



## 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. 该学生是否有患有严重疾病?      否                    是: \_\_\_\_\_
2. 该学生是否服药?                    否                    是: \_\_\_\_\_
3. 该学生是否对疫苗有过反应?      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 (上学疫苗)

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: \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_

### 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](mailto: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 <i>(Initial)</i>	Panorama Verified		Dose Number
		Correct Interval <i>(Initial)</i>	Requires Dose <i>(Initial)</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Men-C-ACYW-135</b>				_ / 1
<input type="checkbox"/> <b>HB</b>				_ / _
<input type="checkbox"/> <b>HPV</b>				_ / _

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®**

**Nimenrix®**

**Engerix®-B Recombivax®**

**Gardasil®9**

\_\_\_\_\_ Lot number

\_\_\_\_\_ Diluent  
(Nimenrix® only)

\_\_\_\_\_ Lot number

\_\_\_\_\_ Lot number

**Dosage and Route:**

0.5ml Intramuscular

**Site:**

- Left Deltoid  
 Right Deltoid

**Administration:**

Time: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Signature and Designation:**

\_\_\_\_\_

**Dosage and Route:**

- 1.0ml Intramuscular  
 0.5ml Intramuscular

**Site:**

- Left Deltoid  
 Right Deltoid

**Administration:**

Time: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Signature and Designation:**

\_\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_\_