Ottawa | Public Health Santé publique

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”，请简单描述一下。

1. 该学生是否患有严重疾病？ ☐ 否 ☐ 是: _____
2. 该学生是否服用任何药品? ☐ 否 ☐ 是: _____
3. 该学生是否对疫苗有过不良反应? ☐ 否 ☐ 是: _____
4. 该学生有昏厥或癫痫病史吗？ ☐ 否 ☐ 是: _____
5. 该学生有任何过敏吗？ ☐ 否 ☐ 是: _____

请分别标明每一个疫苗“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 (上学疫苗)	乙型肝炎疫苗(HB)	人乳头瘤病毒疫苗(HPV9)
我已阅读疫苗信息表。我已有机会问了一些问题，并得到了我满意的回答。我了解这个疫苗的好处和风险。我同意渥太华公共卫生部门的护士为我接种脑膜炎球菌疫苗（**若需要，接种一针**）。 ☐ **是** 首字母签字: _____ ☐ **否** 首字母签字: _____	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。我了解这个疫苗的好处和风险。我同意渥太华公共卫生部门的护士为我接种乙肝疫苗**(根据年龄接种 2 或 3 针。** ☐ **是** 首字母签字: _____ ☐ **否** 首字母签字: _____	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。我了解这个疫苗的好处和风险。我同意渥太华公共卫生部门的护士为我接种破伤风、白喉和无细胞百日咳疫苗(根据年龄接种 2 或 3 针。 ☐ **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，并将用于管理疫苗，包括保存疫苗的免疫记录。对收集和使用有疑问的话，请直接向 OPH 的免疫主管咨询：信件 100 Constellation Drive, Ottawa, ON K2G 6J8，电话 613-580-6744，或通过电子邮件 immunization@ottawa.ca 或阅读卫生医疗官的实践声明: https://ottawa.ca/en/city-hall/open-transparent-and-accountable-government/access-information-and-protection-privacy/protection-privacy/personal-health-information-protection

SCHOOL VACCINE ASSESSMENT FORM (This side for clinic use only)

Student Last name: _____ Student First name: _____

Date of birth: _____YYYY/MM/DD_____ Age: _____

Client ID: _____

Administer the checked vaccines	Consent Obtained *(Initial)*	Panorama Verified		Dose Number
		Correct Interval *(Initial)*	Requires Dose *(Initial)*	
☐ **Men-C-ACYW-135**				__/ 1
☐ **HB**				__/__
☐ **HPV**				__/__

Assessor Signature and Designation: _____ Date: _____

I have used two client identifiers and the client has no contraindications to receiving the vaccine(s) based on the review of all screening questions. Initial & Designation: _____

Menactra®

_____
Lot number

Dosage and Route:
☐ 0.5ml Intramuscular

Site:
☐ Left Deltoid
☐ Right Deltoid

Administration:
Time:_____
Date:_____

Signature and Designation:
_____

Nimenrix®

_____
Diluent
(Nimenrix® only)

Engerix®-B Recombivax®

_____
Lot number

Dosage and Route:
☐ 1.0ml Intramuscular
☐ 0.5ml Intramuscular

Site:
☐ Left Deltoid
☐ Right Deltoid

Administration:
Time:_____
Date:_____

Signature and Designation:
_____

Gardasil®9

_____
Lot number

Dosage and Route:
☐ 0.5ml Intramuscular

Site:
☐ Left Deltoid
☐ Right Deltoid

Administration:
Time:_____
Date:_____

Signature and Designation:
_____

Clinical Notes (date and time): _____

_____

_____

_____**Signature and Designation:** _____

Initial when data entered in Panorama: _____ Date data entered in Panorama : _____