



Lincoln-Lancaster County
Health Department

Контрольний перелік питань

щодо протипоказань

до вакцинації для дітей та підлітків

Ім'я пацієнта _____

Дата народження _____ / _____ / _____
місяць день рік

Для батьків/опікунів: Наступні запитання допоможуть нам визначити, які вакцини ваша дитина може отримати сьогодні. Якщо ви відповідаєте «так» на будь-яке запитання, це необов'язково означає, що вашій дитині не слід вакцинуватися. Це лише означає необхідність поставлення додаткових запитань. Якщо запитання не зрозуміле, попросіть вашого медпрацівника пояснити його.

VFC: MC Underinsured Uninsured Alaskan/Native American

	Так	Ні	Не знаю
1 Чи взяли ви з собою карту вакцинації?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Чи дитина хвора сьогодні?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Чи має дитина алергію на лікарські препарати, продукти харчування, компоненти вакцини або латекс?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Чи була у дитина серйозна реакція на вакцинацію у минулому?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Чи є у дитини довготривалі проблеми із серцем, легенями (у тому числі астма), нирками, печінкою, нервовою системою або порушення обміну речовин (наприклад, цукровий діабет), хвороби крові, кохлеарний імплант, витік спинномозкової рідини або відсутня селезінка? Чи приймає вона регулярно аспірин або саліцилові препарати?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Для дітей віком від 2 до 4 років: Чи говорив вам медпрацівник, що у дитини хрипи або астма, в останні 12 місяців?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Для немовлят: Чи говорили вам будь-коли, що у дитини кишкова непрохідність?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Чи був у дитини, її брата, сестри або батьків епілептичний напад; чи має дитина хвороби головного мозку або інші хвороби нервової системи?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Чи діагностували у дитини будь-коли хвороби серця (міокардит або перикардит) або чи перенесла дитина мультисистемний запальний синдром у дітей (MIS-C) після зараження вірусом, що викликає COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Чи страждає дитина на хвороби імунної системи, як-от рак, лейкемія, ВІЛ/СНІД?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Чи приймала дитина за останні 6 місяців лікарські препарати, що впливають на імунну систему, як-от преднізон, інші стероїди або протипухлинні ліки; лікарські препарати для лікування ревматоїдного артриту, хвороби Крона чи псоріазу або піддавалася променевої терапії?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Чи батьки або брати і сестри дитини мали хвороби імунної системи?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Чи отримувала дитина імунний (гама) глобулін, кров/препарати крові або антивірусні препарати в минулому році?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Чи дитина/підліток вагітна(-ий)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Чи проходила дитина вакцинацію в останні 4 тижня?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Чи почувала дитина будь-коли запаморочення або слабкість до, під час або після вакцинації?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Чи хвилюється дитина щодо сьогоднішньої вакцинації?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Я отримав або прочитав Інформаційний бюлетень вакцини. <input type="checkbox"/> (поставте позначку)		Відмовився від Інформаційного бюлетеня вакцини <input type="checkbox"/> (поставте
Дата	Підпис особи, яка отримала імунізацію(-ї)/вакцинацію(-ї), або особи, уповноваженої на запит послуг (один з батьків/опікун, якщо дитина молодше 19 років)	Спорідненість (якщо підпис ставить не отримувач вакцини)
Ім'я перекладача (за необхідності)	Підпис перекладача (за необхідності)	Мова, з якої здійснювався переклад (за необхідності)



*** NOTE: This statement expires 14 days after the date this form is signed.

06/2024

www.immunize.org/catg.d/p4060.pdf · Item #P4060 (10/20) Ukrainian