

**Giấy Chấp Thuận Chủng Ngừa Cúm Theo Mùa**

Kính gửi Phụ Huynh/Giám Hộ:

Xin quý vị điền vào mẫu đơn này nếu quý vị muốn con quý vị được nhận thuốc chủng ngừa bệnh cúm mùa. Phụ huynh/giám hộ hay người lớn có phép phải có mặt vào giờ chủng ngừa.

Họ Em Trẻ:	Tên Em Trẻ:	Tuổi:	Lớp:
Địa Chỉ:	Điện Thoại Nhà: Điện Thoại Cầm Tay: Điện Thoại Sở:	Ngày Sinh:	
Giáo viên:	Con quý vị có bao giờ được nhận thuốc chủng ngừa bệnh cúm trước đây không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
	Có phải em chỉ nhận được một liều thuốc chủng ngừa bệnh cúm lần đầu tiên em được chủng ngừa không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG

*Hầu bảo vệ các trẻ em tối đa để đừng bị cúm, Centers for Disease Control (Trung Tâm Kiểm Soát Bệnh-CDC) đề nghị là các trẻ em dưới 8 tuổi, mà sẽ nhận thuốc chủng ngừa bệnh cúm mùa lần đầu tiên, nên nhận một liều thuốc thứ nhì trong vòng 4 tuần.*

Nếu quý vị trả lời **CÓ cho BẤT CỨ** câu hỏi nào dưới đây, con quý vị **KHÔNG thích hợp** để nhận thuốc chủng ngừa bệnh cúm theo mùa tại địa điểm này. Yêu cầu đem con quý vị đến bác sĩ gia đình của quý vị.

Nếu quý vị trả lời **KHÔNG CHO TẤT CẢ** các câu hỏi và muốn con quý vị nhận thuốc chủng ngừa bệnh cúm theo mùa, xin quý vị hãy ký tên dưới đây.

1. Con quý vị có bị bệnh ngày hôm nay không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
2. Con quý vị có dị ứng với các sản phẩm trứng, thimerosol, neomycin, polymyxin B, kanamycin, gentamicin, formaldehyde, gelatin, arginine, sucrose hay những thành phần chủng ngừa khác không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
3. Con quý vị có bao giờ bị phản ứng trầm trọng với thuốc chủng ngừa cúm trong quá khứ không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
4. Con quý vị có tiền sử chứng Guillian-Barre không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG

**Bất cứ trẻ em nào bị đau vào ngày chủng ngừa đều không thể nhận thuốc chủng ngừa bệnh cúm.**

Lời Chấp Thuận:

Tôi đã nhận và đọc Lời Thông Báo Thông Tin về Chủng Ngừa (Vaccine Information Statement-VIS) về thuốc chủng ngừa bệnh cúm theo mùa. Tôi đã có cơ hội để đặt câu hỏi về thuốc chủng ngừa. Tôi hiểu là thuốc chủng ngừa này được chấp nhận cho các trẻ em khỏe mạnh và đã kiểm lại các lý do một số các trẻ em không nên nhận thuốc chủng ngừa bệnh cúm theo mùa. Tất cả các lý do trên không áp dụng cho con tôi. Tôi đồng ý cho con tôi được chủng ngừa bệnh cúm theo mùa.

Tên Phụ huynh/Giám hộ: \_\_\_\_\_ Chữ ký Phụ huynh/Giám hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Office Use Only (Chỉ Dành Cho Văn Phòng Thôi)

Vaccine	Mfg/ Lot #	Exp. date	Dose/ Route	VIS Date
1 <sup>st</sup> dose Influenza				
2 <sup>nd</sup> dose Influenza				

2 <sup>nd</sup> Dose Required: if less than 8 years old	Yes	No
--	-----	----

1<sup>st</sup> Vaccine administered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> Vaccine administered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_