакцины, содержащие дифтерию, столбняк, полиомиелит, коклюш [Tdap/IPV, Td/IPV, DTaP/IPV (только для догоняющей вакцинации в возрасте 10-13 лет, если вакцина Tdap/IPV недоступна), Tdap].

Делали ли вам/вашему ребёнку прививки против столбняка, дифтерии, полиомиелита и коклюша?

В Ирландии эти прививки делаются в виде вакцин "6 в 1" в возрасте 2, 4, 6 месяцев? Да Нет

Если Да, то сколько доз было введено и название вакцины?

В каком возрасте ребёнку была введена каждая доза?

Получали ли вы/ваш ребёнок вакцину против столбняка, дифтерии, полиомиелита и коклюша

(в Ирландии вакцинация проводится по схеме «4 в 1») в возрасте 4 лет и старше? Да Нет

Делали ли вам/вашему ребёнку какие-либо прививки в начальной школе в Ирландии или в других странах? Да Нет

Если да, то какая вакцина была введена и в каком возрасте?



Форма согласия на вакцинацию (Russian)

Форма согласия на вакцинацию детям и взрослым, получающим временную защиту (ВОТР) и ходатайствующим о международной защите (ИРА), а также в случае вспышки заболеваний

Версия 2.0, 29 декабря 2022 г.

Раздел 3с: Пожалуйста, заполните этот раздел ТОЛЬКО для детей, подростков и взрослых в возрасте от 10 лет и старше, (включая взрослых).

Заполните эту часть формы для лиц, которые проходят вакцинацию (ПОЖАЛУЙСТА, ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЗАГЛАВНЫЕ БУКВЫ)

Вводили ли вам/вашему ребёнку пятую вакцину против столбняка, дифтерии и коклюша (в Ирландии

вакцина обозначается как Tdap) в средней школе в Ирландии или в другом месте?

Да Нет

Если да, то какая вакцина была введена и в каком возрасте?

Вакцина MenC (менингококковая инфекция C)

1 доза вакцины MenC рекомендуется до 23 лет ТОЛЬКО в том случае, если вакцина, содержащая MenC, не была получена в возрасте 10 лет или старше.

Вводили ли вам/вашему ребёнку вакцину MenC или вакцину, содержащую MenC?

Да Нет Не знаю

Если Да, то сколько доз вакцины было введено

В каком возрасте вы/ваш ребёнок получили каждую дозу?

Делали ли вам/вашему ребёнку какие-либо прививки в средней школе в Ирландии или в другом месте?

Да Нет

Если Да, то какая вакцина была введена и в каком возрасте?

Вакцина MMR (корь, паротит (свинка) и краснуха)

Не учитывается, если вакцина MMR была введена ребёнку в возрасте до 12 месяцев, за исключением только тех случаев, когда эта прививка была сделана в течение 4-х дней до достижения ребёнком 1-го дня рождения.

Делали ли вы/ваш ребёнок одну или несколько вакцин MMR в возрасте 12 месяцев или старше?

Да Нет Не знаю

Если Да, то какие вакцины были введены и в каком возрасте?

Беременны ли вы/ваш ребёнок?

Да Нет

При беременности вакцинация прививкой MMR не рекомендуется.

Следует избегать беременность в течение месяца после введения вакцины MMR

Пожалуйста, перейдите к Разделу 4, чтобы дать согласие на проведение вакцинации



Форма согласия на вакцинацию (Russian)

Форма согласия на вакцинацию детям и взрослым, получающим временную защиту (ВОТР) и ходатайствующим о международной защите (ИПА), а также в случае вспышки заболеваний

Версия 2.0, 29 декабря 2022 г.

Раздел 4: Согласие

Подпишите этот раздел и поставьте X в каждой графе, если вы даёте согласие на вакцинацию

Да, я даю согласие на проведение вакцинации вышеуказанного лица вакцинами, список которых указан ниже. Ваш вакцинатор вам расскажет, какие вакцины необходимы:

| | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Вакцина «6 в 1» (DTaP/Hib/IPV/Нер В) | <input type="checkbox"/> | MenB (менингококковая инфекция В) | <input type="checkbox"/> |
| MenC (менингококковая инфекция С) | <input type="checkbox"/> | PCV (пневмококковый конъюгат) | <input type="checkbox"/> |
| Ротавирус (оральная вакцина против ротавируса) | <input type="checkbox"/> | MMR (Корь, свинка и краснуха) | <input type="checkbox"/> |
| Hib/MenC (Haemophilus influenza b + Менингококковая инфекция С) «4 в 1» (DTaP/IPV) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 4 in 1 (DTaP/IPV) | <input type="checkbox"/> | Td/IPV | <input type="checkbox"/> |
| Tdap/IPV | <input type="checkbox"/> | Tdap | <input type="checkbox"/> |

- Я прочитал(а) прилагаемую информацию о вакцинации и мне понятен смысл предоставленных материалов, включая известные побочные эффекты вакцин.
- Я понимаю, что введение вакцины MMR не рекомендуется во время беременности.

Пожалуйста, отметьте соответствующее поле ниже:

- Я понимаю, что даю согласие на проведение догоняющей вакцинации в соответствии со схемами, предусмотренными Ирландским графиком иммунизации, который может включать одну вакцину или курс вакцин в соответствии с рекомендациями моего вакцинатора.
- Я понимаю, что даю согласие на проведение вакцинации в случаях вспышки заболевания для защиты меня/своего ребёнка от болезни, которую можно предотвратить с помощью иммунизации.

При подписании формы согласия за лицо, не достигшее 16 лет

Подписывая данную форму, я подтверждаю, что уполномочен(а) давать согласие от имени вышеуказанного ребёнка. (Лица в возрасте 16 лет и старше имеют законное право давать согласие за себя самостоятельно)

Подпись: Дата предоставления согласия:

Только для служебного пользования / FOR OFFICE USE ONLY

| Name of Vaccine | Date Given (DD/MM/YYYY) | Dose Number | Vaccine Name & Manufacturer | Batch Number | Expiry Date Month/Year | Injection Site |
|-----------------|-------------------------|-------------|-----------------------------|--------------|------------------------|----------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Prescriber Signature: GP Practice / HSE Clinic / Hospital Name, Address, or Stamp
 PIN/MCRN:
 Vaccinator Signature:
 PIN/MCRN: