



# FOR OFFICE USE ONLY / ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Name /  
Ім'я:

Client ID /  
ID клієнта:

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

(у тому числі мазі/креми, що впливають на імунну систему, наприклад мазь «Протопік»)

Будь ласка, уточніть: \_\_\_\_\_

Чи спостерігалася у вашої дитини тяжка алергічна реакція на **будь-які** речовини, включаючи 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** Будь ласка, відмітьте ці поля, щоб відповісти «Так»

**Так**

**Відмітьте це поле, якщо ви надаєте згоду на прийом вакцини MMR**

**Так**, я надаю згоду на вакцинацію зазначеної вище дитини для її захисту від **кору, 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

Д Д М М Р Р Р Р

**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

Д Д М М Р Р Р Р

**FOR OFFICE USE ONLY / ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ**

Name / Ім'я:

Client ID / ID клієнта:

**ЧАСТИНА 3** Будь ласка, відмітьте ці поля, щоб відповісти «Ні»

**Відмітьте це поле, якщо ви відмовляєтеся надавати згоду на прийом вакцини MMR**

**Ні**, я відмовляюся надавати згоду на вакцинацію зазначеної вище дитини для її захисту від **кору, 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*

*Д Д М М Р Р Р Р*

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*

*Д Д М М Р Р Р Р*

Причина відмови: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only / Тільки для службового використання**

**Administration Details: / Адміністративні дані:**

MMR	Date Given	Batch Number	Prescribed by signature and MCRN/PIN	Vaccinator's signature and PIN/MCRN	Injection Site (Circle as appropriate)	
	<input type="text"/> <i>D D M M Y Y Y Y</i>				Right Deltoid	Left Deltoid
<b>Time Vaccinated:</b> <input type="text"/> <b>AM/PM</b>			Vaccination Location: School <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/>			
Clinic Name: <input type="text"/>						

4 in 1	Date Given	Batch Number	Prescribed by signature and MCRN/PIN	Vaccinator's signature and PIN/MCRN	Injection Site (Circle as appropriate)	
	<input type="text"/> <i>D D M M Y Y Y Y</i>				Right Deltoid	Left Deltoid
<b>Time Vaccinated:</b> <input type="text"/> <b>AM/PM</b>			Vaccination Location: School <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/>			
Clinic Name: <input type="text"/>						

If vaccine not administered please state why? DNA or Absent  Refused on the Day   
 Vaccine Contraindicated  Deferred  Other

**Completed by:** \_\_\_\_\_ **MCRN/PIN:**    
*D D M M Y Y Y Y*

