

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)		Data urodzenia	Płeć	Kraj zamieszkania
Adres		Miejscowość	Stan	Kod pocztowy
Numer telefonu		Nazwisko panieńskie matki (dotyczy osób w wieku poniżej 19 lat)		
Numer beneficjenta Medicare		Imię i nazwisko lekarza		
Ubezpieczyciel medyczny		Adres lekarza		
Numer polisy	Przychodnia/gabinet, w którym podawana jest szczepionka		Zgoda na rejestrację szczepienia w NYSIS (powyżej 19 lat) <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	

Podaj odpowiedzi na poniższe pytania dotyczące Ciebie lub szczepionej osoby.

- Nie  Tak Czy obecnie chorujesz i masz gorączkę?
- Nie  Tak Czy kiedykolwiek wystąpiła u Ciebie zagrażająca życiu alergia na którykolwiek składnik szczepionki przeciw grypie lub zapaleniu płuc?  
Jeżeli tak, opisz: \_\_\_\_\_
- Nie  Tak Czy kiedykolwiek wystąpił u Ciebie zespół Guillaina-Barrégo w ciągu 6 tygodni od otrzymania szczepionki przeciw grypie?
- Nie  Tak Czy kiedykolwiek podano Ci szczepionkę przeciw zapaleniu płuc?
- Nie  Tak Czy jesteś palaczem lub masz przewlekłą chorobę, taką jak astma albo choroba serca bądź płuc?  
Jeżeli tak, opisz: \_\_\_\_\_
- Nie  Tak Czy kiedykolwiek wystąpiła u Ciebie zagrażająca życiu alergia na jajka lub produkty z jajek?
- Nie  Tak Czy jesteś obecnie w ciąży?
- Nie  Tak Czy występowała u Ciebie astma lub świszczący oddech?
- Nie  Tak Czy jesteś dzieckiem lub nastolatkiem objętym długoterminową terapią aspirynową?
- Nie  Tak Czy masz osłabiony układ odpornościowy lub bliski kontakt z osobą mającą ekstremalnie osłabiony układ odpornościowy i wymagającą specjalnej opieki?
- Nie  Tak Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni podano Ci inne szczepionki?
- Nie  Tak Czy w ciągu ostatnich 48 godzin zażywałeś(-aś) antywirusowe leki przeciw grypie?

### Zgoda na szczepionkę przeciw grypie

Treść informacji o szczepionce (Vaccine Information Statement, VIS) przeciw grypie została przeze mnie przeczytana lub mi wyjaśniona. Umożliwiono mi zadanie pytań, na które udzielono mi zadowolających odpowiedzi, i rozumiem opisane korzyści oraz zagrożenia związane ze szczepieniem. Proszę o podanie mi szczepionki przeciw grypie (lub podanie jej wskazanej wyżej osobie, w imieniu której mam upoważnienie do wystąpienia z tą prośbą). Wyrażam zgodę na przekazanie medycznych i innych informacji niezbędnych do realizacji roszczenia w ramach Medicare lub innego ubezpieczenia medycznego bądź do innych celów związanych ze zdrowiem publicznym. Udostępniono mi kopię Karty praw pacjenta (Patient Bill of Rights).

Podpis osoby szczepionej (rodzica lub opiekuna)

Data

### Zgoda na szczepionkę przeciw chorobom pneumokokowym

Treść informacji o szczepionce (Vaccine Information Statement, VIS) przeciw chorobom pneumokokowym została przeze mnie przeczytana lub mi wyjaśniona. Umożliwiono mi zadanie pytań, na które udzielono mi zadowolających odpowiedzi, i rozumiem opisane korzyści oraz zagrożenia związane ze szczepieniem. Proszę o podanie mi szczepionki przeciw chorobom pneumokokowym (lub podanie jej wskazanej wyżej osobie, w imieniu której mam upoważnienie do wystąpienia z tą prośbą). Wyrażam zgodę na przekazanie medycznych i innych informacji niezbędnych do realizacji roszczenia w ramach Medicare lub innego ubezpieczenia medycznego bądź do innych celów związanych ze zdrowiem publicznym. Udostępniono mi kopię Karty praw pacjenta (Patient Bill of Rights).

Podpis osoby szczepionej (rodzica lub opiekuna)

Data

### Do wypełnienia przez personel pielęgniarski

#### Szczepionka przeciw grypie

Data podania \_\_\_\_\_

Miejsce podania  Lewe ramię  Prawe ramię  Donosowo  
 Lewe udo  Prawe udo

Dawkowanie  0,5 ml  0,25 ml  Żywa atenuowana szczepionka przeciw grypie (LAIV)

Producent i numer partii \_\_\_\_\_

Data VIS \_\_\_\_\_

Podpis pielęgniarki/pielęgniarsza \_\_\_\_\_

Termin następnego szczepienia:  Przyszły rok  Za 4 tygodnie  
 Inny \_\_\_\_\_

#### Szczepionka przeciw chorobom pneumokokowym

Data podania \_\_\_\_\_

Miejsce podania  Lewe ramię  Prawe ramię  
 Lewe udo  Prawe udo

Producent i numer partii \_\_\_\_\_

Data VIS \_\_\_\_\_

Podpis pielęgniarki/pielęgniarsza \_\_\_\_\_

Termin następnego szczepienia:  Niewymagane  
 Inny \_\_\_\_\_