

비강용 계절성 독감 백신 접종 (FluMist) 동의서

학부모/후견인께

여러분의 자녀가 비강용 계절성 독감 백신 (FluMist) 접종을 원하실 경우 이 양식을 작성해 주십시오.

학생 성/Child's Last Name:	학생 이름/Child's First Name:	나이/Age:	학년/Grade:
주소/Address:	집 전화번호/Home Phone: 휴대 전화번호/Cell Phone: 직장 전화번호/Work Phone:	생년월일/Date of Birth:	
담임/Teacher:	자녀가 독감 백신을 접종한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예/Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No	
	독감 예방접종 시 백신을 한 번만 접종하였습니까?	<input type="checkbox"/> 예/Yes <input type="checkbox"/> 아니오/No	

Centers for Disease Control (CDC)는 독감에 대한 강한 예방책으로 계절성 독감 백신 (FluMist)을 접종받는 9 세 이하의 아동들의 2차 접종을 권장하고 있습니다. CDC는 또한 첫째에 1 회만 접종받은 9 세 이하의 아동들에게 다음 해에 2 회의 접종을 권장하고 있습니다.

다음 질문 중 하나라도 예라고 답하였을 경우, 여러분 자녀는 비강용 계절성 독감 백신을 접종받을 수 없습니다.

그러나 비강용이 아닌 계절성 독감 예방주사를 접종받을 수는 있습니다.

다음 모든 질문에 아니오라고 답하였으며 자녀에게 비강용 계절성 독감 백신을 접종받기 원할 경우, 아래에 서명해 주십시오.

1. 여러분 자녀가 신장, 심장, 신경계, 뇌, 당뇨, 폐(낭포성 섬유증 등), 혈액 및 혈관(겸상적혈구 빈혈 등)에 관계된 유전적 또는 장기적인 질병이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예/Yes	<input type="checkbox"/> 아니오/No
2. 자녀가 천식이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예/Yes	<input type="checkbox"/> 아니오/No
3. 달걀, 젤라틴, 아르기닌 또는 이전에 투여한 독감백신에 알레르기 반응을 일으킨 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예/Yes	<input type="checkbox"/> 아니오/No
4. 아스피린이 함유된 약을 복용하고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예/Yes	<input type="checkbox"/> 아니오/No
5. 자녀가 Guillian-Barre syndrome(길랑-바레 증후군) 병력이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예/Yes	<input type="checkbox"/> 아니오/No
6. 비강용 독감 백신 투여 후 한 달 이내에 MMR, Varicella, FluMist, or Yellow Fever 백신을 맞을 계획입니까?	<input type="checkbox"/> 예/Yes	<input type="checkbox"/> 아니오/No
7. 6 번에 명시한 백신을 최근 한 달간에 맞은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예/Yes	<input type="checkbox"/> 아니오/No
8. 줄기세포이식이나 골수이식 중인 사람과 함께 살고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예/Yes	<input type="checkbox"/> 아니오/No
9. 자녀가 임신 중입니까?	<input type="checkbox"/> 예/Yes	<input type="checkbox"/> 아니오/No

백신접종일에 몸이 아픈 아동은 비강용 독감 백신(FluMist)을 접종받을 수 없습니다.

동의서:

저는 비강용 계절성 독감 백신에 대한 백신정보(Vaccine Information Statement-VIS)를 받았으며 읽었습니다. 또한 백신에 대해 질문할 기회도 있었습니다. 이 백신은 우리 아이의 건강을 위해 제공되는 것이며 비강용 계절성 독감 백신을 투여하면 안 되는 경우에 대해서도 숙지하였습니다. 위에 나열된 경우는 우리 아이에게 해당되지 않으며, 우리 아이의 비강용 계절성 독감백신 접종에 동의합니다.

학부모/후견인 이름:

(Name of parent/guardian)

학부모/후견인 서명:

(Signature of parent/guardian)

날짜

(Date)

사무실용/Office Use Only

Vaccine	Mfgr/ Lot #	Exp. date	Dose/ Route	VIS Date
1 st dose Influenza (비강용)	MedImmune		0.2 ml intranasally	
2 nd dose Influenza (비강용)	MedImmune		0.2 ml 비강용	

2nd Dose Required: 9 세 미만의 경우 <u>그리고</u> 독감백신을 맞은 적이 없거나 한 번만 맞은 경우	<input type="checkbox"/> 예/Yes	<input type="checkbox"/> 아니오/No
---	--------------------------------	---------------------------------

1st Vaccine administered by: _____

Date: _____

2nd Vaccine administered by: _____

날짜: _____

Montgomery County Department of Health and Human Services
School Health Services