

患者同意书及注射型灭活流感疫苗禁忌症筛查清单

对于待接种疫苗的患者（儿童和成人）：

以下问题将帮助我们确定是否有任何理由今天不给您接种注射型灭活流感疫苗。如果您对任何问题回答“是”，这并不一定意味着您不应该接种疫苗，这只是意味着必须提出其他问题。如果问题不清楚，请让您的医疗保健提供者解释。

	是	否	不清楚
1. 您今天感觉不舒服吗？	☐	☐	☐
2. 您是否对流感疫苗的任何成分 严重 过敏？	☐	☐	☐
3. 您是否曾对流感疫苗出现过 严重 反应？	☐	☐	☐
4. 您是否曾患有吉兰-巴雷综合征？	☐	☐	☐
5. 您在近 6 个月内是否接受过任何癌症治疗或进行过骨髓/干细胞移植？	☐	☐	☐
6. 您在注射前、注射期间或注射后是否感到头晕或昏厥？	☐	☐	☐
7. 您对今天的注射感到焦虑吗？	☐	☐	☐

在下方签名，即代表您同意由下文列示的 Corvallis Clinic 工作人员接种疫苗，并确认您已阅读 2023-2024 年流感疫苗的疫苗信息声明 (VIS) 并了解风险和益处。

患者 _____ / _____ / _____
 姓名（打印体） 出生日期 签名（患者或法定监护人） 今日日期

CLINIC USE ONLY

Mfr.	Vaccine	Dose	Site	Location	VIS Date	Lot # / Exp. Date
Private Vaccines						Place vaccine sticker below <u>OR</u> fill in:
	 (≥6m)	0.5 mL	Deltoid Vastus Lateralis	R L	08/06/2021	
	 (≥65yr)	0.7 mL	Deltoid Vastus Lateralis	R L	08/06/2021	
	 (≥18yr)	0.5 mL	Deltoid Vastus Lateralis	R L	08/06/2021	
VFC Vaccines						Lot # _____
	 (≥6m)	0.5 mL	Deltoid Vastus Lateralis	R L	08/06/2021	Exp. Date _____
	 (≥6m)	0.5 mL	Deltoid Vastus Lateralis	R L	08/06/2021	
	 (≥6m)	0.5 mL	Deltoid Vastus Lateralis	R L	08/06/2021	

Administered by _____ / _____ / _____
 Name (print) Signature Today's Date & Time

Immunization Action Coalition. (2023, August 10). Screening Checklists. Retrieved from <http://www.immunize.org/handouts/screening-vaccines.asp>

UPDATED 08/23/2023