



Форма згоди на вакцинацію (Ukrainian)

Форма згоди на вакцинацію дітей та дорослих осіб, які користуються тимчасовим захистом (Beneficiaries of Temporary Protection, BTP) або є заявниками на надання міжнародного захисту (International Protection Applicants, IPA), та у разі епідемії.

Версія 2.0 від 29 грудня 2022 р.

Положення про конфіденційність: Співробітники служби охорони здоров'я Ірландії (HSE) усвідомлюють свої зобов'язання відповідно до Законів про захист даних 1988–2018 рр. (включно з GDPR). Надана інформація буде долучена до бази даних із вакцинації. HSE буде використовувати цю інформацію для авторизації клієнтів, моніторингу програм вакцинації та надання медичних послуг.

Зверніть увагу, що для дитини віком до 16 років згода чи відмова можуть бути надані лише одним із батьків або законним опікуном. Для отримання додаткової інформації про надання згоди відвідайте вебсайт HSE за посиланням <https://bit.ly/ConsentU16>. Відповідно до закону молоді особи віком від 16 років мають право надати згоду або відмову самостійно.

Розділ 1. Персональні дані

Заповніть цю частину, надавши інформацію про особу, яка вакцинується (БУДЬ ЛАСКА, ВИКОРИСТОВУЙТЕ ВЕЛИКІ ЛІТЕРИ)

Ідентифікатор клієнта в HSE:

Ідентифікаційний номер у Службі державного забезпечення (PPSN):

Ім'я:

Прізвище:

Дата народження:

Стать (обведіть): Чоловіча Жіноча

Адреса (в Ірландії):

Округ:

Eircode:

Мобільний телефон:

Електронна пошта:

Для дитини віком до 15 років включно надайте наступну інформацію:

Прізвище матері при народженні:

Дата народження матері:

Будь ласка, заповніть розділ 2 **ТА**

заповніть

- розділ 3a, якщо ви надаєте згоду на вакцинацію дитини віком до 2 років
- розділ 3b, якщо ви надаєте згоду на вакцинацію дитини віком 2–10 років
- розділ 3c, якщо ви надаєте згоду на вакцинацію особи віком від 10 років (або себе)

ТА заповніть розділ 4, щоб надати згоду на вакцинацію



Форма згоди на вакцинацію (Ukrainian)

Форма згоди на вакцинацію дітей та дорослих осіб, які користуються тимчасовим захистом (Beneficiaries of Temporary Protection, BTP) або є заявниками на надання міжнародного захисту (International Protection Applicants, IPA), та у разі епідемії.

Версія 2.0 від 29 грудня 2022 р.

Розділ 2. Будь ласка, дайте відповідь «так» або «ні» на наступні запитання

Заповніть цю частину, надавши інформацію про особу, яка вакцинується (БУДЬ ЛАСКА, ВИКОРИСТОВУЙТЕ ВЕЛИКІ ЛІТЕРИ)

Чи виникали у вас/вашої дитини серйозні захворювання?

Так Ні

Так Ні Будь ласка, уточніть

Чи виникали у вас/вашої дитини серйозні реакції (включно з анафілактичними) на будь-яку

Так Ні

речовину, зокрема на лікарський препарат або вакцину?

Так Ні Будь ласка, уточніть

Чи є у вас/вашої дитини будь-які захворювання або порушення, які підвищують ризик кровотечі?

Так Ні

Так Ні Будь ласка, уточніть

Чи проходили ви/ваша дитина будь-яку вакцинацію впродовж останніх 6 місяців?

Так Ні

Так Ні Будь ласка, уточніть

Розділ 3а. Цей розділ заповнюється ЛИШЕ для дітей віком до 2 років

Заповніть цю частину, надавши інформацію про особу, яка вакцинується (БУДЬ ЛАСКА, ВИКОРИСТОВУЙТЕ ВЕЛИКІ ЛІТЕРИ)

Вакцинація проти дифтерії, правця, поліомієліту, кашлюку (коклюшу), гепатиту В та гемофільної інфекції типу В

Чи отримала ваша дитина три дози вакцин проти дифтерії, правця, поліомієліту, кашлюку (коклюшу), гепатиту В та гемофільної інфекції типу В? В Ірландії для вакцинації проти цих захворювань використовується вакцина «6 в 1», яку вводять у віці 2, 4 та 6 місяців

Так Ні Не знаю

Якщо так, скільки доз?

В якому віці було введено кожен дозу?

Якщо єдина вакцина, якої у Вас немає - це вакцина проти гепатиту В, то в межах цієї програми, на жаль, її не пропонують.

Вакцинація проти менінгококової інфекції, викликані бактеріями типу В (вакциною MenB)

Чи виникала у вашої дитини анафілактична (важка алергічна) реакція на латекс?

