

ZGODA NA SZCZEPIONKĘ PRZECIWKO GRYPIE

Nazwisko: _____ Imię: _____ Inicjał drugiego imienia: _____

Adres: _____ Miejscowość/stan: _____ Kod pocztowy: _____

Numer telefonu w ciągu dnia: _____ Adres e-mail (opcjonalnie) _____

Data urodzenia: _____ Wiek: _____ Płeć: Mężczyzna Kobieta Inne

Pochodzenie etniczne: Indian amerykański/Alaska Native Asiantkórny/Afroamerykańskikórny Rdzenny Hawajczyk/Wyspa Pacyfiku Biała RaWyscig: Hiszpanie/Latynosi Nie Hiszpanie/Latynosi

- | | <u>Prosimy zakreślić</u> | |
|---|--------------------------|-----|
| | Tak | Nie |
| 1. Czy jest Pan(-i) w wieku co najmniej 18 lat? | Tak | Nie |
| 2. Czy kiedykolwiek był(-a) Pan(-i) szczepiony(-a) przeciwko grypie? | Tak | Nie |
| 3. Jeżeli tak, prosimy podać, czy wystąpiła u Pana(-i) ciężka reakcja poszczepienna?
Prosimy podać szczegóły dotyczące reakcji _____ | Tak | Nie |
| 4. Czy jest Pan(-i) uczulony(-a) na jaja lub produkty z jaj? Jeżeli nie, prosimy przejść do pytania | Tak | Nie |
| Jeżeli tak, prosimy podać, czy otrzymał(-a) Pan(-i) szczepionkę wolną od składników pochodzących z jajek? | Tak | Nie |
| Czy wystąpiła u Pana(-i) reakcja po podaniu szczepionki wolnej od składników pochodzących z jajek? | Tak | Nie |
| 5. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin wystąpiły u Pana(-i) gorączka, infekcja układu oddechowego, nudności, wymioty i/lub biegunka? | Tak | Nie |
| 6. Czy jest Pan(-i) uczulony(-a) na lateks? | Tak | Nie |
| 7. Czy jest Pan(-i) uczulony(-a) na tiomersal (konserwant w roztworze do soczewek kontaktowych)? | Tak | Nie |
| 8. Czy kiedykolwiek wystąpił u Pana(-i) paraliż w przebiegu zespołu Guillain-Barré Syndrome? | Tak | Nie |
| 9. Czy podano Panu(-i) jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 30 dni? | Tak | Nie |
| 10. Dot. tylko kobiet: Czy jest Pani w ciąży? | Tak | Nie |

Otrzymałem(-am) treść kopii oświadczenia dotyczącego szczepionki przeciwko grypie i zapoznałem(-am) się z nią. Miałem(-am) okazję zadać pytania, na które uzyskałem(-am) zadowalające mnie odpowiedzi. Rozumiem korzyści i ryzyko związane ze szczepionką przeciwko grypie. Wyrażam zgodę na podanie mi szczepionki. Mogą u mnie wystąpić łagodne reakcje, w tym tkliwość w miejscu podania, bóle i niewysoka gorączka. Jeżeli mój oddech stanie się świszczący lub wystąpią inne problemy z oddychaniem, pokrzywka lub ciężka wysypka, natychmiast mam się zgłosić do najbliższego oddziału ratunkowego w celu podjęcia leczenia możliwej ciężkiej reakcji alergicznej, a następnie skontrolować stan zdrowia u lekarza rodzinnego.

Podpis osoby otrzymującej szczepionkę lub osoby upoważnionej do złożenia prośby o szczepienie

Data

For Office Use Only

Clinic Site: _____

AMITA Health Location: HFMC MMC RMC SJHE SMEMC SMK

Vaccine Manufacturer Name
Lot# / Expiration Date

Injection Site:
 Right Deltoid Left Deltoid

Vaccine Information Statement (VIS) received _____
 Inactivated Influenza Vaccine 8.06.2021 version _____ Initials

Signature and title of health professional administering the vaccine

Date

FORMULARZ ROZLICZENIOWY SZCZEPIEŃ PRZECIWIW GRYPIE

Nazwisko: _____ Imię: _____ Inicjał drugiego imienia: _____

Adres: _____ Miejscowość/stan: _____ Kod pocztowy: _____

Numer telefonu w ciągu dnia: _____ Adres e-mail (opcjonalnie) _____

Data urodzenia: _____ Wiek: _____ Płeć: Mężczyzna Kobieta Inne

Pochodzenie etniczne: Indian amerykański/Alaska Native Asiamkórny/Afroamerykańskikórny Rdzenny Hawajczyk/Wyspa Pacyfiku Biała
RaWyścig: Hiszpanie/Latynosi Nie Hiszpanie/Latynosi

For Office Use Only

Tylko dla samopłacenia

Łączna kwota \$ _____ Gotówka Nr czeku # _____

Klient płaci za następującą(-e) osobę(-y) _____

Tylko w przypadku zrzeczenia się praw

Klient nie jest w stanie zapłacić.

Nie jestem w stanie sobie pozwolić na koszty szczepienia przeciwko grypie w tej chwili i zwracam się o to, aby została mi przekazana bezpłatnie.

Podpis klienta

Registration staff or signature of healthcare provider

Dot. tylko pacjentów Medicare

Numer Medicare Część B, dokładnie jak na karcie Medicare

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mój podpis poniżej wskazuje na moją zgodę na AMITA Health do rachunku Medicare na koszt dzisiejszej szczepionki przeciw grypie i administracji. Rozumiem, że Medicare Część B zapewnia pokrycie jednego szczepienia przeciw grypie i administracji rocznie.

Podpis osoby otrzymującej szczepionkę lub osoby upoważnionej do złożenia wniosku

Data