

FOR OFFICE USE ONLY / ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Class / Клас:	<input type="text"/>	School Roll Number / Реєстраційний номер школи:	<input type="text"/>	Client ID / ID клієнта:	<input type="text"/>
Name / Ім'я:	<input type="text"/>			Client ID / ID клієнта:	<input type="text"/>

Форма інформованої згоди на вакцинацію у 2022/2023 рр. та прийом вакцин Tdap, MenACWY і вакцини проти ВПЛ для дітей, які йдуть до першого класу середньої школи

Цю форму інформованої згоди необхідно заповнити

- 2 дози вакцини проти ВПЛ (вірусу папіломи людини)
- 1 доза вакцини Tdap (проти правця, дифтерії та коклюшу)
- 1 доза вакцини MenACWY (проти менінгокової інфекції ACWY)

These vaccines will be given during the school year.

2 vaccines will be given at each school visit.

ВІЗИТ 1: вакцина проти ВПЛ (перша доза) + вакцина Tdap

ВІЗИТ 2: вакцина проти ВПЛ (друга доза) + вакцина MenACWY

Будь ласка, майте на увазі, що тільки батьки або законний опікун можуть надавати або відмовлятися надавати згоду на участь дитини у цій процедурі. Закон дозволяє учням віком 16 років і старше самостійно надавати згоду на вакцинацію.

ЗАПОВНІТЬ ФОРМУ ВЕЛИКИМИ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ ЗА ДОПОМОГОЮ РУЧКИ.

До початку вакцинації, будь ласка, заповніть цю форму та поверніть її у конверті, що додається.

Конфіденційність даних: Співробітники HSE дотримуються законів про захист даних (1988–2018), у тому числі GDPR. Інформація, що отримується, вноситься до бази даних вакцинації. Спеціалісти HSE використовують цю інформацію виключно для ідентифікації клієнтів, відстеження ефективності програм вакцинації та надання медичних послуг. Дані щодо вакцини проти ВПЛ будуть передані CervicalCheck – спеціалістам Національної програми скринінгу шийки матки – та використовуватимуться у контексті цієї програми.

Примітки/коментарі:

першого
класу

FOR OFFICE USE ONLY / ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Name /
Ім'я:

Client ID /
ID клієнта:

Персональні дані

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

Ім'я учня:

По батькові учня:

Прізвище учня:

Інше ім'я:

Особистий номер державного забезпечення учня (PPSN):

(PPSN потрібен тільки для ведення вакцинаційної документації)

Дата народження учня:

Стать: Чоловіча

Жіноча

Дошлюбне прізвище
матері:

((Ця інформація може знадобитися для ведення вакцинаційної документації))

Адреса учня:

Eircode:

Графство:

Адреса учня під час останньої вакцинації:

Ім'я та прізвище батька, матері або законного опікуна:

Стаціонарний телефон:

Мобільний телефон:

Чи згодні ви отримувати текстові повідомлення про вакцинаційні прийоми?

Так

Ні

E-mail:

Етнічне або культурне походження учня:

A. Європеоїдна раса (ірландці, ірландські мандрівники, роми, українці)

B. Негроїдна раса (африканські та інші

етноси негроїдної раси)

C. Азійська раса (китайці або інші азійські етноси)

D. Інші раси, у тому числі змішані (араби або інші етноси – будь ласка, зазначте)

Опис

Громадянство учня:

Чи згодні ви отримувати електронні повідомлення про вакцинаційні прийоми?

Так

Ні

Клас:

Рік:

Назва школи/коледжу:

1. Чи відвідувала дитина раніше перший клас середньої школи?

Так

Ні

2. Чи отримувала дитина раніше вакцину проти ВПЛ?

Так

Ні

3. Чи страждала дитина на якесь серйозне захворювання в останні роки?

Так

Ні

Будь ласка, уточніть:

4. Чи приймає дитина наразі якісь медичні препарати?

Так

Ні

Будь ласка, уточніть:

5. Чи спостерігалася у дитини тяжка алергічна реакція (у тому числі анафілаксія) на **будь-які** речовини, включаючи медичні препарати та вакцини?

Так

Ні

Будь ласка, уточніть:

6. Чи спостерігається у дитини якесь захворювання або стан, що підвищує ризик кровотечі?

Так

Ні

Будь ласка, уточніть:

FOR OFFICE USE ONLY / ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Class / Клас:	<input type="text"/>	School Roll Number / Реєстраційний номер школи:	<input type="text"/>	Client ID / ID клієнта:	<input type="text"/>
Name / Ім'я:	<input type="text"/>			Client ID / ID клієнта:	<input type="text"/>

FOR OFFICE USE ONLY / ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

VISIT 1 HPV (Dose one) + Tdap

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

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

Completed by: _____ MCRN/PIN: _____
(if applicable) D D M M Y Y Y Y

If vaccine not administered please state why? DNA or Absent Refused on the Day

Vaccine Contraindicated Deferred Other

VISIT 2 HPV (Dose two) + MenACWY

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

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

Completed by: _____ MCRN/PIN: _____
(if applicable) D D M M Y Y Y Y

If vaccine not administered please state why? DNA or Absent Refused on the Day

Vaccine Contraindicated Deferred Other