



Engerix-B 10 Mikrogramm/0,5 ml
KORUMA AŞISI İLE
HEPATİT B HASTALIĞINA KARŞI
AŞILANMAYA DAİR MUVAFAKATNAME

LÜTFEN AŞAĞIDAKİ SORULARI YANITLAYINIZ (doğru olanı lütfen çarpıyla işaretleyiniz)	evet	hayır
Çocuğunuzda daha öncesinde bir aşı yapıldığından sonra ağır derecede şikayetler veya yan etkiler var mıydı, aşının yapıldığı yerde oluşan kızamıklık, şişme, ağrı gibi hafif lokal bölgede oluşan reaksiyonlar hariç? Evet ise, hangileri?	☐	☐
Çocuğunuzun şu anda veya son iki haftada ateşi var mıydı? Şu anda çocuğunuzda öksürme, nezle, boğaz ağrısı gibi şikayetler var mı? Şu anda farklı bir enfeksiyon mevcut mu?	☐	☐
Çocuğunuzda halen bir alerji var mı (örneğin tavuk proteini, ilaçlar) Varsa, neye karşı? Eğer çocuğunuz halen alerjiye yol açan maddelere karşı aşı-tedavisi görüyorsa: Son aşı ne zaman yapıldı? Bir sonraki aşının ne zaman yapılması planlanıyor?	☐	☐
Çocuğunuzda doğuştan ya da sonradan oluşan bir bağışıklık sistemi zafiyeti / bağışıklık hastalığı söz konusu mu? Evet ise, hangisi?	☐	☐
Çocuğunuz düzenli olarak ilaç (örneğin kortison, sitostatik ilaçlar, kan sulandırıcı ilaçlar) kullanılıyor mu? Kullanıyorsa, hangilerini?	☐	☐
Çocuğunuza şu anda kemoterapi ve/ya da radoterapi/ışın terapisi uygulanıyor mu?	☐	☐
Çocuğunuzda ağır ya da kronik hastalıklar var mı (örneğin kanser, otoimmün hastalık, kan pıhtılaşma bozukluğu)? Eğer varsa, hangileri?	☐	☐
Çocuğunuza kısa bir süre önce girişimsel bir tedavi (örneğin bir ameliyat) uygulandı mı?	☐	☐
Çocuğunuzun beyninde ya da omuriliğinde kronik, iltihaplı bir hastalık var mı?	☐	☐
Çocuğunuz geçmişte hiç epileptik nöbet geçirdi mi?	☐	☐
Çocuğunuza son 3 ay içinde kan, kan ürünleri ya da imünglobulin verildi mi? Evet ise, ne zaman?	☐	☐
Genç kızda bir hamilelik söz konusuysa, lütfen çarpıyla işaretleyiniz!	☐	☐
Çocuğunuza son 4 hafta içinde başka bir aşı yapıldı mı? Eğer yapıldıysa hangileri ve ne zaman?	☐	☐

Lütfen sayfayı çeviriniz – Teşekkür ederiz!

Lütfen matbaa ve büyük harflerle doldurunuz – Teşekkür ederiz!

Çocuğun okulu

Çocuğun sınıfı

Çocuğun soyadı

Çocuğun adı

Adres

Çocuğun sosyal sigorta numarası ve doğum tarihi: XXXX gün/ay/yıl

Velinin adı ve soyadı

Velinin sosyal sigorta numarası ve doğum tarihi: XXXX gün/ay/yıl

İmzama, yukarda adı geçen aşı maddesi (Engerix-B 10 Mikrogramm/0,5 ml) ile ilgili bilgilendirme broşürünü ve kullanma kılavuzunu dikkatli bir şekilde okuduğumu ve anladığımı teyit ederim. Bu evraklarda aşı maddesinin bileşimi ile ilacın verilmesinin hangi durumlarda uygun olmayacağı, yani kontrendikasyonlar ve aşının yan etkileri hakkında bilgilendirildim ve verilen bu bilgileri anladım.

Okul doktoru hizmetinin çalışma saatlerinde bay/bayan doktorla açık kalan soruları görüşme olanağım oldu, ancak aşının yararları ve riskleri hakkında yeterli ölçüde aydınlatıldım ve bu nedenle şahsen yapılacak bir görüşmeye ihtiyaç duymuyorum.

BMSGPK (Federal Sosyal, Sağlık, Bakım ve Tüketicileri Koruma Bakanlığı) için, isimsiz/anonim hale getirilmiş bir istatistik oluşturulabilmesi amacıyla, verilerin Sağlık Hizmetine iletilmesine muvafakat ediyorum.

Koruyucu aşının uygulanmasını kabul ediyorum.

Tarih

Velinin/bakım ve gözetim yükümlüsünün imzası

UYARI:

Okul doktoru hizmetinin çalışma saatlerinde bay / bayan doktorla şahsen görüşme imkanından yararlanmak istediğiniz takdirde, bu muvafakatnameyi, gerçekleştireceğiniz aydınlatıcı görüşmeden sonra imzalamanızı ve bizzat bay / bayan okul doktoruna vermenizi rica ederiz.

Şarj/parti numarası:

Doktorun notları/yorumları:

Tarih

Doktorun damgası/mührü ve imzası