

Giấy Ghi Danh Chủng Ngừa Cúm LAIV H1N1

Viết Chữ In Thật Rõ – Cám Ơn

Public Health Department
Santa Clara Valley Health & Hospital System



Thông Tin về Bệnh Nhân							
Tên của Bệnh Nhân:		Ngày sinh:		Tuổi:		<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
Phần A: Câu Hỏi Giám Định Bệnh Nhân							
<i>Khoanh 1 chữ Ý kiến nhân viên</i>							
Quý vị tuổi từ 2 đến 49				ĐÚNG		KHÔNG	
Nếu quý vị trả lời: ĐÚNG: Chuyển đến Phần B KHÔNG: <u>NGỪNG TẠI ĐÂY</u> , quý vị không đủ điều kiện, xin gặp y tá.							
Phần B: Các Câu Hỏi Giám Định Bệnh Nhân							
Quý vị có xịt thuốc ngừa cúm vào mũi trong vòng 28 ngày qua không?				CÓ		KHÔNG	
Quý vị có thể đang mang thai hay không?				CÓ		KHÔNG	
Quý vị có cho em bé bú sữa mẹ không?				CÓ		KHÔNG	
Nếu là trẻ em dưới 5 tuổi. Em có bị thở khò khè nhiều lần không?				CÓ		KHÔNG	
Quý vị có dị ứng với trứng hoặc thịt gà không?				CÓ		KHÔNG	
Quý vị có dị ứng với gentamicin, gelatin, hoặc arginine?				CÓ		KHÔNG	
Quý vị có dị ứng trầm trọng khi chính ngừa cúm trước đây không?				CÓ		KHÔNG	
Nếu trẻ em từ 2 đến 17 tuổi, em có đang uống aspirin hoặc thuốc có chứa aspirin (như bismuth subsalicylate hoặc Pepto Bismol)?				CÓ		KHÔNG	
Quý vị có từng bị Hội Chứng Guillain-Barré?				CÓ		KHÔNG	
Quý vị có đang dùng thuốc corticosteroids (như prednisone)?				CÓ		KHÔNG	
Quý vị có dùng thuốc cúm theo toa của bác sĩ trong 48 giờ qua không?				CÓ		KHÔNG	
Quý vị có bất cứ bệnh nào sau đây:				CÓ		KHÔNG	
<ul style="list-style-type: none">• Nhiễm HIV• Rối loạn hệ miễn dịch• Bệnh phổi mãn tính• Bệnh tim (ngoại trừ cao huyết áp)• Rối loạn chuyển hóa• Bệnh hệ thần kinh/ thần kinh cơ bắp• Úc chế miễn dịch do thuốc điều trị bệnh				<ul style="list-style-type: none">• Bệnh thận• Bệnh gan• Suyễn• Rối loạn về máu• Tiểu đường• Chậm phát triển			
Quý vị có đang sống hoặc chăm sóc người bị ức chế miễn dịch không?				CÓ		KHÔNG	
Quý vị có bị nhiễm trùng phần trên đường hô hấp hoặc nghẹt mũi?				CÓ		KHÔNG	
GHI CHÚ: Bất câu trả lời CÓ nào cũng làm quý vị không dùng được thuốc ngừa xịt vào mũi. Nên tham vấn với y tá.							
KÝ TÊN ỨNG THUẬN CHỦNG NGỪA							
Tôi đã đọc hoặc đã được giải thích về “Công Bố về Chủng Ngừa Cúm H1N1 LAIV 2009”, 10/2/09”. Tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi và được trả lời một cách thỏa đáng. Tôi hiểu những rủi ro của chủng ngừa cúm LAIV và tôi yêu cầu chủng ngừa cúm cho tôi hoặc cho người mà tôi được ủy quyền để yêu cầu chủng ngừa.							
Chữ Ký có Thẩm Quyền _____				Ngày _____			
(khoanh tròn: Bản thân/Cha Mẹ/ Bảo Hộ)							
To be completed by vaccinator/administration only:							
Dosage	Dose #	Date Given	Site	Manufacturer	Lot #	VIS Date	Given By
H1N1 LAIV ONLY 2 – 9 Yrs.	1 st dose		Nasal			10/2/09	
	2 nd dose						
10-49 Yrs.	1 st dose						