

ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Клас:  Дата народження:   
 Ім'я:  Реєстраційний номер школи:  ID клієнта:

Тільки для службового використання Адміністративні дані:

MMR	Дата введення	Номер партії	Призначення за підписом та MCRN/PIN	Підпис та PIN/MCRN вакцинатора	Місце ін'єкції (обведіть відповідне)	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Правий дельтоподібний м'яз <input type="checkbox"/>	Лівий дельтоподібний м'яз <input type="checkbox"/>
Час вакцинації: <input type="text"/> AM/PM		Місце вакцинації: Школа <input type="checkbox"/> Клініка <input type="checkbox"/>				
Назва клініки: <input type="text"/>						

4 в 1	Дата введення	Номер партії	Призначення за підписом та MCRN/PIN	Підпис та PIN/MCRN вакцинатора	Місце ін'єкції (обведіть відповідне)	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Правий дельтоподібний м'яз <input type="checkbox"/>	Лівий дельтоподібний м'яз <input type="checkbox"/>
Час вакцинації: <input type="text"/> AM/PM		Місце вакцинації: Школа <input type="checkbox"/> Клініка <input type="checkbox"/>				
Назва клініки: <input type="text"/>						

Якщо вакцина не була введена, вкажіть причину. Відсутній(-я)  Відмова у день вакцинації   
 Протипоказання  Процедура відкладена  Інше   
 Заповнив(-ла):  MCRN/PIN:    
 (за наявності)

Тільки для службового використання

Примітки/коментарі:

так

Діти  
4-5  
років

ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Клас:  Дата народження:   
 Ім'я:  Реєстраційний номер школи:  ID клієнта:

Форма інформованої згоди на вакцинацію у 2023/2024 рр. вакциною проти кору, епідемічного паротиту (свинки) та краснухи (MMR) і вакциною проти дифтерії, поліомієліту, правця та коклюшу (4 в 1) дітей, які починають відвідувати підготовчі класи

Якщо ви бажаєте надати свою інформовану згоду на проведення цієї процедури, будь ласка, заповніть частини 1 і 2. Якщо ви не бажаєте надавати свою інформовану згоду на проведення цієї процедури, будь ласка, заповніть частини 1 і 3. (Частини 2 і 3 наведені на звороті). Будь ласка, майте на увазі, що тільки батьки або законний опікун можуть надавати або відмовлятися надавати згоду на участь дитини у цій процедурі. Будь ласка, якомога скоріше поверніть цю форму до школи у конверті, що додається. Додаткову інформацію про поінформовану згоду можна отримати на вебсайті HSE <https://bit.ly/ConsentU16>.

**Конфіденційність даних:** Щоб гарантувати безпечне введення вакцин, зафіксувати всю необхідну інформацію та провести моніторинг вакцинації, HSE обробляє персональні дані вашої дитини. HSE здійснює обробку усієї інформації відповідно до різних законів про захист даних, зокрема згідно із Законами про захист персональних даних (1988–2018 рр.), Регламентом ЄС 2016/679 (Загальним регламентом про захист даних (GDPR)) та Законом про персональні ідентифікаційні номери у сфері охорони здоров'я (2014 р.). Обробка персональних даних вашої дитини проводиться чесним і законним чином. Вона здійснюватиметься виключно для виконання певних задач, зокрема для організації процесу вакцинації, для звітування та моніторингу в рамках вакцинаційних програм, для перевірки клієнтів, а також для надання медичних послуг. Дані також можуть передаватися між відділами HSE.

**ЧАСТИНА 1** Заповніть цю частину брошури для усіх дітей (БУДЬ ЛАСКА, ВИКОРИСТОВУЙТЕ ДРУКОВАНІ ЛІТЕРИ)

Ім'я дитини:  По батькові дитини:   
 Прізвище дитини:   
 Інше ім'я:   
 Особистий номер державного забезпечення дитини (PPSN):   
 (PPSN потрібен тільки для ведення вакцинаційної документації)  
 E-mail:   
 Чи згодні ви отримувати електронною поштою повідомлення про вакцинаційні прийоми? Так  Ні   
 Дата народження дитини:  Стать дитини: Чоловіча  Жіноча   
 Дівоче прізвище матері:   
 (Ця інформація може знадобитися для ведення вакцинаційної документації)  
 Адреса дитини:   
  
 Eircode:  Графство:   
 Адреса дитини під час останньої вакцинації:   
  
 Ім'я та прізвище батька, матері або законного опікуна:   
  
 Стационарний телефон:   
 Мобільний телефон:   
 Чи згодні ви отримувати текстові повідомлення про вакцинаційні прийоми? Так  Ні

Будь ласка, перегорніть сторінку →

ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Клас:  Дата народження:   
 Ім'я:  Реєстраційний номер школи:  ID клієнта:

Етнічне або культурне походження дитини:  
 А. Європеоїдна раса (наприклад, ірландці, ірландські мандрівники, роми, українці та інші етноси європеоїдної раси)   
 В. Негроїдна раса (африканські та інші етноси негроїдної раси)   
 С. Азійська раса (наприклад, китайці та інші азійські етноси)   
 D. Інші раси, у тому числі змішані (араби або інші етноси – будь ласка, зазначте)

Опис

Громадянство дитини:

Школа:

Рік:

Назва класу АБО його номер, АБО його літера:

Це перший рік навчання вашої дитини у підготовчих класах? Так  Ні

Чи отримувала ваша дитина планові вакцини у віці 2, 4 та 6 місяців? Так  Ні  Не знаю

Чи отримала ваша дитина першу дозу вакцини MMR у віці 12 місяців? Так  Ні  Не знаю

Чи отримувала ваша дитина якісь вакцини протягом останніх 6 місяців? Так  Ні

Будь ласка, уточніть

Чи отримала ваша дитина другу дозу вакцини MMR після спалаху одного із захворювань або для подорожі? Так  Ні

Будь ласка, уточніть

Чи страждала ваша дитина на якесь серйозне захворювання? Так  Ні

Будь ласка, уточніть

Чи приймає ваша дитина наразі якісь медичні препарати? Так  Ні

Будь ласка, уточніть

Чи спостерігалася у вашої дитини тяжка алергічна реакція на будь-які речовини, зокрема медичні препарати та вакцини? Так  Ні

(у тому числі анафілаксія)

Будь ласка, уточніть

Чи спостерігається у вашої дитини якесь захворювання або стан, що підвищує ризик кровотечі? Так  Ні

Будь ласка, уточніть

**ЧАСТИНА 2** Підпишіть наведені нижче форми, щоб відповісти «Так»



Підпишіть наведену нижче форму, якщо ви надаєте згоду на прийом вакцини MMR

Так, я надаю згоду на вакцинацію зазначеної вище дитини для її захисту від **кору, епідемічного паротиту (свинки) та краснухи (MMR)**. Я прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) наведену інформацію про вакцини, у тому числі про відомі побічні ефекти. Підписуючи цю форму, я підтверджую, що маю законне право надавати згоду на вакцинацію від імені зазначеної вище дитини.

Підпис:

(батько/мати/законний опікун)

Моє ім'я:  Дата:

Будь ласка, заповнюйте друкованими літерами

Підпис:

(батько/мати/законний опікун)

Моє ім'я:  Дата:

Будь ласка, заповнюйте друкованими літерами

ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Клас:  Дата народження:   
 Ім'я:  Реєстраційний номер школи:  ID клієнта:

Відмітьте це поле, якщо ви надаєте згоду на прийом вакцини «4 в 1»

Так, я надаю згоду на вакцинацію зазначеної вище дитини для її захисту від **дифтерії, поліомієліту, правця та коклюшу (4 в 1)**. Я прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) наведену інформацію про вакцини, у тому числі про відомі побічні ефекти. Підписуючи цю форму, я підтверджую, що маю законне право надавати згоду на вакцинацію від імені зазначеної вище дитини.

Підпис:

(батько/мати/законний опікун)

Моє ім'я:  Дата:

Будь ласка, заповнюйте друкованими літерами

Підпис:

(батько/мати/законний опікун)

Моє ім'я:  Дата:

Будь ласка, заповнюйте друкованими літерами

**ЧАСТИНА 3** Підпишіть наведені нижче форми, щоб відповісти «Ні»

Підпишіть наведену нижче форму, якщо ви відмовляєтеся надавати згоду на прийом вакцини MMR

Ні, я відмовляюся надавати згоду на вакцинацію зазначеної вище дитини для її захисту від **кору, епідемічного паротиту (свинки) та краснухи (MMR)**. Я прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) наведену інформацію про вакцини, у тому числі про ризики, пов'язані з відмовою від вакцинації. Підписуючи цю форму, я підтверджую, що маю законне право відмовлятися надавати згоду на вакцинацію від імені зазначеної вище дитини.

Підпис:

(батько/мати/законний опікун)

Моє ім'я:  Дата:

Будь ласка, заповнюйте друкованими літерами

Підпис:

(батько/мати/законний опікун)

Моє ім'я:  Дата:

Будь ласка, заповнюйте друкованими літерами

Причина відмови:

Відмітьте це поле, якщо ви відмовляєтеся надавати згоду на прийом вакцини «4 в 1»

Ні, я відмовляюся надавати згоду на вакцинацію зазначеної вище дитини для її захисту від **дифтерії, поліомієліту, правця та коклюшу (4 в 1)**. Я прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) наведену інформацію про вакцини, у тому числі про ризики, пов'язані з відмовою від вакцинації. Підписуючи цю форму, я підтверджую, що маю законне право відмовлятися надавати згоду на вакцинацію від імені зазначеної вище дитини.

Підпис:

(батько/мати/законний опікун)

Моє ім'я:  Дата:

Будь ласка, заповнюйте друкованими літерами

Підпис:

(батько/мати/законний опікун)

Моє ім'я:  Дата:

Будь ласка, заповнюйте друкованими літерами

Причина відмови: