

# Форма согласия на вакцинацию против гриппа

Название школы: \_\_\_\_\_ Дата посещения клиники: \_\_\_\_\_

ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ ВСЮ ИНФОРМАЦИЮ НИЖЕ - Пожалуйста, пишите чернилами (Неполные формы не принимаются)

ИМЯ ученика:				ВТОРОЙ ИНИЦИАЛ:				ФАМИЛИЯ ученика:				СУФФИКС (младший, III и др.)			
Пол: Мужской Женский		Дата рождения: (месяц, день, год)						Возраст				Классный руководитель/класс			
Адрес								Телефон # ( ) -				Девичья фамилия Матери:(Для реестра)			
Город				Почтовый индекс				Штат				Раса:(Обведите один вариант) Афроамериканец /Темнокожий Белый житель Аляски/Коренной американец Азиат Гаваец / Житель островов Тихого океана Другое Этническая принадлежность:(обведите один вариант)Латиноамериканец Не латиноамериканец			
Адрес электронной почты:															

Действующее законодательство в области здравоохранения требует, чтобы мы выставили счет вашей страховой компании за вакцину. Для вас услуга предоставляется бесплатно. Ответы всегда конфиденциальны.

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, которые касаются вашей медицинской страховки:

Медикейд <input type="checkbox"/>				Страхование отсутствует				Страховая компания:			
Имя держателя страхового полиса:								Фамилия держателя страхового полиса:			
Идентификационный номер участника:								Дата рождения держателя страхового полиса: (месяц, день, год)			

ОТМЕТЬТЕ ДА ИЛИ НЕТ ДЛЯ КАЖДОГО ВОПРОСА

ДА	НЕТ	<p>1. Была ли у вашего ребенка когда-либо опасная для жизни реакция (реакции) на вакцину против гриппа в прошлом?</p> <p>2. Был ли у вашего ребенка когда-либо синдром Гийена-Барре?</p> <p>3. Есть ли у вашего ребенка аллергия на яйца?</p> <p>4. Есть ли у вашего ребенка заболевание крови, такое как гемофилия?</p> <p>5. Будет ли это первая вакцинация вашего ребенка от гриппа?</p>	<p>пожалуйста, не возвращайте эту форму, если вы не хотите, чтобы ваш ребенок был вакцинирован</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Я ознакомился с информацией о вакцине и особых мерах предосторожности в Информационном листке о вакцинации. Мне известно, что я могу найти самый последний Информационный Бюллетень Вакцины и другую информацию по адресу [www.immunize.org](http://www.immunize.org) или [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). У меня была возможность задать вопросы относительно вакцины и понять риски, преимущества и альтернативы. Я понимаю, что невозможно предсказать все возможные побочные эффекты или осложнения, связанные с получением вакцин. Я прошу и добровольно даю согласие на введение вакцины лицу, указанному выше, родителем или законным опекуном которого я являюсь и имею законные полномочия принимать медицинские решения от его/ее имени. Я признаю, что не было сделано никаких гарантий относительно успеха вакцинации. От имени моего ребенка и наших наследников настоящим я освобождаю ООО МаксВакс, дочерние компании, филиалы школ сестринского дела, их директоров, сотрудников и агентов от любой ответственности, вытекающей в результате любого действия или бездействия, которое возникает во время вакцинации или в связи с ней. Я понимаю, что это согласие действительно в течение 6 месяцев, и что я буду информировать школу о любых изменениях в состоянии здоровья до даты вакцинации в клинике. Я подтверждаю, что даю разрешение ООО МаксВакс подавать, рассматривать и обжаловать претензии к моим страховым компаниям от моего имени. Даты проведения вакцинации можно узнать в школе. Я понимаю, что информация о состоянии здоровья, указанная в этой форме, будет использоваться с целью выставления страховых счетов, а личная информация о состоянии здоровья, содержащаяся в ней, будет защищена в соответствии с законом. Я понимаю цели/преимущества Florida SHOTS, реестра иммунизации штата Флорида, и я прошу и добровольно даю согласие на введение вакцины и запись во Florida SHOTS для лица, указанного выше.

Имя родителя/опекуна печатными буквами

Подпись родителя/опекуна

Отношение к ребенку

Дата

Информационный бюллетень вакцины Центра по контролю и профилактике заболеваний IV 06.08.2021 ФЛУЦЕЛВАКС

Номер партии: \_\_\_\_\_ Дата истечения срока действия: \_\_\_\_\_

РН № \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Health Hero Florida

320 1 ул. ном. №103

Джексонвилл-Бич, Флорида 32250

[help@beahealthhero.com](mailto:help@beahealthhero.com)

[www.beahealthhero.com](http://www.beahealthhero.com)

## ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ О ВАКЦИНЕ

# Вакцина против гриппа

## (инактивированная или рекомбинантная):

### что Вам необходимо знать

More vaccine information statements are available in Russian and other languages. See [www.imz.usda.gov/rus](http://www.imz.usda.gov/rus). Have information on Russian and other languages accessible to you and your family. Please visit [www.imz.usda.gov/rus](http://www.imz.usda.gov/rus).

## 1. Зачем проходить вакцинацию?

Вакцина против гриппа может предотвратить заражение гриппом.

Грипп — это инфекционное заболевание, которое поражает население США ежегодно, особенно в период с октября по май. Заболеть гриппом может любой человек, но для некоторых он особенно опасен. Младенцы и дети младшего возраста, люди в возрасте 65 лет и старше, беременные женщины, лица с определенными заболеваниями или ослабленной иммунной системой, а также другие подвержены риску осложнений гриппа.

Пневмония, бронхит, инфекции носовых пазух, ушные инфекции — это примеры осложнений, связанных с гриппом. Если у Вас имеется заболевание, например заболевание сердца, злокачественная опухоль или диабет, грипп может усугубить его течение.

Грипп может вызвать острый и хронический, боль в горле, боли в мышцах, слабость, кашель, головную боль, насморк или заложенность носа. Некоторые люди страдают от рвоты и диареи, хотя эти симптомы чаще возникают у детей, чем у взрослых.

В среднем за год **тысячи людей в США умирают от гриппа**, еще большему количеству требуется госпитализация. Вакцина против гриппа ежегодно предотвращает множество заболеваний и избавляет от походов к врачу, связанных с гриппом.

## 2. Вакцины против гриппа

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Центры по борьбе с заболеваниями и профилактике) рекомендуют делать прививку всем людям в возрасте 6 месяцев и старше во время каждого сезона гриппа. **Детям в возрасте от 6 месяцев до 8 лет** может понадобиться 2 дозы вакцины за один сезон гриппа. **Все остальные** необходимы только 1 доза на каждый сезон гриппа. Защитные силы организма активизируются примерно через 2 недели после вакцинации.

Существует множество разновидностей вируса гриппа, их спектр постоянно меняется. Каждый год разрабатывается новая вакцина для защиты от

Influenza (inactivated or recombinant) VHS – Russian (8/6/21)

вирусов гриппа, которые, вероятно, могут вызвать заболевание в предстоящий сезон гриппа. Даже если вакцина не полностью соответствует штамму вируса, она обеспечит некоторую защиту.

Вакцина против гриппа **не вызывает гриппа**. Вакцину против гриппа можно принимать одновременно с другими вакцинами.

## 3. Проконсультируйтесь с Вашим лечащим врачом

Сообщите Вашему врачу-вакцинологу, если человек, получающий вакцину:

- испытывал аллергическую реакцию после введения предыдущей дозы вакцины против гриппа или страдает от любой другой тяжелой, представляющей угрозу для жизни формы аллергии;
- когда-либо имел синдром Гийена - Барре (Guillain-Barre Syndrome; также называется СГБ).

В некоторых случаях Ваш лечащий врач может принять решение отложить вакцинацию против гриппа до следующего визита.

Вакцину против гриппа можно вводить в любое время во время беременности. Женщины, которые беременны или планируют беременность в сезон гриппа, должны получить инактивированную вакцину против гриппа.

При наличии у человека легких заболеваний (например, простуды) вакцинацию проводить можно. Людям с заболеваниями средней тяжести или с тяжелыми заболеваниями, как правило, рекомендуют отложить вакцинацию против гриппа до выздоровления.

Ваш лечащий врач может предоставить Вам дополнительную информацию об этом.

## 4. Риски реакций на вакцину

- После введения вакцины против гриппа в месте укола может возникнуть болезненность, покраснение, лихорадка, боли в мышцах, головной боли.
- В очень редких случаях введение инактивированной вакцины (прививки от гриппа) приводит к незначительному увеличению риска развития синдрома Гийена - Барре (СГБ).

При одновременном введении вакцины против гриппа и пневмококковой вакцины (PCV13) и/или DTap у детей младшего возраста несколько повышен риск развития судорог вследствие лихорадки. Если у ребенка, которому предстоит пробить вакцину против гриппа, когда-либо возникла эпилептический припадок, врачу сообщить об этом. Вашему лечащему врачу.

После медицинских процедур, включая вакцинацию, люди иногда теряют сознание. Если Вы почувствуете головокружение, изменение зрения или звон в ушах, сообщите об этом Вашему врачу.

Как и с любым другим лекарственным препаратом, существует незначительный риск развития тяжелой аллергической реакции, получения серьезной травмы или смерти вследствие вакцинации.

## 5. Что делать при возникновении серьезного нарушения здоровья?

Аллергическая реакция может развиваться после того, как получивший вакцину человек покинет клинику. Если Вы заметили признаки тяжелой аллергической реакции (крапивница, отек лица и горла, затрудненное дыхание, учащенное сердцебиение, головокружение или слабость), позвоните по телефону 9-1-1 и ответьте предоставляющей в ближайшую больницу.

По другим беспокоящим признакам Вы можете обратиться к Вашему лечащему врачу.

О побочных эффектах необходимо сообщать в Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) (Систему регистрации нежелательных явлений после вакцинации). Такой отчет обычно подается Вашим лечащим врачом, но Вы можете сделать это самостоятельно. Посетите веб-сайт VAERS по адресу [www.vaers.hhs.gov](http://www.vaers.hhs.gov) или позвоните по телефону 1-800-822-7967. VAERS предназначена только для регистрации реакций, а шипитные компоненты VAERS не предоставляются медицинскими консультирующими.

Russian translation provided by the Immunization Action Coalition

## 6. Национальная программа компенсации за ущерб здоровью, нанесенный в результате вакцинации

National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) (Национальная программа компенсации за ущерб здоровью, нанесенный в результате вакцинации) — это федеральная программа, созданная для выплаты компенсации лицам, здоровью которых был нанесен ущерб в результате вакцинации определенными препаратами. Претензии в отношении предполагаемого ущерба здоровью или смерти в результате вакцинации имеют временные ограничения для подачи, которые могут составлять всего два года. Она работает с программой и порядком представления претензий на веб-сайте VICP по адресу [www.hhs.gov/vaccinecompensation](http://www.hhs.gov/vaccinecompensation) или позвоните по телефону 1-800-338-2382.

## 7. Как получить более подробную информацию?

- Обратитесь к Вашему лечащему врачу.
- Позвоните в Ваш местный отдел здравоохранения или в отдел здравоохранения штата.
- Посетите веб-сайт Food and Drug Administration (FDA) (Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств) для получения инструкции по применению вакцины и дополнительной информации на веб-сайте [www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines](http://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines).
- Обратитесь в Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Центры по контролю и профилактике заболеваний):
  - по телефону 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO); или
  - посетите через веб-сайт CDC по адресу [www.cdc.gov/flu](http://www.cdc.gov/flu).



U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

Vaccine Information Statement  
Inactivated Influenza Vaccine

42 U.S.C. § 300aa-26  
8/6/2021

