

Лист вакцинування
(Vaccine Administration Record)

Інформація, зібрана у цій формі, буде використана для документального підтвердження дозволу на отримання вакцини(ин). Інформація може передаватися через Wisconsin Immunization Registry (Реєстр імунізації штату Wisconsin, WIR) іншим медичним працівникам, які безпосередньо працюють з пацієнтом, щоб забезпечити виконання календаря вакцинації. Зазначення інформації в цій формі є добровільним і Social Security number (номер соціального страхування) буде використовуватися батьком або опікуном для доступу до Wisconsin Immunization Registry (Реєстру імунізації штату Wisconsin).

Номер графіка

Ім'я пацієнта (прізвище, ім'я, ініціал середнього імені), включаючи дівоче прізвище в разі, якщо пацієнт перебуває у шлюбі.			Дівоче прізвище матері (прізвище, ім'я, ініціал середнього імені)		
Адреса	А/с	Місто	Округ	Штат	Поштовий індекс
Адреса електронної пошти (за наявності)		Домашній телефон ()		Робочий телефон (включаючи додатковий номер) ()	
Social Security number (Номер соціального страхування)		Дата народження (мм/дд/рррр)		Штат/країна народження пацієнта	
				Стать ☐ Чоловіча ☐ Жіноча	
Раса (позначте один варіант) ☐ Афроамериканець ☐ Американський індіанець або корінний житель Аляски ☐ Азіат ☐ Корінний житель Гавайських/тихоокеанських островів ☐ Білий ☐ Інше			Етнічна приналежність (позначте один варіант) ☐ Іспаномовний або латиноамериканець ☐ Не іспаномовний або не латиноамериканець		
Наявність права на участь в програмах (відзначте всі відповідні варіанти) Цей розділ необхідно заповнити.			☐ Американський індіанець/Корінний житель Аляски ☐ Право на участь у Medicaid		
			☐ BadgerCare ☐ Медична страховка відсутня		
			☐ Застрахований, вакцинація покривається страховкою ☐ Застрахований, вакцинація не покривається страховкою		
Ім'я лікаря		Назва страхової компанії		Назва школи або дитячого садка (при наявності)	
Ім'я батька або опікуна, відповідального за пацієнта (прізвище, ім'я, ініціал середнього імені)				Відношення до пацієнта	
Чи дозволені контакти з метою нагадування або відкликання? ☐ Так ☐ Ні			Чи бажаєте ви, щоб вам направлялися нагадування/відгуки? ☐ Так ☐ Ні		
Мені надали копію останньої версії Vaccine Information Statement (Інформаційного листа про вакцини, VIS), і я ознайомився з ним або мені пояснили інформацію про захворювання і вакцину(и), яку(і) буде використано. У мене була можливість задати питання, на які я отримав задовільні відповіді. Я усвідомлюю користь і ризики запитуваної вакцини(ин) і прошу, щоб вакцина(и) була(и) надана(і) мені або зазначеній вище особі, від імені якої я уповноважений направити цей запит. Програмою Wisconsin Medicaid накладаються обмеження на одержувачів платежів по рахунках щодо будь-якої(их) послуги(уг), яку(і) вона покриває. Я усвідомлюю, що якщо я є одержувачем послуг Medicaid/BadgerCare, з мене не може стягуватися адміністративний збір або з мене не можуть вимагати пожертви за введення будь-якої наданої вакцини.					
Я даю дозвіл на передачу записів про вакцинацію моєї дитини, включаючи ті, що були надані школі(ам), до Wisconsin Immunization Registry (Реєстру імунізації штату Wisconsin) та мого постачальника вакцин з метою ведення повної та точної документації, що сприяє повній вакцинації.					
Відзначте цей пункт тільки в тому випадку, якщо ви не надавали свого дозволу. ☐					
Підпис – особа, яка отримує вакцину, або особа, уповноважена підписувати документи від імені пацієнта.				Дата підписання	
X					

Ім'я пацієнта (прізвище, ім'я, ініціал середнього імені)

Вакцина	Шлях введення	Місце введення*	Виробник	Торгова назва вакцини	Номер партії	Дата публікації VIS
COVID-19	IM	RV LV RD LD				
DTaP	IM	RV LV RD LD				
Нер А	IM	RV LV RD LD				
Нер В	IM	RV LV RD LD				
Hib	IM	RV LV RD LD				
ВПЛ	IM	RV LV RD LD				
Грип	IN**					
	IM	RV LV RD LD				
Менінгококова	IM	RV LV RD LD				
MMR	IM або SC [§]	RV LV RD LD				
Віспа мавп	SC	RV LV RD LD				
	ID					
Пневмококова	IM	RV LV RD LD				
Поліомієліт	IM або SC	RV LV RD LD				
Ротавірус	Перорально					
PCV (вакцина)	IM	RV LV RD LD				
PCV (mAb)	IM	RV LV RD LD				
Td	IM	RV LV RD LD				
Кашлюк/Tdap	IM	RV LV RD LD				
Вітряна віспа	IM або SC	RV LV RD LD				
Оперізуючий герпес (RZV)	IM	RV LV RD LD				
Інше						
Інше						

* RV=правий бічний широкий м'яз стегна, LV=лівий бічний широкий м'яз стегна, RD=правий дельтоподібний м'яз стегна, LD=лівий дельтоподібний м'яз стегна, IM=внутрішньом'язово, SC=підшкірно, ID=внутрішньошкірно
** IN=інтраназально [§]Priorix (MMR) можна вводити лише шляхом SC

Підпис та посада – особа, яка вводить вакцину	Дата введення вакцини
X	

Адреса – клініка, відділ громадської охорони здоров'я