Так Ні

Так Ні Не знаю

Чи вводили вашій дитині вакцину MenB?

Якщо так, скільки доз?

В якому віці було введено кожен дозу?



Форма згоди на вакцинацію (Ukrainian)

Форма згоди на вакцинацію дітей та дорослих осіб, які користуються тимчасовим захистом (Beneficiaries of Temporary Protection, BOTP) або є заявниками на надання міжнародного захисту (International Protection Applicants, IPA), та у разі епідемії.

Версія 2.0 від 29 грудня 2022 р.

Розділ 3а. Цей розділ заповнюється ЛИШЕ для дітей віком до 2 років

Заповніть цю частину, надавши інформацію про особу, яка вакцинується (БУДЬ ЛАСКА, ВИКОРИСТОВУЙТЕ ВЕЛИКІ ЛІТЕРИ)

Вакцинація проти пневмококової інфекції (вакциною PCV13)

Чи вводили вашій дитині вакцину PCV13?

Так Ні Не знаю

Якщо так, скільки доз?

В якому віці було введено кожен дозу?

Вакцинація проти ротавірусної інфекції (НЕ рекомендується починаючи з віку 8 місяців 0 днів)

Чи є у вашої дитини діарея або блювота в цей час?

Так Ні

У вашої дитини колись діагностували захворювання під назвою «інвагінація»?

Так Ні

У вашої дитини при народженні діагностували аномалію кишечника (зокрема, дивертикул

Так Ні

Меккеля)?

Будь ласка, уточніть:

У вашої дитини колись діагностували захворювання під назвою «тяжкий комбінований

Так Ні

імунодефіцит» (ТКІД)?

У вашої дитини колись діагностували рідкісне спадкове захворювання, зокрема

Так Ні

непереносимість фруктози, дефіцит сахарози-ізомальтази або глюкозно-галактозну

мальабсорбцію?

Якщо так, будь-ласка, зазначте діагноз вашої дитини:

Чи приймала мати дитини лікарський препарат під назвою «інфліксимаб» під час вагітності та/

або грудного вигодовування?

Так Ні

Будь ласка, уточніть:

Чи ваша дитина в цей час проживає разом з особою, яка має імунодефіцит/ослаблену імунну

систему?

Так Ні

Будь ласка, уточніть:

Чи вводили вашій дитині вакцину проти ротавірусної інфекції?

Так Ні Не знаю

Якщо так, скільки доз?

В якому віці було введено кожен дозу?

Будь ласка, Дайте відповіді на додаткові запитання на сторінці 4.



Форма згоди на вакцинацію (Ukrainian)

Форма згоди на вакцинацію дітей та дорослих осіб, які користуються тимчасовим захистом (Beneficiaries of Temporary Protection, BTP) або є заявниками на надання міжнародного захисту (International Protection Applicants, IPA), та у разі епідемії.

Версія 2.0 від 29 грудня 2022 р.

Розділ 3а. Цей розділ заповнюється ЛИШЕ для дітей віком до 2 років

Заповніть цю частину, надавши інформацію про особу, яка вакцинується (БУДЬ ЛАСКА, ВИКОРИСТОВУЙТЕ ВЕЛИКІ ЛІТЕРИ)

Вакцинація проти менінгококової інфекції, викликані бактеріями типу С (вакциною MenC)

Чи вводили вашій дитині вакцину MenC?

Так Ні Не знаю

Якщо так, скільки доз?

В якому віці було введено кожен дозу?

Вакцинація проти кору, паротиту та краснухи (вакциною MMR)

Не враховується, якщо введення вакцини MMR відбулося у віці до 12 місяців (за винятком випадків, коли вакцинацію було проведено впродовж 4 днів до першого дня народження дитини).

Вакцинація проти кору, паротиту та краснухи (вакциною MMR)

Чи вводили вашій дитині вакцину MMR у віці 12 місяців або пізніше?

Так Ні Не знаю

Чи вводили вашій дитині вакцину MMR у зв'язку з подорожжю або епідемією?

Так Ні

Якщо так, у якому віці?

Вакцинація проти гемофільної інфекції типу В та менінгококової інфекції, викликані бактеріями типу С (вакциною Hib/MenC)

Чи вводили вашій дитині вакцину Hib/MenC у віці 12 місяців або пізніше?

Так Ні Не знаю

Розділ 3б. Цей розділ заповнюється ЛИШЕ для дітей віком від 2 років до < 10 років.

Застосування вакцин MenB та PCV13 у дітей віком від 2 років зазвичай НЕ рекомендується.

