



# 季節性流感疫苗篩選／同意書

下列問題可以幫助我們斷定，有沒有任何原因讓我們今天不應給您或您的子女注射滅活流感疫苗。如果您對任何問題都回答「是」，並不一定代表您（或您的子女）不應接種疫苗，這僅代表需要問些附加的問題。如果您不清楚某個問題問的是什麼，請要求醫護人員給予解釋。

病人的名字： _____	病人的姓氏： _____	病人的出生日期： ____/____/____
街道地址 _____	城市： _____	郵遞區號： _____
病人的年齡： _____		
電話號碼： _____	性別： _____	母親的名字： _____

人種及族裔資訊 (請勾選所有適用項)

<input type="checkbox"/> 美國印地安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 亞裔	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人
<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁美洲裔	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民	<input type="checkbox"/> 白人
<input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 混血	

### 醫療資訊

1. 您今天是否感到不舒服或是否發燒？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2. 您對藥物、雞蛋、疫苗成份或者乳膠是否會過敏？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
3. 在接種流感疫苗後，您是否出現過嚴重的不良反應？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4. 您是否出現過格林-巴利綜合症 (Guillain Barre Syndrome)？ (一種嚴重的癱瘓性病症，又稱 GBS )	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

簽名以同意接種疫苗

我收到了一份流感疫苗資訊聲明 (Vaccine Information Statement, VIS)。我已閱讀或已請人給我解釋過這份聲明。我有機會提問，並且得到了讓我滿意的解答。我知道了接種疫苗的益處及風險，我要求將聲明所示的疫苗接種給我，或有權要求將其接種給登記表上指定的人。

獲授權者簽名：  日期： \_\_\_\_\_

(自己／家長／監護人)

加州免疫接種登記庫 (California Immunization Registry, CAIR) 是個保密、安全可靠的電腦系統，由加州衛生署 (California Department of Health) 提供支持。這個系統能讓醫生、病人及家長更輕鬆地終身追查所打過的疫苗針。有數千加州醫生在使用 CAIR。您今天接種的疫苗也會錄入到 CAIR 系統中。如果您不希望把您的疫苗接種資訊與使用 CAIR 系統的醫護人員共享，請勾選這個方格。

### FOR STAFF USE ONLY

After completion, please Fax this to 510-268-2333 or send copies to ACPHD, Attn: Leslie Greenwood, 1000 Broadway, Suite 500 – Oakland CA 94607

Vaccine type: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Manufacturer: \_\_\_\_\_

Lot #: \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_ Injection Site: \_\_\_\_\_

Clinic/Site Name and City \_\_\_\_\_ Credential: \_\_\_\_\_

Dispensing Health Care Provider's Name and Signature: \_\_\_\_\_ MD RN LVN NP/PA Paramedic

Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_