

**WYDZIAŁ ZDROWIA PUBLICZNEGO W STICKNEY**  
**FORMULARZ ZGODY NA SZCZEPIENIE PRZECIW WIRUSOWI GRYPY H1N1 NA ROK 2009**

NAZWISKO	IMIĘ	(INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA)	DATA URODZENIA	WIEK
NUMER TELEFONU DOMOWEGO ( )		<b>PŁEĆ (zaznaczyć jedno pole)</b> <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta	<b>RASA (zaznaczyć jedno pole)</b> <input type="checkbox"/> Afroamerykanin <input type="checkbox"/> Azjata <input type="checkbox"/> Latynos <input type="checkbox"/> Biała <input type="checkbox"/> Nieznana lub inna	
ULICA	MIASTO	STAN	KOD ZIP	

**JEŻELI KLIENT NIE UKOŃCZYŁ 18 ROKU ŻYCIA, WYPEŁNIĆ PONIŻSZĄ SEKCJĘ**

NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO	IMIĘ	(INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA)	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA WOBEC NIEPELNOLETNIEGO
------------------------------------	------	----------------------------	--

*Wszystkie pytania i odpowiedzi dotyczą osoby, która ma otrzymać szczepienie. Następujące pytania pomogą nam ustalić czy i który rodzaj szczepionki jest najbardziej odpowiedni dla Pana/Pani lub osoby, wobec której wyrażana jest zgoda. Zaznaczyć kratkę odpowiedzi, która najlepiej odpowiada sytuacji. Wszelkie pytania prosimy kierować do personelu medycznego.*

	TAK	NIE	Nie wiadomo
1. Czy przechodzi Pan/Pani obecnie chorobę układu oddechowego, której towarzyszy gorączka lub ma dziś aktywną infekcję?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy Pana/Pani dziecko jest w wieku 6-36 miesięcy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy jest Pani w ciąży lub w karmi piersią?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy jest Pan/Pani uczulony/-a na thimerosal (związek pochodny rtęci)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy szczepił/a się Pan/Pani w tym roku przeciwko grypie? Data szczepienia przeciw grypie sezonowej: _____ Data szczepienia przeciw grypie H1N1: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy jest Pan/Pani uczulony/-a na jajka lub lekarstwa? Jeżeli tak, proszę je wymienić:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy lekarz kiedykolwiek powiedział Panu/Pani, że występują u Pana/Pani zaburzenia układu odpornościowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy cierpi Pan/Pani na AIDS, HIV, raka lub otrzymał/a Pan/Pani przeszczep jakiegokolwiek organu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy cierpi Pan/Pani na reumatoidalne zapalenie stawów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czy w przeszłości cierpiał/a Pan/Pani na astmę lub nadreaktywność dróg oddechowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Czy cierpi Pan/Pani na jakiegokolwiek choroby płuc, w tym przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc lub mukowiscydozę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Czy kiedykolwiek wystąpił u Pana/Pani zespół Guillain-Barre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Czy cierpi Pan/Pani na chorobę nerek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Czy cierpi Pan/Pani na chorobę serca (dusznicę bolesną, zastoinową niewydolność serca) lub czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani zawał serca lub udar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Czy choruje Pan/Pani na chorobę krwi, jak np. anemię sierpowatą lub talasemię?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Czy w ciągu minionego miesiąca otrzymał/a Pan/Pani jakiegokolwiek szczepionki lub planuje się zaszczepić w ciągu kolejnego miesiąca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Czy przyjmuje Pan/Pani jakiegokolwiek leki z przepisu lekarza? Proszę wymienić:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Czy obecnie przyjmuje Pan/Pani aspirynę lub terapię, której elementem jest aspiryna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Czy ma Pan/Pani cukrzycę lub inną chorobę metaboliczną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Czy wchodzi Pan/Pani w kontakt lub mieszka z osobą(-ami) z ciężkim upośledzeniem odporności, które wymagają ochronnego otoczenia (jak np. biorcy przeszczepu szpiku kostnego)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Czy cierpi Pan/Pani na aktywne schorzenie neurologiczne (np. napady drgawkowe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Udzieliłem/-am odpowiedzi zgodnie z prawdą na wszystkie pytania zawarte w niniejszym formularzu. Wyjaśniono mi i otrzymałem/-am arkusz informacyjny o szczepieniu właściwy dla szczepionki przeciw wirusowi grypy H1N1. Miałem/-am sposobność zadać pytania na temat szczepionki i w pełni rozumiem korzyści i zagrożenia płynące z otrzymania szczepionki przeciw wirusowi grypy H1N1. Rozumiem, że niniejsze szczepienie jest przyjmowane dobrowolnie. Mój podpis złożony poniżej oznacza wyrażenie zgody na otrzymanie szczepionki przeciw wirusowi grypy H1N1 przeze mnie lub przez osobę wymienioną powyżej, wobec której jestem upoważniony/-a na wyrażenie takiej zgody.

Podpis: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**DO NOT WRITE BELOW THIS LINE - FOR OFFICE USE ONLY**

Medical Forms Review Signature: \_\_\_\_\_ Recommendation:  FluMist  6-36 months Injectable  Injectable (3yrs & up)

Signature and Title of Vaccinator: \_\_\_\_\_ Clinic Location:  South  North  Central  Other: \_\_\_\_\_

Vaccine	Date Dose Administered	Dose	Injection Site	Route	Dose Number	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Exp. Date
<input type="checkbox"/> FluMist- LAIV <input type="checkbox"/> Injectable-Single Syringe <input type="checkbox"/> Injectable-Multi-Dose Vial			<input type="checkbox"/> LVL <input type="checkbox"/> RVL <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	<input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup>			