



## Скрининг-форма по вакцине против свиного гриппа H1N1 Министерство здравоохранения Сан-Франциско

Фамилия пациента \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Пол: М / Ж / Транссексуал  
 Телефон ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_  
 Адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Почт. индекс \_\_\_\_\_  
 Вы обычно получаете мед. обслуживание в:  клинике обществ. здравоохранения  офисе частного врача  Кайзере  
 другом месте \_\_\_\_\_

Мы предлагаем 2 вида вакцины против свиного гриппа H1N1. Отметьте ту, которую вы хотите получить:

- Прививка от гриппа (инъекция: инактивированный вирус) —————> Заполните **только** клетку **A**, затем **распишитесь** внизу.
- Аэрозоль от гриппа (назальный спрей: живой вирус) —————> Заполните **обе** клетки **A** и **B**, затем **распишитесь** внизу.

### Клетка A

- | Да                       | Нет                      |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Вы впервые получаете прививку от гриппа?                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | У вас когда-либо была отрицательная реакция на прививку от гриппа?         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | У вас есть аллергия на яйца или яичные белки?                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | У вас есть аллергия на какие-нибудь составные части этой вакцины?          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | У вас когда-нибудь был острый первичный идиопатический полирадикулоневрит? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Вы сейчас беременны или думаете, что есть вероятность, что вы беременны?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | У вас сегодня есть повышенная температура или острое заболевание?          |

### Клетка B

- | Да                       | Нет                      |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Вы впервые получаете вакцину от гриппа в виде аэрозоля (FluMist)?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | У вас когда-нибудь была отрицательная реакция на вакцину FluMist?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ваш возраст меньше 2 лет или больше 49 лет?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Вы получили какие-то прививки за последние 28 дней? (Если "да", то какие _____)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | У вас есть астма, хрипы или заболевание легких?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | У вас есть анемия, лейкопения или другое заболевание крови?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | У вас есть заболевание сердца или почек, нарушение обмена веществ или диабет?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | У вас ослаблена иммунная система? (например, есть рак, ВИЧ или иммунодефицит)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Вы принимаете лекарства, подавляющие иммунную систему? (например, химиотерапию, преднизон)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Вы живете с человеком с очень ослабленной иммунной системой или ухаживаете за ним (например, получающим химиотерапию от рака или перенесшим пересадку органа)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Вам меньше 18 лет, и вы проходите длительное лечение аспирином?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | У вас есть аллергия на аргинин?  |

Я прочитал(-а), или мне объяснили "Заявление с информацией об иммунизации против свиного гриппа H1N1, 2009-10 г.". Мне предоставили возможность задавать вопросы, на которые я получил(-а) удовлетворительные ответы. Я понимаю пользу и риск вакцины против гриппа H1N1 и прошу дать ее мне или лицу, для которого я уполномочен(-а) просить об этом.

Подпись клиента: \_\_\_\_\_ Сегодняшнее число: \_\_\_\_\_

Если клиент малолетний: Подпись родителя/опекуна \_\_\_\_\_ Имя и фамилия родителя/опекуна печатными буквами \_\_\_\_\_ Кем приходится малолетнему \_\_\_\_\_

### ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

<input type="checkbox"/> Sanofi-Pasteur	<input type="checkbox"/> 0.5mL IM	<input type="checkbox"/> Reg	Lot # _____	Nurse Signature _____
<input type="checkbox"/> Glaxo Smith Kline	<input type="checkbox"/> 0.25mL IM	<input type="checkbox"/> P-Free Pre-Filled	Site RD LD _____	