Заповніть цю частину, надавши інформацію про особу, яка вакцинується (БУДЬ ЛАСКА, ВИКОРИСТОВУЙТЕ ВЕЛИКІ ЛІТЕРИ)

Вакцинація проти дифтерії, правця, поліомієліту, кашлюку (коклюшу), гепатиту В та гемофільної інфекції типу В

Чи отримала ваша дитина три дози вакцин проти дифтерії, правця, поліомієліту, кашлюку (коклюшу), гепатиту В та гемофільної інфекції типу В? В Ірландії для вакцинації проти цих захворювань використовується вакцина «6 в 1», яку вводять у віці 2, 4 та 6 місяців.

Так Ні Не знаю

Окреме позапланове введення вакцини проти гепатиту В неможливе, якщо це єдина із зазначених інфекцій, проти якої дитину не було вакциновано.

Якщо так, скільки доз?

В якому віці було введено кожен дозу?

Вакцинація проти менінгококової інфекції, викликані бактеріями типу С (вакциною MenC)

Чи вводили вашій дитині вакцину MenC?

Так Ні Не знаю

Якщо так, скільки доз?

В якому віці було введено кожен дозу?



Форма згоди на вакцинацію (Ukrainian)

Форма згоди на вакцинацію дітей та дорослих осіб, які користуються тимчасовим захистом (Beneficiaries of Temporary Protection, BOTP) або є заявниками на надання міжнародного захисту (International Protection Applicants, IPA), та у разі епідемії.

Версія 2.0 від 29 грудня 2022 р.

Розділ 3b. Цей розділ заповнюється ЛИШЕ для дітей віком від 2 років до < 10 років
Заповніть цю частину, надавши інформацію про особу, яка вакцинується (БУДЬ ЛАСКА, ВИКОРИСТОВУЙТЕ ВЕЛИКІ ЛІТЕРИ).

Вакцинація проти кору, паротиту та краснухи (вакциною MMR)

Не враховується, якщо вакцинація відбулася у віці до 12 місяців (за винятком випадків, коли вакцинацію було проведено впродовж 4 днів до першого дня народження дитини).

Чи вводили вашій дитині вакцину MMR у віці 12 місяців або пізніше? Так Ні Не знаю

Якщо так, скільки доз?

В якому віці було введено кожен дозу?

Вакцинація проти дифтерії, правця, поліомієліту та кашлюку (коклюшу) [вакциною «4 в 1»]

Чи вводили вашій дитині вакцину «4 в 1» після четвертого дня народження? Так Ні

Чи навчається ваша дитина в молодшій групі початкової школи (Junior Infants) в Ірландії? Так Ні

Чи проходила ваша дитина будь-яку вакцинацію в початковій школі в Ірландії або в іншому місці? Так Ні

Якщо так, у якому віці?

Розділ 3с. Цей розділ заповнюється ЛИШЕ для осіб віком від 10 років, включно з дорослими.
Заповніть цю частину, надавши інформацію про особу, яка вакцинується (БУДЬ ЛАСКА, ВИКОРИСТОВУЙТЕ ВЕЛИКІ ЛІТЕРИ)

Примітка. Застосування вакцин MenB та PCV13 у дітей віком від 2 років та вакцини проти гемофільної інфекції типу B в осіб віком від 10 років НЕ рекомендується.

Вакцинація проти дифтерії, правця, поліомієліту та кашлюку (коклюшу) вакцинами Tdap/IPV, Td/IPV, DTap/IPV

(лише у віці 10–13 років у разі пропущеної планової вакцинації та за відсутності вакцини Tdap/IPV) та Tdap

Чи вводили вам/вашій дитині вакцини проти правця, дифтерії, поліомієліту та кашлюку (коклюшу)? В Ірландії для цього використовується вакцина «6 в 1», яку вводять у віці 2, 4 та 6 місяців. Так Ні

Якщо так, будь ласка, зазначте кількість доз та назву вакцини?

В якому віці було введено кожен дозу?

Чи вводили вам/вашій дитині вакцини проти правця, дифтерії, поліомієліту та кашлюку (коклюшу) у віці 4 років або пізніше? В Ірландії для цього використовується вакцина «4 в 1»? Так Ні

Чи проходили ви/ваша дитина будь-яку вакцинацію в початковій школі в Ірландії або в іншому місці? Якщо так, будь ласка, зазначте вакцину? Так Ні

В якому віці було введено кожен дозу?



Форма згоди на вакцинацію (Ukrainian)

Форма згоди на вакцинацію дітей та дорослих осіб, які користуються тимчасовим захистом (Beneficiaries of Temporary Protection, BOTP) або є заявниками на надання міжнародного захисту (International Protection Applicants, IPA), та у разі епідемії.

Версія 2.0 від 29 грудня 2022 р.

