



Mẫu Thăm Dò về Chứng Ngừa Cúm Heo H1N1
BỘ Y TẾ CÔNG CỘNG SAN FRANCISCO

Tên Bệnh Nhân (Họ) _____ (Tên) _____ Giới tính Nam/Nữ /Chuyển Giới
 Điện thoại () _____ - _____ Ngày sinh: ___ / ___ / _____ Tuổi _____
 Địa chỉ _____ Thành phố _____ Mã Bưu Chánh _____
 Quý vị thường được chăm sóc y tế từ: bệnh xá y tế công cộng phòng khám bác sĩ tư Kaiser
 khác _____

Chúng tôi có 2 loại Thuốc Chủng Cúm Heo H1N1. Xin đánh dấu vào một nơi quý vị muốn có:
 Chích thuốc ngừa cúm (chích – khử hoạt tính) → **Chỉ** đánh dấu vào Ô **A**, rồi **ký tên** ở bên dưới.
 Flu Mist (thuốc ngừa xịt vào mũi – siêu vi dạng sống) → **Chỉ** đánh dấu vào Ô **B**, rồi **ký tên** ở bên dưới.

Ô A

Có	Không	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đây có phải là lần đầu tiên quý vị được chích thuốc ngừa cúm không?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị đã từng bị phản ứng xấu khi chích thuốc ngừa cúm chưa?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị có bị dị ứng với trứng hay chất đạm trong trứng không?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị có bị dị ứng với bất cứ thành phần nào của thuốc chủng không?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị đã từng bị hội chứng Guillain-Barré chưa?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị hiện đang mang thai, hoặc nghĩ là mình có thể đang mang thai không?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hôm nay quý vị có bị sốt hay bị bệnh cấp tính không?

Ô B

Có	Không	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đây có phải là lần đầu tiên quý vị xịt thuốc FluMist không?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị đã từng bị phản ứng xấu với FluMist chưa?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị nhỏ hơn 2 tuổi hay lớn hơn 49 tuổi?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị có chủng ngừa bất cứ loại thuốc nào trong 28 ngày qua không? (Nếu có: loại nào? _____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị có bị bệnh hen suyễn, thở khò khè, hay bệnh phổi không?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị có bị bệnh thiếu máu, bạch cầu hay bệnh rối loạn về máu khác không?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị có bị bệnh tim, bệnh thận, bệnh về trao đổi chất, hoặc bệnh tiểu đường không?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị có bị suy giảm hệ thống miễn dịch không? (như, ung thư, HIV, suy giảm miễn dịch)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị có dùng loại thuốc nào làm đình trệ hệ thống miễn dịch không? (như hóa trị liệu, prednisone)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị có sống cùng hoặc chăm sóc ai đó có hệ thống miễn dịch bị suy giảm nghiêm trọng không? (như người đang được hóa trị liệu cho bệnh ung thư hoặc đang cấy ghép bộ phận cơ thể)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị có dưới 18 tuổi và đang điều trị bằng aspirin dài hạn không?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quý vị có bị dị ứng với chất Arginine không?

Tôi đã đọc hoặc đã được giải thích về “Thông Báo Thông Tin Thuốc Chủng Cúm Heo H1N1, 2009-10”. Tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi và đã được trả lời thỏa đáng. Tôi hiểu những lợi ích và rủi ro của thuốc chủng ngừa cúm H1N1 và yêu cầu dùng thuốc này cho tôi hay cho người mà được tôi ủy quyền để thực hiện yêu cầu này.

Chữ Ký của Khách Hàng: _____ Hôm Nay Ngày: _____

Nếu Khách Hàng là Trẻ Em: Chữ Ký Phụ Huynh/ Người Giám Hộ _____ Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ Bằng Chữ In _____ Mỗi Quan Hệ với Trẻ Em _____

PHẦN DÀNH RIÊNG CHO NHÂN VIÊN

<input type="checkbox"/> Sanofi-Pasteur	<input type="checkbox"/> 0.5mL IM	<input type="checkbox"/> Reg	Lot # _____	Chữ Ký của Y Tá _____
<input type="checkbox"/> Glaxo Smith Kline	<input type="checkbox"/> 0.25mL IM	<input type="checkbox"/> P-Free Pre-Filled	Site RD LD _____	