



ЗАЯВА ПРО ЗГОДУ НА ПРОВЕДЕННЯ ЩЕПЛЕННЯ
проти ВІРУСІВ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ (HPV)
вакциною Gardasil 9®

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

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 (Gardasil 9[®]). Я поінформований / поінформована 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 / поінформована 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