

ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Клас:

Дата народження:

Ім'я:

Реєстраційний номер школи:

ID клієнта:

Eircode: Графство:

Адреса учня під час останньої вакцинації:

Ім'я та прізвище батька, матері або законного опікуна: Станціонарний телефон: Мобільний телефон: Чи згодні ви отримувати текстові повідомлення про вакцинаційні прийоми? Так Ні E-mail: Чи згодні ви отримувати електронною поштою повідомлення про вакцинаційні прийоми? Так Ні

Етнічне або культурне походження учня:

A. Європеоїдна раса (наприклад, ірландці, ірландські мандрівники, роми, українці та інші етноси європеоїдної раси) B. Негроїдна раса (африканські та інші етноси негроїдної раси) C. Азійська раса (наприклад, китайці та інші азіатські етноси) D. Інші раси, у тому числі змішані (арabi або інші етноси – будь ласка, зазначте) **Опис**

Громадянство учня:

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, зокрема на 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* _____

Особам із наведеними нижче станами необхідно отримати 3 дози вакцини проти ВПЛ, оскільки їхня імунна система ослаблена. Якщо ваша дитина/ви належите/належите до однієї з цих категорій, будь ласка, уточніть у спеціаліста/консультанта, чи потрібно вашій дитині/вам приймати 3 дози вакцини проти ВПЛ через ослаблення імунної системи, а також повідомте про це представника вакцинаційної команди під час вакцинаційного візиту.

- Реципієнти гемopoетичних стовбурових клітин або транспланtatів солідного органу
- Хворі на ВІЛ-інфекцію
- Особи зі злюкісними гематологічними порушеннями, що стосуються кісткового мозку
- або лімфатичної системи, наприклад хворі на лейкемію, лімфому, дискразію крові
- Особи, у яких діагностовано негематологічну злюкісну солідну пухлину
- Хворі на первинний імунодефіцит
- Особи, які протягом останніх 3–6 місяців завершили значну імуносупресивну терапію або планують розпочати таку терапію в найближчі два тижні

Спеціаліст/консультант рекомендував мені прийняти 3 дози вакцини проти ВПЛ через ослаблену імунну систему.

Так Ні

Ви також можете разом зі спеціалістом/консультантом відвідати вебсайт www.immunisation.ie, де можна отримати додаткову інформацію.

ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Клас:

Дата народження:

Ім'я:

Реєстраційний номер школи:

ID клієнта:

Відмітьте вакцини АБО в частині 2 (ТАК) АБО в частині 3 (НІ) (мають бути відмічені ВСІ ВАКЦИНИ)

ЧАСТИНА 2 Будь ласка, відмітьте всі вакцини, щодо яких ви надаєте свою згоду, та підпишіть форму, щоб сказати «ТАК»

Так, я надаю свою згоду на те, щоб зазначена вище дитина отримала такі вакцини:

Вакцина проти ВПЛ

Tdap

MenACWY



- Я прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) наведену інформацію про вакцини, у тому числі про відомі побічні ефекти.
- Я розумію, що вакцину проти ВПЛ не рекомендується приймати під час вагітності.
- Я розумію, що надаю згоду на введення 1 дози вакцини проти ВПЛ (відмітьте цю опцію, якщо людина, яка буде отримувати вакцину має здорову імунну систему).
- Я розумію, що надаю згоду на введення 3 доз вакцини проти ВПЛ протягом 6 місяців (відмітьте цю опцію, якщо спеціаліст/консультант, який слідкує за станом здоров'я людини, яка буде отримувати вакцину, рекомендував їй прийняти 3 дози вакцини проти ВПЛ через імунодефіцит/ослаблену імунну систему).
- Підписуючи цю форму, я підтверджую, що маю законне право надавати згоду на вакцинацію від імені зазначеного(-ої) вище учня (учениці). (Закон дозволяє учням віком 16 років і старше самостійно надавати згоду на вакцинацію)

Підпись:

Дата надання згоди:

Д Д М М Р Р Р Р

Підпись:

Ім'я (будь ласка, заповнуйте друкованими літерами):

(Будь ласка, відмітьте):

Батько/мати

Законний опікун

Одержанувач вакцини

ЧАСТИНА 3 Будь ласка, відмітьте всі вакцини, щодо яких ви відмовляєтесь надати свою згоду, та підпишіть форму, щоб сказати «НІ»

Ні, я відмовляюся надавати згоду на те, щоб зазначена вище дитина отримала такі вакцини:

Вакцина проти ВПЛ

Tdap

MenACWY

- 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 відмовлятися надавати згоду на вакцинацію від імені зазначеного(-ої) вище учня (учениці). (Закон дозволяє учням віком 16 років і старше самостійно надавати згоду на вакцинацію)

Підпись:

Дата:
Д Д М М Р Р Р Р

Підпись:

Ім'я (будь ласка, заповнуйте друкованими літерами):

(Будь ласка, відмітьте):

Батько/мати

Законний опікун

Одержанувач вакцини

Причина відмови: _____

Ім'я: _____

Реєстраційний номер школи: _____

ID клієнта: _____

ВІЗИТ 1 Вакцина проти ВПЛ (перша доза) + Tdap + MenACWY

Доза вакцини проти ВПЛ	Дата введення	Номер партії	Призначення за підписом та MCRN/PIN	Підпис та PIN/MCRN вакцинатора	Місце ін'єкції (обведіть відповідне)																		
1	<table border="1" style="width: 100px; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Д</td><td>Д</td><td>М</td><td>М</td><td>Р</td><td>Р</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							Д	Д	М	М	Р	Р										Правий дельтоподібний м'яз Лівий дельтоподібний м'яз
Д	Д	М	М	Р	Р																		

Час вакцинації:	AM/PM	Місце вакцинації:	Школа <input type="checkbox"/>	Клініка <input type="checkbox"/>
Назва клініки:				

Доза Tdap	Дата введення	Номер партії	Призначення за підписом та MCRN/PIN	Підпис та PIN/MCRN вакцинатора	Місце ін'єкції (обведіть відповідне)																		
	<table border="1" style="width: 100px; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Д</td><td>Д</td><td>М</td><td>М</td><td>Р</td><td>Р</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							Д	Д	М	М	Р	Р										Правий дельтоподібний м'яз Лівий дельтоподібний м'яз
Д	Д	М	М	Р	Р																		

Час вакцинації:	AM/PM	Місце вакцинації:	Школа <input type="checkbox"/>	Клініка <input type="checkbox"/>
Назва клініки:				

Доза MenACWY	Дата введення	Номер партії	Призначення за підписом та MCRN/PIN	Підпис та PIN/MCRN вакцинатора	Місце ін'єкції (обведіть відповідне)																		
	<table border="1" style="width: 100px; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Д</td><td>Д</td><td>М</td><td>М</td><td>Р</td><td>Р</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							Д	Д	М	М	Р	Р										Правий дельтоподібний м'яз Лівий дельтоподібний м'яз
Д	Д	М	М	Р	Р																		

Час вакцинації:	AM/PM	Місце вакцинації:	Школа <input type="checkbox"/>	Клініка <input type="checkbox"/>
Назва клініки:				

Заповнив(-ла): _____ MCRN/PIN: _____

Д	Д	М	М	Р	Р

Якщо вакцина не була введена, вкажіть причину. Відсутній(-я) Відмова у день вакцинації

Протипоказання Процедура відкладена Інше _____

ВІЗИТ 2 Вакцина проти ВПЛ (друга доза) – у разі ослабленої імунної системи

Доза вакцини проти ВПЛ	Дата введення	Номер партії	Призначення за підписом та MCRN/PIN	Підпис та PIN/MCRN вакцинатора	Місце ін'єкції (обведіть відповідне)																		
2	<table border="1" style="width: 100px; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Д</td><td>Д</td><td>М</td><td>М</td><td>Р</td><td>Р</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							Д	Д	М	М	Р	Р										Правий дельтоподібний м'яз Лівий дельтоподібний м'яз
Д	Д	М	М	Р	Р																		

Час вакцинації:	AM/PM	Місце вакцинації:	Школа <input type="checkbox"/>	Клініка <input type="checkbox"/>
Назва клініки:				

Заповнив(-ла): _____ MCRN/PIN: _____

Д	Д	М	М	Р	Р

Якщо вакцина не була введена, вкажіть причину. Відсутній(-я) Відмова у день вакцинації

Протипоказання Процедура відкладена Інше _____

ВІЗИТ 3 Вакцина проти ВПЛ (третя доза) – у разі ослабленої імунної системи

Доза вакцини проти ВПЛ	Дата введення	Номер партії	Призначення за підписом та MCRN/PIN	Підпис та PIN/MCRN вакцинатора	Місце ін'єкції (обведіть відповідне)																		
3	<table border="1" style="width: 100px; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Д</td><td>Д</td><td>М</td><td>М</td><td>Р</td><td>Р</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							Д	Д	М	М	Р	Р										Правий дельтоподібний м'яз Лівий дельтоподібний м'яз
Д	Д	М	М	Р	Р																		

Час вакцинації:	AM/PM	Місце вакцинації:	Школа <input type="checkbox"/>	Клініка <input type="checkbox"/>
Назва клініки:				

Заповнив(-ла): _____ MCRN/PIN: _____

Д	Д	М	М	Р	Р

Якщо вакцина не була введена, вкажіть причину. Відсутній(-я) Відмова у день вакцинації

Протипоказання Процедура відкладена Інше _____