

ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

immunisation.ie

Ім'я: Реєстраційний номер школи: ID клієнта:

ВІЗИТ 1 Вакцина проти ВПЛ (перша доза) + Tdap + MenACWY

Доза вакцини проти ВПЛ	Дата введення	Номер партії	Призначення за підписом та MCRN/PIN	Підпис та PIN/MCRN вакцинатора	Місце ін'єкції (обведіть відповідне)
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Правий дельтоподібний м'яз
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Лівий дельтоподібний м'яз

Час вакцинації: AM/PM Місце вакцинації: Школа Клініка

Назва клініки:

Доза Tdap	Дата введення	Номер партії	Призначення за підписом та MCRN/PIN	Підпис та PIN/MCRN вакцинатора	Місце ін'єкції (обведіть відповідне)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Правий дельтоподібний м'яз
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Лівий дельтоподібний м'яз

Час вакцинації: AM/PM Місце вакцинації: Школа Клініка

Назва клініки:

Доза MenACWY	Дата введення	Номер партії	Призначення за підписом та MCRN/PIN	Підпис та PIN/MCRN вакцинатора	Місце ін'єкції (обведіть відповідне)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Правий дельтоподібний м'яз
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Лівий дельтоподібний м'яз

Час вакцинації: AM/PM Місце вакцинації: Школа Клініка

Назва клініки:

Заповнив(-ла): MCRN/PIN:

(за наявності) Д Д М М Р Р Р Р

Якщо вакцина не була введена, вкажіть причину. Відсутній(-я) Відмова у день вакцинації

Протипоказання Процедура відкладена Інше

ВІЗИТ 2 Вакцина проти ВПЛ (друга доза) – у разі ослабленої імунної системи

Доза вакцини проти ВПЛ	Дата введення	Номер партії	Призначення за підписом та MCRN/PIN	Підпис та PIN/MCRN вакцинатора	Місце ін'єкції (обведіть відповідне)
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Правий дельтоподібний м'яз
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Лівий дельтоподібний м'яз

Час вакцинації: AM/PM Місце вакцинації: Школа Клініка

Назва клініки:

Заповнив(-ла): MCRN/PIN:

(за наявності) Д Д М М Р Р Р Р

Якщо вакцина не була введена, вкажіть причину. Відсутній(-я) Відмова у день вакцинації

Протипоказання Процедура відкладена Інше

ВІЗИТ 3 Вакцина проти ВПЛ (третя доза) – у разі ослабленої імунної системи

Доза вакцини проти ВПЛ	Дата введення	Номер партії	Призначення за підписом та MCRN/PIN	Підпис та PIN/MCRN вакцинатора	Місце ін'єкції (обведіть відповідне)
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Правий дельтоподібний м'яз
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Лівий дельтоподібний м'яз

Час вакцинації: AM/PM Місце вакцинації: Школа Клініка

Назва клініки:

Заповнив(-ла): MCRN/PIN:

(за наявності) Д Д М М Р Р Р Р

Якщо вакцина не була введена, вкажіть причину. Відсутній(-я) Відмова у день вакцинації

Протипоказання Процедура відкладена Інше

ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Клас: Дата народження:

Ім'я: Реєстраційний номер школи: ID клієнта:

Форма інформованої згоди на вакцинацію у 2023/2024 рр. вакцинами Tdap, MenACWY і вакциною проти ВПЛ дітей, які йдуть до першого класу середньої школи

Перший рік

Цю форму інформованої згоди необхідно заповнити

- 1 доза вакцини проти ВПЛ (для дітей зі здоровою імунною системою) АБО 3 дози вакцини проти ВПЛ (для дітей з ослабленою імунною системою)
- 1 доза вакцини Tdap (проти правця, дифтерії та коклюшу)
- 1 доза вакцини MenACWY (проти менінгококової інфекції ACWY)

Дитина отримує ці вакцини протягом навчального року.

3 вакцини будуть вводитися у школі.

Будь ласка, майте на увазі, що тільки батьки або законний опікун можуть надавати або відмовлятися надавати згоду на участь дитини у цій процедурі.

Закон дозволяє учням віком 16 років і старше самостійно надавати згоду на вакцинацію. Додаткову інформацію про поінформовану згоду можна отримати на вебсайті HSE <https://bit.ly/ConsentU16>.

ЗАПОВНІТЬ ФОРМУ ВЕЛИКИМИ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ ЗА ДОПОМОГОЮ РУЧКИ.

До початку вакцинації, будь ласка, заповніть цю форму та поверніть її у конверті, що додається.

Конфіденційність даних: Щоб гарантувати безпечне введення вакцин, зафіксувати всю необхідну інформацію та провести моніторинг вакцинації, HSE обробляє персональні дані вашої дитини. HSE здійснює обробку усієї інформації відповідно до різних законів про захист даних, зокрема згідно із Законами про захист персональних даних (1988–2018 рр.), Регламентом ЄС 2016/679 (Загальним регламентом про захист даних (GDPR)) та Законом про персональні ідентифікаційні номери у сфері охорони здоров'я (2014 р.). Обробка персональних даних вашої дитини проводиться чесним і законним чином. Вона здійснюватиметься виключно для виконання певних задач, зокрема для організації процесу вакцинації, для звітування та моніторингу в рамках вакцинаційних програм, для перевірки клієнтів, а також для надання медичних послуг. Дані також можуть передаватися між відділами HSE.

Примітки/коментарі:

Персональні дані

ЧАСТИНА 1 Заповніть цю частину брошури для всіх учнів (БУДЬ ЛАСКА, ВИКОРИСТОВУЙТЕ ДРУКОВАНИ ЛІТЕРИ)

Ім'я учня: По батькові учня:

Прізвище учня: Інше ім'я:

Особистий номер державного забезпечення учня (PPSN):

(PPSN потрібен тільки для ведення вакцинаційної документації)

Дата народження учня: Стать: Чоловіча Жіноча

Д Д М М Р Р Р Р

Дівоче прізвище матері:

(Ця інформація може знадобитися для ведення вакцинаційної документації)

Адреса учня:

ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Клас: Дата народження:
 Ім'я: Реєстраційний номер школи: ID клієнта:

Eircode: Графство:

Адреса учня під час останньої вакцинації:

Ім'я та прізвище батька, матері або законного опікуна:

Стационарний телефон:

Мобільний телефон:

Чи згодні ви отримувати текстові повідомлення про вакцинаційні прийоми? Так Ні

E-mail:

Чи згодні ви отримувати електронною поштою повідомлення про вакцинаційні прийоми? Так Ні

Етнічне або культурне походження учня:

- A. Європеїдна раса (наприклад, ірландці, ірландські мандрівники, роми, українці та інші етноси європейської раси)
- B. Негроїдна раса (африканські та інші етноси негроїдної раси)
- C. Азійська раса (наприклад, китайці та інші азійські етноси)
- D. Інші раси, у тому числі змішані (араби або інші етноси – будь ласка, зазначте)

Опис

Громадянство учня:

Клас: Рік:

Назва школи/коледжу:

1. Чи відвідувала дитина раніше перший клас середньої школи? Так Ні
2. Чи отримувала дитина раніше вакцину проти ВПЛ? Так Ні
3. Чи страждала дитина на якесь серйозне захворювання в останні роки? Так Ні

Будь ласка, уточніть

4. Чи приймає дитина наразі якісь медичні препарати? Так Ні

Будь ласка, уточніть

5. Чи спостерігалася у дитини тяжка алергічна реакція (у тому числі анафілаксія) на **будь-які** речовини, зокрема на медичні препарати та вакцини? Так Ні

Будь ласка, уточніть

6. Чи спостерігається у дитини якесь захворювання або стан, що підвищує ризик кровотечі? Так Ні

Будь ласка, уточніть

Особам із наведеними нижче станами необхідно отримати 3 дози вакцини проти ВПЛ, оскільки їхня імунна система ослаблена. Якщо ваша дитина/ви належить/належите до однієї з цих категорій, будь ласка, уточніть у спеціаліста/консультанта, чи потрібно вашій дитині/вам приймати 3 дози вакцини проти ВПЛ через ослаблення імунної системи, а також повідомте про це представника вакцинаційної команди під час вакцинаційного візиту.

