

Celvapan® İle Aşılama İçin

Bilgilendirilmiş Olur Formu

Aşı, A/California/07/2009 (H1N1)* pandemik suşa ait bir antijen içeren ve Vero hücreleri üzerinde oğaltılmış olan, inaktive edilmiş bir tam virion aşıdır.

	Erişkinlerin aşılanmasında	çocukların aşılanmasında
Size/ocuğunuza daha önce aşı yapılırken hiç şikyetler veya yan etkiler görüldü m?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Sizin/ocuğunuzun son 2 hafta içinde ateşi yükseldi mi? Sizde/çocuğunuzda řu anda öksürük, nezle, boğaz ağrısı var mı? řu anda başka bir enfeksiyon hastalığınız var mı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Sizin/ocuğunuzun herhangi bir alerjisi var mı? Varsa, nelere karşı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Sizde/çocuğunuzda doğuştan veya edinilmiş bir bağışıklık yetmezlik hastalığı var mı? (Siz/ocuğunuz, bağışıklık sistemi üzerinde etkili olan herhangi bir ilaç, örneğin kortizon alıyor musunuz? Siz/ocuğunuz kemoterapi veya ışın tedavisi görüyor mu?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Sizin/ocuğunuzun ağır veya kronik bir hastalığı var mı ve/veya řu anda veya geçmişte girişimsel bir tedavi gördünüz m?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Siz/ocuğunuz herhangi bir hemodilüsyon ilacı alıyor mu? Eğer alıyorsanız, hangileri?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Sizin/ocuğunuzun herhangi bir kronik inflamatuvar beyin veya omurilik hastalığı var mı? Siz/ocuğunuz daha nce hi epilepsi nbeti geirdiniz mi?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Hamile misiniz?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>

Daha sonra ortaya çıkabilecek reaksiyonlara karşı (bulantı, kollaps, alerji), kendi güvenliğiniz açısından, aşı yapıldıktan sonra 20 dakika boyunca doktorun rahatça erişebileceği bir yerde bulununuz.

Uyarı:

Yeni İnfluenza'ya karşı yapılan koruyucu aşı, farklı influenza virüslerinin yol açtığı „mevsimsel gribe“ karşı koruma sağlamaz.

Lütfen arka sayfaya geçiniz.

İşbu bilgi formunu dikkatlice okuduğumu ve anladığımı onaylıyorum. Bana aşının olası yan etkileri hakkında aydınlatıcı bilgi verilmiştir ve ben bu bilgileri anlamış bulunuyorum. Bir doktor ile, kendisine açıkça sorular sorarak görüşme imkânı buldum ve bunlara ilaveten sormak istediğim başka bir soru bulunmamaktadır.

Aşının yapılmasını kabul ediyorum.

Evet Hayır

Aşının çocuğuma yapılmasını kabul ediyorum

Evet Hayır

(Aşı yapılan kişi tarafından büyük harflerle doldurulmalıdır)

Soyadı: _____

Adı: _____

Doğum tarihi: _____

Sosyal Güvenlik Numarası: _____

Sosyal Güvenlik Kuruluşu: _____ --

Aşı yapılan kişi veya kanuni vasisinin imzası ve tarih: _____

Aşığı Yapan Yerin Adı _____

İşbu anket formu doktorla yapılan görüşmeyi desteklemek amacıyla yöneliktir, ancak bu görüşmenin yerine geçmez. Aşı yapılan kişiye benim ile şahsen görüşme imkânı verdim.

Doktorun imzası ve kaşesi: _____

Üretim serisi etiketi _____

Tarih _____

DOKTOR TARAFINDAN DOLDURULACAK