Розділ 3с. Цей розділ заповнюється ЛИШЕ для осіб віком від 10 років, включно з дорослими. Заповніть цю частину, надавши інформацію про особу, яка вакцинується (БУДЬ ЛАСКА, ВИКОРИСТОВУЙТЕ ВЕЛИКІ ЛІТЕРИ)

Чи отримали ви/ваша дитина п'яту дозу вакцини проти правця, дифтерії та кашлюку (коклюшу) в Так Ні

середній школі в Ірландії або в іншому місці? В Ірландії для цього використовується вакцина Tdap?

Якщо так, будь ласка, зазначте вакцину та вік на момент вакцинації

Вакцинація проти менінгококової інфекції, викликані бактеріями типу С (вакциною MenC)

Примітка. Введення однієї дози вакцини MenC у віці до 23 років рекомендується ЛИШЕ у осіб, які не отримали вакцину, що містить компонент MenC, у віці 10 років або пізніше.

Чи вводили вам/вашій дитині вакцину MenC або іншу вакцину, що містить компонент MenC?

Так Ні Не знаю

Якщо так, скільки доз?

В якому віці ви/ваша дитина отримали кожен дозу?

Чи проходили ви/ваша дитина будь-яку вакцинацію в середній школі в Ірландії або в іншому місці? Так Ні

Якщо так, будь ласка, зазначте вакцину та вік на момент вакцинації

Вакцинація проти кору, паротиту та краснухи (вакциною MMR)

Не враховується, якщо вакцинація відбулася у віці до 12 місяців (за винятком випадків, коли вакцинацію було проведено впродовж 4 днів до першого дня народження дитини).

Чи вводили вам/вашій дитині одну або декілька доз вакцини MMR у віці 12 місяців або пізніше?

Так Ні Не знаю

Якщо так, будь ласка, зазначте вакцини та вік на момент вакцинації?

Ви/ваша донька вагітні?

Так Ні

Введення вакцини MMR не рекомендується під час вагітності.

Після введення вакцини MMR слід запобігати вагітності впродовж одного місяця.

Щоб надати згоду на вакцинацію, перейдіть до розділу 4



Форма згоди на вакцинацію (Ukrainian)

Форма згоди на вакцинацію дітей та дорослих осіб, які користуються тимчасовим захистом (Beneficiaries of Temporary Protection, BOTP) або є заявниками на надання міжнародного захисту (International Protection Applicants, IPA), та у разі епідемії.

Версія 2.0 від 29 грудня 2022 р.

Розділ 4. Згода

Поставте підпис під цим розділом та відмітку X в кожному полі, якщо ви даєте згоду на вакцинацію

Так, я даю згоду на вакцинацію вищезазначеної особи наступними вакцинами.

Медичний працівник, який проводить вакцинацію, повідомить, які вакцини вам потрібні:

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Вакцина «6 в 1» (DTaP/Hib/IPV/Нер В) | <input type="checkbox"/> | MenB (проти менингококової інфекції, викликаной бактеріями типу В) | <input type="checkbox"/> |
| MenC (проти менингококової інфекції, викликаной бактеріями типу С) | <input type="checkbox"/> | PCV (кон'югована вакцина проти пневмококової інфекції) | <input type="checkbox"/> |
| Rotavirus (пероральна вакцина проти ротавірусної інфекції) | <input type="checkbox"/> | MMR (проти кору, паротиту та краснухи) | <input type="checkbox"/> |
| Hib/MenC (проти гемофільної інфекції типу В та менингококової інфекції, викликаной бактеріями типу С) | <input type="checkbox"/> | Вакцина «4 в 1» (DTaP/IPV) | <input type="checkbox"/> |
| Tdap/IPV Td/IPV | <input type="checkbox"/> | Tdap/IPV Td/IPV | <input type="checkbox"/> |
| Tdap | <input type="checkbox"/> | | |

- Я прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) супровідну інформацію про вакцину, включно з відомостями про побічні ефекти.
- Я знаю, що застосування вакцини MMR не рекомендується під час вагітності.

Будь ласка, позначте відповідне поле нижче:

- Я розумію, що надаю згоду на застосування схеми турової (позапланової) вакцинації відповідно до схеми вакцинації, прийнятої в Ірландії, що може передбачати введення одної вакцини або курсову вакцинацію згідно з рекомендаціями медичного працівника, який проводить вакцинацію.
- Я розумію, що даю згоду на введення вакцин у разі епідемії, щоб захистити мене/мою дитину від захворювання, яке можна попередити вакцинацією.

Якщо згода надається для дитини віком до 16 років

Підписуючи цю форму, я підтверджую, що я уповноважений(-а) надавати згоду від імені вищезазначеної дитини.

(Особі віком від 16 років мають право надати згоду або відмову самостійно.)

Підпис:

Дата згоди:

Тільки для внутрішнього використання в установі/ 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: