

# Formularz zgody grypy szczepienia



If you require this document in another language, please go to:

[www.nscphhealth.co.uk/services/school-age-flu-vaccination](http://www.nscphhealth.co.uk/services/school-age-flu-vaccination)

## Dane ucznia

Nazwisko:	Imię:	
Data urodzenia:	Płeć: <b>Dziewczyna</b> <input type="checkbox"/> <b>Chłopiec</b> <input type="checkbox"/>	Szkoła, Klasa i rok grupy:
NHS Numer (jeżeli jest znany):	Telefon domowy:	Nazwa lekarza i adres:
Adres domowy:	Rodzic/opiekun mobilnych:	

<p>Dziecka zdiagnozowano astmę? <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Jeśli odpowiedź jest "tak" i twoje dziecko używa wziewnych steroidów (na przykład. używa inhalator lub zwykły inhalator, proszę spisać nazwę lekarstwa i codzienne dawki (na przykład mikrogramów budesonidu 100, cztery dawki dziennie):</p> <p>Jeśli odpowiedź jest "tak" i twoje dziecko wzięło swoje tabletki steroidowe z powodu astmy w ciągu ostatnich dwóch tygodni proszę podać szczegóły prosimy o kontakt na 01934 419339:</p> <p><b>Prosimy o poinformowanie zespołu szczepień, czy twoje dziecko musiało zwiększyć ilość leków przeciw astmie</b></p>	Twoje dziecko już otrzymała szczepienia przeciw grypie w tym roku?	<b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
	Czy twoje dziecko bierze aspiryny?	<b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
	Czy twoje dziecko regularnie używa inne lekarstwa?	<b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
	Czy twoje dziecko miał ciężka reakcja alergiczna (reakcja anafilaktyczna) na dowolnym poprzedniej szczepionki?	<b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
	Czy twoje dziecko ma chorobę / leczenie, które poważnie wpływa na ich system odpornościowy? Na przykład. leczenie białaczki	<b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
	Czy twoje dziecko ma bliskiego kontaktu z nikim konieczności leczenia, który wpływa na ich układ odpornościowy? Np. muszą być trzymane w izolacji?	<b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
	Czy twoje dziecko ma ciężkie alergię na jaja? (wymagające leczenia w nagłych wypadkach - patrz poniżej)	<b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
* Jeśli odpowiedziałeś twierdząco na którekolwiek z powyższych, skontaktuj się z nami na 01934 419339		

**W dniu szczepienia proszę powiadomić zespół szczepień, jeśli twoje dziecko miało trudności w oddychaniu w ciągu ostatnich trzech dni**

**NB.** Szczepionki przeciw grypie nosa zawiera produktów uzyskanych ze świń (świń żelatyny). Istnieje nie odpowiednie alternatywne grypy szczepionka dla zdrowych dzieci. Więcej informacji dla rodziców jest dostępne od [www.nhs.uk/child-flu](http://www.nhs.uk/child-flu)

## Zgody na szczepienie (proszę zaznaczyć tak lub nie)

Przeczytałem i zrozumiałem informacje na temat grypy w aerozolu do nosa <input type="checkbox"/>	Data DD/MM/YYYY	
<b>TAK</b> Zgadzam się, aby moje dziecko otrzymało szczepionkę przeciw grypie	<b>NIE,</b> Nie wyrażam zgody ze moje dziecko otrzymuje było szczepionkę przeciw grypie przez aerozolu do nosa	<input type="checkbox"/>

Jeżeli odpowiedź jest "NIE" proszę podać uzasadnienia:

Prosimy pamiętać, że informacje na temat szczepienia dziecka zostaną udostępnione lekarzowi, NHS i powiązanim organizacjom

Prosimy być świadomym, że może będziemy potrzebować skontaktować się z wami jeśli będzie potrzeba wyjaśnienia dotyczącego waszej zgody

**Podpis rodzica/opiekuna (z odpowiedzialności rodzicielskiej):**

**PROSZĘ WPISAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI NAZWĘ I STOSUNEK DO DZIECKA**

## TO BE COMPLETED BY IMMUNISATION TEAM NURSE

### Pre session eligibility assessment for live attenuated influenza vaccine LAIV

Child eligible for LAIV? Yes  No

If no, give details

Additional information:

#### Assessment completed by:

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Designation: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

### Eligibility assessment on day of vaccination

Has the parent/child reported the child being wheezy over the past three days? Yes  No

If the child has asthma, has the parent/child reported:

• use of oral steroids in the past 14 days? Yes  No   
 • an increase in inhaled steroids since consent form completed? Yes  No

Child eligible for LAIV? Yes  No

#### Vaccine Details

Date:	Time:	Batch Number:	Expiry Date:

#### Administered by:

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Designation: Registered Nurse \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Invite to evening clinic Yes  No

<sup>1</sup> Asthmatic children not eligible on the day of the session due to deterioration in their asthma control should be offered inactivated vaccine if their condition doesn't improve within 72 hrs to avoid a delay in vaccinating this 'at risk' group.