

Formulář pro souhlas s očkováním proti chřipce



Jestli potřebujete tento dokument v jiné řeči, navštivte:

Haddii aad u baahatid dukumentigan luqad kale, fadlan tag:

إذا كنت تحتاج إلى هذا المستند بلغة أخرى ، فيرجى الانتقال إلى:

Jeśli potrzebujesz tego dokumentu w innym języku, przejdź do:

www.nscphhealth.co.uk/services/school-age-flu-vaccination

Podrobnosti o Studentovi

Příjmení :	První jméno :	
Datum narození :	Pohlaví : Dívka <input type="checkbox"/> Hoch <input type="checkbox"/>	Škola, třída a ročník :
NHS číslo (je-li známo) :	Telefon domů :	GP jméno a adresa :
Domovská adresa :	Mobil rodiče / opatrovníka :	
Směrovací číslo :		

<p>Bylo Vaše dítě diagnostováno s astma ? Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/></p> <p>Jestli ANO a Vaše dítě v současné době užívá inhalační steroidy (t.j. užívá preventer nebo pravidelně inhaluje), udejte laskavě název léku a denní dávky (na př. <i>Budesonide 100 mikrogramů, čtyři vstříky denně</i>) :</p> <p>Jestli ANO a Vaše dítě bralo steroidní tablety kvůli astma během posledních dvou týdnů, uveďte podrobnosti :</p> <p>Jestli Vaše dítě bylo nuceno zvýšit dávky pro léčbu astma od doby vyplnění tohoto formuláře, laskavě informujte o tom imunizační tým.</p>	Bylo Vaše dítě již letos očkováno proti chřipce ?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
	Užívá Vaše dítě Aspirin ?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
	Bere Vaše dítě pravidelně jiné léky ?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
	Mělo Vaše dítě vážnou (anafylaktickou) alergickou reakci na předchozí vakcíny ?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
	Má Vaše dítě nemoc nebo léčbu, která by vážně ohrozila jejich imunitní system ? <i>Např. léčbu pro leukémii</i>	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
	Má Vaše dítě přímý kontakt s osobami s léčbou, která ovlivňuje jejich imunitní system ? <i>Např. musí být drženi v izolaci ?</i>	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
	Má Vaše dítě vážnou alergii na vejce ? (vyžadující pohotovostní ošetření – viz níže)	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
	* Pokud jste odpověděli Ano na některou z výše uvedených otázek, prosím uveďte podrobnosti	

V den očkování informujte, laskavě, imunizační tým jestli Vaše dítě bylo dýchavičné v posledních třech dnech.

NB. Nosní vakcína proti chřipce obsahuje produkty z prasat (prasečí želatinu). Není k dispozici žádná jiná alternativní vakcína proti chřipce vhodná pro jinak zdravé děti. Další informace pro rodiče jsou k vyhledání na www.nhs.uk/child-flu

Souhlas k imunizaci (laskavě zatrhněte ANO nebo NE)

Přečetl/a jsem si a pochopil/a jsem informace o nosním spreji proti chřipce	<input type="checkbox"/>	Datum DD / MM / RRRR	
ANO dávám souhlas k tomu, aby mé dítě bylo očkováno proti chřipce	<input type="checkbox"/>	NE , nedávám souhlas k tomu, aby mé dítě bylo očkováno proti chřipce	<input type="checkbox"/>

Jestli 'NE' udejte, laskavě, důvod níže :

Upozorňujeme Vás, že informace o očkování Vašeho dítěte budou sdíleny s vaším doktorem, NHS a jinými organizacemi. Je možné, že se budeme muset s Vámi spojit, pokud budeme potřebovat upřesnění ohledně Vašeho souhlasu

Podpis rodiče / opatrovníka
(s rodičovskou zodpovědností):

JMÉNO TISKACÍM PÍSMEM A PŘÍBUZENSKÝ VZTAH K DÍTĚTI

Formulář pro souhlas s očkováním proti chřipce



VYPLNÍ ZDRAVOTNÍ SESTRA IMUNIZAČNÍHO TÝMU

Předočkovací posouzení zda oslabená živá vakcína proti chřipce (LAIV) je vhodná

Je LAIV vhodná pro dítě ? **Ano** **Ne**

Jestli není, uveďte důvod :

Další informace :

Vyhodnocení bylo provedeno :

Jméno : Datum :

Posice : Podpis :

Posouzení způsobilosti v den očkování

Hlásil rodič / dítě, že dítě bylo dýchavičné během minulých tří dnů ? **Ano** **Ne**

Jestli je dítě astmatik, hlásil rodič / dítě :

• Užívání orálních steroidů během posledních 14 dnů ?

Ano **Ne**

• zvýšené užívání inhalovaných steroidů od doby kdy byl formulář pro souhlas vyplněn ?

Ano **Ne**

Je LAIV vhodná pro dítě ?

Ano **Ne**

Podrobnosti vakcíny

Datum : Doba : Číslo dávky : Datum vypršení :

Očkování vykonal :

Jméno : Datum :

Posice : Kvalifikovaná sestra Podpis :

Pozvání na večerní kliniku

Ano **Ne**

¹ Astmatické děti, které není vhodné očkovat v daný den protože došlo k zhoršení stavu jejich kontroly astma, by měly mít možnost očkování inaktivovanou vakcínou jestliže se jejich stav nezlepší během 72 hodin aby se zabránilo odkladům při očkování dětí v této rizikové skupině.