

**季節性流感鼻霧噴型(FluMist)疫苗接種同意書**

尊敬的家長/監護人:

如果您同意讓孩子接種預防季節性流感的鼻霧噴型(FluMist)疫苗, 請填妥這份表格。

孩子的姓/Child's Last Name:	孩子的名/Child's First Name:	年齡/Age:	年級/Grade:
住址/Address:	住宅電話/Home Phone: 手機/Cell Phone: 工作電話/Work Phone:	出生日期/Date of Birth:	
教師/Teacher:	您的孩子以前是否接種過流感疫苗?	<input type="checkbox"/> 是/Yes <input type="checkbox"/> 否/No	
	您的孩子第一次接種流感疫苗時, 是否只接種了一劑疫苗?	<input type="checkbox"/> 是/Yes <input type="checkbox"/> 否/No	

爲了達到最大的預防效果, 疾病控制中心(Centers for Disease Control - CDC)建議9歲以下、且首次接種季節性流感疫苗(FluMist)的兒童在間隔4週後接種第二劑疫苗。CDC還建議, 首次接種時只接種了一劑疫苗的9歲以下兒童應當在第二年接種兩劑疫苗。

如果您對以下任何一個問題的回答是"是", 您的孩子則不能接種預防季節性流感的鼻霧噴型疫苗; 但是, 孩子可以接種預防季節性流感的注射型針劑疫苗。

如果您對以下所有問題的回答都是"否"、並且願意讓您的孩子接種季節性流感鼻霧噴型疫苗, 請在下面簽名。

1. 您的孩子是否患有與以下有關的嚴重慢性病或長期性疾病: 腎臟、心臟、神經系統、腦部、糖尿病、肺部(例如囊腫性纖維症)、或血液系統(例如鎌狀細胞性貧血)?	<input type="checkbox"/> 是/Yes	<input type="checkbox"/> 否/No
2. 您的孩子是否患有哮喘?	<input type="checkbox"/> 是/Yes	<input type="checkbox"/> 否/No
3. 您的孩子是否對蛋製品、慶大霉素(Gentamycin)、明膠(gelatin)、精胺酸(arginine)嚴重過敏、或以前接種流感疫苗時曾產生過敏反應?	<input type="checkbox"/> 是/Yes	<input type="checkbox"/> 否/No
4. 您的孩子是否正在服用含有阿司匹林的藥物?	<input type="checkbox"/> 是/Yes	<input type="checkbox"/> 否/No
5. 您的孩子是否有格林-巴利綜合症(Guillian-Barre Syndrome)病史?	<input type="checkbox"/> 是/Yes	<input type="checkbox"/> 否/No
6. 您的孩子是否已經預定要在接種本次鼻噴霧疫苗後的一個月內接種MMR、水痘、FluMist或Yellow Fever疫苗?	<input type="checkbox"/> 是/Yes	<input type="checkbox"/> 否/No
7. 您的孩子在過去一個月內是否接種過問題'6'中列出的疫苗?	<input type="checkbox"/> 是/Yes	<input type="checkbox"/> 否/No
8. 與您孩子同住的人士中是否有人正在接受幹細胞移植或骨髓移植?	<input type="checkbox"/> 是/Yes	<input type="checkbox"/> 否/No
9. 您的孩子是否懷孕?	<input type="checkbox"/> 是/Yes	<input type="checkbox"/> 否/No

在接種日當天生病的孩子將不能接種FluMist。

同意聲明:

我已經收到並閱讀了有關季節性流感鼻噴霧疫苗的疫苗資訊說明(Vaccine Information Statement, VIS)。我已經就有關疫苗的問題進行過諮詢。我明白, 只有健康兒童才可以接種這種疫苗, 並且已經了解某些兒童不應接種季節性流感鼻噴霧疫苗的原因。這些原因都不適用於我的孩子。我同意讓我的孩子接種預防季節性流感的鼻噴霧型疫苗。

家長/監護人的姓名:  
(Name of parent/guardian)

家長/監護人的簽名:  
(Signature of parent/guardian)

日期  
(Date)

以下供工作人員使用

Vaccine	Mfg/ Lot #	Exp. date	Dose/ Route	VIS Date
1 <sup>st</sup> dose <b>Influenza</b> (Intranasal)	MedImmune		0.2 ml intranasally	
2 <sup>nd</sup> dose <b>Influenza</b> (Intranasal)	MedImmune		0.2 ml intranasally	

<b>2<sup>nd</sup> Dose Required</b> if less than 9 years old <b>and NO or only one previous</b> flu vaccine:	Yes	No
--	-----	----

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