



学校疫苗同意书

学生姓: _____ 学生名: _____

出生日期: _____年/月/日

学校: _____ 班级: _____

回答关于您孩子的病史的五个问题。如果您回答“是”，简单描述一下。

- | | | |
|------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. 该学生是否有患有严重疾病? | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是: _____ |
| 2. 该学生是否服用任何药物? | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是: _____ |
| 3. 该学生是否对疫苗有过反应? | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是: _____ |
| 4. 该学生有昏厥或癫痫病史吗? | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是: _____ |
| 5. 该学生有任何过敏吗? | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是: _____ |

请标明“是”（同意接种）或“否”（不同意接种）。本同意书有效期长达 24 个月，除非你向渥太华公共卫生部门口头或书面撤回同意。

**脑膜炎球菌结合疫苗
ACYW-135 (上学需要)**
我已阅读疫苗信息表。我已经有机会问了一些问题，并得到了我满意的回答。我了解这种疫苗的好处和风险。我同意渥太华公共卫生部门的护士来接种脑膜炎球菌疫苗（如果需要，可接种一剂）。

是 首字母签字: _____

否 首字母签字: _____

乙型肝炎疫苗(HB)
我已阅读疫苗信息表。我有机会问了一些问题，并得到了我满意的回答。我了解这种疫苗的好处和风险。我同意由渥太华公共卫生部门的护士来接种乙型肝炎疫苗(如果需要，可根据年龄分别服用 2 剂或 3 剂)。

是 首字母签字: _____

否 首字母签字: _____

人乳头瘤病毒疫苗(HPV)
我已阅读疫苗信息表。我有机会问了一些问题，并得到了我满意的回答。我了解这种疫苗的好处和风险。我同意渥太华公共卫生部门的护士接种乙型肝炎疫苗(如果需要，可根据年龄分别服用 2 剂或 3 剂)。

是 首字母签字: _____

否 首字母签字: _____

破伤风、白喉和无细胞百日咳疫苗(Tdap)
我已阅读疫苗信息表。我有机会问了一些问题，并得到了我满意的回答。我了解这种疫苗的好处和风险。我同意渥太华公共卫生部门的护士接种破伤风、白喉和无细胞百日咳疫苗(若需要，接种一剂)。

是 首字母签字: _____

否 首字母签字: _____

法定监护人全名 (正楷书写): _____ 关系: _____

法定监护人签名: _____ 日期: _____年/月/日

学生签名: _____ 日期: _____年/月/日

个人健康信息 (PHI) 是根据《健康保护和促进法》第 5 条的授权收集的，并将用于管理疫苗，包括保存疫苗的免疫记录。这个收集和使用的的问题可以直接向主管，免疫单位获得：100 Constellation Drive, Ottawa, ON K2G 6J8, 电话 613-580-6744, 或通过电子邮件 immunization@ottawa.ca 或访问卫生医疗官的信息实践声明: <https://ottawa.ca/en/city-hall/open-transparent-and-accountable-government/access-information-and-protection-privacy/protection-privacy/personal-health-information-protection>



学校疫苗评估表(此页仅供临床使用)

学生姓: _____ 学生名: _____

出生日期: _____年/月/日 年龄: _____ 客户身份证件: _____

疫苗品种	获得同意 (首字母签字)	全图验证		剂次号
		正确间隔(首字母签字)	需要剂量(首字母签字)	
<input type="checkbox"/> Men-C-ACYW-135				___/1
<input type="checkbox"/> HB				___/___
<input type="checkbox"/> HPV				___/___
<input type="checkbox"/> Tdap				___/1

评估员签字和职务: _____ 日期: _____

我使用了两个客户标识符, 根据对所有筛查问题的审查, 客户没有接种疫苗的禁忌症。首字母签字与职务: _____

Menactra[®]
Nimenrix[®]

批号

稀释液 (仅 Nimenrix[®])

剂量与途径:
 0.5ml 肌肉

注射处:
 左三角肌
 右三角肌

接种:
时间: _____

日期: _____

签名和指定:

Engerix[®]-B
Recombivax[®]

批号

剂量与途径:
 1.0ml 肌肉
 0.5ml 肌肉

注射处:
 左三角肌
 右三角肌

接种:
时间: _____

日期: _____

签名和指定:

Gardasil[®]9

批号

剂量与途径:
 0.5ml 肌肉

注射处:
 左三角肌
 右三角肌

接种:
时间: _____

日期: _____

签名和指定:

Adacel[®] **Boostrix[®]**

批号

剂量与途径:
 0.5ml 肌肉

注射处:
 左三角肌
 右三角肌

接种:
时间: _____

日期: _____

签名和指定:

临床记录 (日期和时间): _____

_____ 签名与职务

在全图中输入数据时姓名首写字母: _____

日期: _____