



**ЗАЯВА ПРО ЗГОДУ НА ПРОВЕДЕННЯ ЩЕПЛЕННЯ  
ВІД ГЕПАТИТУ В  
вакциною Engerix-B 10 мкг/0,5 мл**

| БУДЬ ЛАСКА, ДАЙТЕ ВІДПОВІДЬ НА НАСТУПНІ ПИТАННЯ<br>(потрібне відзначити галочкою)                                                                                                                                                                                                   | так                      | ні                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Чи були у Вашої дитини колись <b>серйозні скарги або побічні дії</b> після щеплення, окрім легких місцевих реакцій, таких як почервоніння, набряк, біль у місці ін'єкції або незначне підвищення температури?<br>Якщо так, то які саме? .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| У Вашої дитини зараз є чи протягом останніх 2 тижнів була <b>висока температура</b> ?<br>Чи є у Вашої дитини зараз кашель, нежить, біль у горлі?<br>Чи є наразі інша інфекція? .....                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Чи є у Вашої дитини <b>алергія</b> (наприклад, на білок курячих яєць, ліки)?<br>Якщо так, то яка саме?.....<br>Якщо Ваша дитина зараз отримує ін'єкційну терапію від речовин, що викликають алергію:<br>Коли було останнє введення?.....<br>Коли планується наступне введення?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Чи є у Вашої дитини вроджена або набута <b>імунна недостатність/імунне захворювання</b> ?<br>Якщо так, то які саме? .....                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ваша дитина регулярно приймає <b>ліки</b> (наприклад, кортизон, цитостатичні препарати, препарати для розрідження крові)? Якщо так, то які саме?<br>.....                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ваша дитина зараз проходить <b>хіміотерапію та/або променеву терапію</b> ?<br>.....                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Чи страждає Ваша дитина на <b>серйозне або хронічне захворювання</b> (наприклад, рак, автоімунне захворювання, порушення згортання крові)?<br>Якщо так, то на яке саме?.....                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Чи Ваша дитина нещодавно перенесла інвазивне лікування (наприклад, операцію)?                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Чи страждає Ваша дитина на <b>хронічне запальне захворювання головного або спинного мозку</b> ?.....<br>У Вашої дитини колись були <b>епілептичні напади</b> ?.....                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Чи отримувала Ваша дитина протягом останніх <b>3 місяців кров, препарати крові або імуноглобуліни</b> ?<br>Якщо так, то коли?.....                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Якщо підліток <b>вагітна</b> , будь ласка, відзначте галочкою це поле!                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Чи отримувала Ваша дитина <b>якесь інше щеплення</b> протягом <b>останніх 4 тижнів</b> ?<br>Якщо так, то яке і коли саме? .....                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Будь ласка, див. на звороті, дякуємо!

Будь ласка, заповніть друкованими літерами, дякуємо!

-----  
Школа дитини

-----  
Клас дитини

-----  
Прізвище дитини

-----  
Ім'я дитини

-----  
Адреса

-----  
Номер соціального страхування та дата народження дитини: XXXX день/місяць/рік

-----  
Ім'я та прізвище одного з батьків або піклувальника

-----  
Номер соціального страхування та дата народження одного з батьків або піклувальника: XXXX день/місяць/рік

Своїм підписом я підтверджую, що уважно прочитав / прочитала і зрозумів / зрозуміла інформаційний листок та інструкцію про застосування вищезазначеної вакцини (Engerix-B 10 мкг/0,5 мл). Я поінформований / проінформована про склад вакцини, а також про протипоказання до застосування та можливі побічні дії щеплення і зрозумів / зрозуміла цю інформацію.

У мене була можливість обговорити будь-які питання з лікарем у робочий час шкільної медичної служби, але я достатньо поінформований / проінформована про переваги та ризики щеплення і тому не потребую особистої розмови.

Я даю згоду на передачу даних медичній службі, для того щоб вона могла скласти анонімну статистику для Федерального міністерства соціальних справ, з питань охорони здоров'я, догляду та захисту прав споживачів.

**Я даю згоду на проведення щеплення.**

-----  
Дата

-----  
Підпис одного з батьків або піклувальника

**ВКАЗІВКА:**

Якщо Ви бажаєте скористатися можливістю особистої консультації з лікарем у робочий час шкільної медичної служби, прохання підписати цю заяву про згоду лише після проведення консультативної розмови та передати її особисто шкільному лікарю.

Номер партії:

Примітки лікаря:

-----  
Дата

-----  
Штамп та підпис лікаря