

Giấy Chấp Thuận Chủng Ngừa Cúm Theo Mùa Qua Thuốc Xịt Mũi (FluMist)

Kính gởi Phụ Huynh/Giám Hộ:

Xin quý vị điền vào mẫu đơn này nếu quý vị muốn con quý vị được nhận thuốc chủng ngừa bệnh cúm mùa qua đường mũi (FluMist).

Họ Em Trẻ/Child's Last Name:	Tên Em Trẻ/Child's First Name:	Tuổi/Age:	Lớp/Grade:
Địa Chi/Address:	Điện Thoại Nhà/Home Phone: Điện Thoại Cầm Tay/Cell Phone: Điện Thoại Sờ/Work Phone:	Ngày Sinh/Date of Birth:	
Thầy giáo/Teacher:	Con quý vị có bao giờ được nhận thuốc chủng ngừa bệnh cúm trước đây không?	<input type="checkbox"/> CÓ/Yes <input type="checkbox"/> KHÔNG/No	
	Có phải em chỉ nhận được một liều thuốc chủng ngừa bệnh cúm trong lần đầu tiên em được chủng ngừa?	<input type="checkbox"/> CÓ/Yes <input type="checkbox"/> KHÔNG/No	

Để bảo vệ các trẻ em tới đa khỏi bệnh cúm, Centers for Disease Control (Trung Tâm Kiểm Soát Bệnh-CDC) đề nghị là các trẻ em dưới 9 tuổi, mà sẽ nhận chủng ngừa bệnh cúm mùa (FluMist) lần đầu tiên, nên nhận một liều thuốc thứ nhì trong vòng 4 tuần sau đó. CDC cũng đề nghị là các trẻ em dưới 9 tuổi mà chỉ nhận 1 liều thuốc trong năm đầu chủng ngừa nên nhận một liều thuốc thứ nhì trong năm kế tiếp.

Nếu quý vị trả lời **CÓ** cho **BẤT CỨ** câu hỏi nào dưới đây, con quý vị **không thích hợp** để nhận thuốc chủng ngừa bệnh cúm qua đường mũi, tuy nhiên con quý vị có thể nhận thuốc tiêm chủng ngừa bệnh cúm.

Nếu quý vị trả lời **KHÔNG CHO TẤT CẢ** các câu hỏi và muốn con quý vị nhận thuốc chủng ngừa bệnh cúm qua đường mũi, xin quý vị hãy ký tên dưới đây.

1. Con quý vị có bất cứ bệnh kinh niên hay dài hạn quan trọng nào liên quan đến thận, tim, hệ thần kinh, não, bệnh tiểu đường, phổi, (như cystic fibrosis-xơ nang), hay hệ thống huyết (như bệnh thiếu máu do tế bào hình liềm)?	<input type="checkbox"/> CÓ/Yes	<input type="checkbox"/> KHÔNG/No
2. Con quý vị có bệnh suyễn không?	<input type="checkbox"/> CÓ/Yes	<input type="checkbox"/> KHÔNG/No
3. Con quý vị có dị ứng nghiêm trọng cho các sản phẩm trứng, Gentamycin, gelatin, arginine hoặc một thuốc chủng ngừa cúm trước đây?	<input type="checkbox"/> CÓ/Yes	<input type="checkbox"/> KHÔNG/No
4. Con quý vị có đang uống thuốc có chất aspirin không?	<input type="checkbox"/> CÓ/Yes	<input type="checkbox"/> KHÔNG/No
5. Con quý vị có tiền sử chứng Guillian-Barre không?	<input type="checkbox"/> CÓ/Yes	<input type="checkbox"/> KHÔNG/No
6. Con quý vị có lấy hện để nhận thuốc chủng ngừa MMR, bệnh thủy đậu, chủng ngừa qua mũi, hay bệnh sốt vàng da trong tháng sau khi nhận thuốc chủng ngừa qua mũi này không?	<input type="checkbox"/> CÓ/Yes	<input type="checkbox"/> KHÔNG/No
7. Con quý vị có nhận bất cứ thuốc chủng ngừa nào trong câu hỏi số 6 trong tháng vừa qua không?	<input type="checkbox"/> CÓ/Yes	<input type="checkbox"/> KHÔNG/No
8. Con quý vị có sống với người nào mà đang được ghép tế bào gốc hoặc ghép tủy xương không?	<input type="checkbox"/> CÓ/Yes	<input type="checkbox"/> KHÔNG/No
9. Con quý vị có đang mang thai không?	<input type="checkbox"/> CÓ/Yes	<input type="checkbox"/> KHÔNG/No

Bất cứ trẻ em nào bị đau vào ngày chủng ngừa đều không thể nhận FluMist.

Lời Chấp Thuận:

Tôi đã nhận và đọc Lời Thông Báo Thông Tin về Chủng Ngừa (Vaccine Information Statement-VIS) về thuốc chủng ngừa bệnh cúm theo mùa qua đường mũi. Tôi đã có cơ hội để đặt câu hỏi về thuốc chủng ngừa. Tôi hiểu là thuốc chủng ngừa này được chấp nhận cho các trẻ em khỏe mạnh và đã kiểm lại các lý do một số các trẻ em không nên nhận thuốc chủng ngừa bệnh cúm theo mùa qua đường mũi. Tất cả các lý do trên không áp dụng cho con tôi. Tôi đồng ý cho con tôi được chủng ngừa bệnh cúm theo mùa qua đường mũi.

Tên Phụ huynh/Giám hộ:
(Name of parent/guardian)

Chữ ký Phụ huynh/Giám hộ:
(Signature of parent/guardian)

Ngày
(Date)

Office Use Only (Chỉ Dành Cho Văn Phòng Thôi)

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

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

1st Vaccine administered by: _____ Date: _____ 2nd Vaccine administered by: _____ Date: _____