

Имя и фамилия (печатными буквами)	Дата рождения	Пол	Округ проживания
Адрес	Город	Штат	Индекс
Телефон	Для лиц младше 19 лет: девичья фамилия матери		
Номер заявки Medicare	Имя и фамилия врача		
Медицинская страховая компания	Адрес врача		
Номер полиса	Клиника или учреждение, где была сделана прививка	Разрешение NYSIIS для лиц младше 19 лет <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	

Ответьте на приведенные ниже вопросы за себя или за человека, получающего вакцину.

- Нет Да У вас сейчас повышенная температура?
- Нет Да У вас когда-либо была опасная для жизни аллергия на какой-либо компонент (элемент) вакцины от гриппа или пневмонии?
Если да, поясните: _____
- Нет Да У вас когда-либо появлялся синдром Гийена-Барре в течение 6 недель после получения вакцины от гриппа?
- Нет Да Вам когда-либо делали прививку от пневмонии?
- Нет Да Вы курите или имеете какое-либо хроническое заболевание (такое как астма, сердечно-сосудистое или легочное заболевание)?
Если да, поясните: _____
- Нет Да У вас когда-либо была опасная для жизни сильная аллергия на яйца или яичные продукты?
- Нет Да Вы в настоящее время беременны?
- Нет Да У вас когда-либо были астма или хрипы?
- Нет Да Вы ребенок или подросток, получающий длительную терапию аспирином?
- Нет Да У вас ослабленная иммунная система или вы находитесь в тесном контакте с человеком с очень ослабленной иммунной системой, нуждающемся в особом уходе?
- Нет Да Вы делали какие-либо другие прививки в течение последних 4 недель?
- Нет Да Вы принимали какой-либо противовирусный препарат от гриппа в течение последних 48 часов?

Согласие на вакцинацию от гриппа

Я прочитал(а) текст или получил(а) объяснения относительно текста информационного бюллетеня вакцины (Vaccine Information Statement, VIS) для вакцинации от гриппа. Я получил(а) возможность задать вопросы, на которые я получил(а) удовлетворительные ответы, и я понимаю преимущества и риски описанной вакцинации. Я прошу сделать прививку от гриппа мне (или вышеуказанному лицу, для которого я имею полномочия делать такой запрос). Я разрешаю разглашение любой медицинской или иной информации, необходимой для обработки заявки Medicare или иного страхового требования или для других целей, связанных с общественным здоровьем. Я получил(а) экземпляр памятки о правах пациента (Patient Bill of Rights).

Подпись получателя (родителя или опекуна) _____ Дата _____

Согласие на вакцинацию от пневмококка

Я прочитал(а) текст или получил(а) объяснения относительно текста информационного бюллетеня вакцины (Vaccine Information Statement, VIS) для вакцинации от пневмококка. Я получил(а) возможность задать вопросы, на которые я получил(а) удовлетворительные ответы, и я понимаю преимущества и риски описанной вакцинации. Я прошу сделать прививку от пневмококка мне (или вышеуказанному лицу, для которого я имею полномочия делать такой запрос). Я разрешаю разглашение любой медицинской или иной информации, необходимой для обработки заявки Medicare или иного страхового требования или для других целей, связанных с общественным здоровьем. Я получил(а) экземпляр памятки о правах пациента (Patient Bill of Rights).

Подпись получателя (родителя или опекуна) _____ Дата _____

Поле ниже заполняет медсестра

Вакцина от гриппа

Дата введения _____

Место введения Левая рука Правая рука Назально
 Левое бедро Правое бедро

Доза 0,5 мл 0,25 мл Живая ослабленная вакцина против гриппа (LAIV)

Производитель и номер партии _____

Дата VIS _____

Подпись медсестры _____

Срок следующей прививки: В следующем году Через 4 недели
 Другое _____

Вакцина от пневмококковой инфекции

Дата введения _____

Место введения Левая рука Правая рука
 Левое бедро Правое бедро

Производитель и номер партии _____

Дата VIS _____

Подпись медсестры _____

Срок следующей прививки: Не требуется Другое _____