- Реципієнти гемопоетичних стовбурових клітин або трансплантатів солідного органу
- Хворі на ВІЛ-інфекцію
- Особи зі злоякісними гематологічними порушеннями, що стосуються кісткового мозку або лімфатичної системи, наприклад хворі на лейкемію, лімфому, дискразію крові
- Особи, у яких діагностовано негематологічну злоякісну солідну пухлину
- Хворі на первинний імунodefіцит
- Особи, які протягом останніх 3–6 місяців завершили значну імуносупресивну терапію або планують розпочати таку терапію в найближчі два тижні

Спеціаліст/консультант рекомендував мені прийняти 3 дози вакцини проти ВПЛ через ослаблену імунну систему. Так Ні

Ви також можете разом зі спеціалістом/консультантом відвідати вебсайт www.immunisation.ie, де можна отримати додаткову інформацію.

ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Клас: Дата народження:
 Ім'я: Реєстраційний номер школи: ID клієнта:

Відмітьте вакцини АБО в частині 2 (ТАК) АБО в частині 3 (НІ) (мають бути відмічені ВСІ ВАКЦИНИ)

ЧАСТИНА 2 Будь ласка, відмітьте всі вакцини, щодо яких ви надаєте свою згоду, та підпишіть форму, щоб сказати «ТАК»

Так, я надаю свою згоду на те, щоб зазначена вище дитина отримала такі вакцини:

Вакцина проти ВПЛ Tdap MenACWY



- Я прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) наведену інформацію про вакцини, у тому числі про відомі побічні ефекти.
- Я розумію, що вакцину проти ВПЛ не рекомендується приймати під час вагітності.
- Я розумію, що надаю згоду на введення 1 дози вакцини проти ВПЛ (відмітьте цю опцію, якщо людина, яка буде отримувати вакцину має здорову імунну систему).
- Я розумію, що надаю згоду на введення 3 доз вакцини проти ВПЛ протягом 6 місяців (відмітьте цю опцію, якщо спеціаліст/консультант, який слідкує за станом здоров'я людини, яка буде отримувати вакцину, рекомендував їй прийняти 3 дози вакцини проти ВПЛ через імунодефіцит/ослаблену імунну систему).
- Підписуючи цю форму, я підтверджую, що маю законне право надавати згоду на вакцинацію від імені зазначеного(-ої) вище учня (учениці). (Закон дозволяє учням віком 16 років і старше самостійно надавати згоду на вакцинацію)

Підпис: Дата надання згоди:

Підпис: Д Д М М Р Р Р Р

Ім'я (будь ласка, заповнітьте друкованими літерами):

(Будь ласка, відмітьте): Батько/мати Законний опікун Одержувач вакцини

ЧАСТИНА 3 Будь ласка, відмітьте всі вакцини, щодо яких ви відмовляєтеся надати свою згоду, та підпишіть форму, щоб сказати «НІ»

Ні, я відмовляюся надавати згоду на те, щоб зазначена вище дитина отримала такі вакцини:

Вакцина проти ВПЛ Tdap MenACWY

- Я прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) наведену інформацію про вакцини, у тому числі про відомі побічні ефекти.
- Підписуючи цю форму, я підтверджую, що маю законне право відмовлятися надавати згоду на вакцинацію від імені зазначеного(-ої) вище учня (учениці). (Закон дозволяє учням віком 16 років і старше самостійно надавати згоду на вакцинацію)

Підпис: Дата:

Підпис: Д Д М М Р Р Р Р

Ім'я (будь ласка, заповнітьте друкованими літерами):

(Будь ласка, відмітьте): Батько/мати Законний опікун Одержувач вакцини

Причина відмови: