

# Sacramento City Unified School District

Liên lạc Ý Kiến Tra Lâm Sàng Viêm Màng Não

**CHÚ Ý:** Nếu con em quý vị đã tiêm chủng ngừa MCV4 đã yêu cầu từ 16 tuổi, cháu không cần tiêm chủng Viêm Màng Não nữa. Các trẻ em chưa tiêm chủng ngừa yêu cầu tiêm yêu cầu từ 11 tuổi 12 tháng và tiêm chủng ngừa tủy sống đầu tiên từ 16, nếu tiêm yêu cầu từ 13 và 15, một ngày trước ngày 16 tuổi 18.

Xin Nhận Tin Tức Theo Sau Khi Trẻ Ký tên

Con em quý vị yêu cầu điều chỉnh nhu cầu tiêm chủng ngừa Viêm Màng Não quý vị vui lòng điền trả lời các câu hỏi và ký tên vào ý kiến này. Vui lòng trả lời cho các câu hỏi để điền bên dưới để quý vị và gia đình biết về các vấn đề và các lựa chọn khác.

TÊN: \_\_\_\_\_ NGÀY SINH: \_\_\_\_\_ GIỚI TÍNH: Nam hay Nữ  
(Tên) (H) (mm-dd-yyyy)

SỐ ĐIỆN THOẠI PHÊ HUYNH: ( ) \_\_\_\_\_ ĐỊA CHỈ \_\_\_\_\_ THÀNH PHỐ \_\_\_\_\_ MÃ VÙNG: \_\_\_\_\_

Xin khoanh tròn vào Có hoặc Không cho các câu hỏi sau và trả lời T C I các câu hỏi

1) Mức độ đã nhận đủ chủng ngừa Viêm Màng Não trước đây chưa? _____ Nếu có, khi nào?	Có	Không
2) Mức độ có bất kỳ tình trạng dị tật bẩm sinh, chấn thương, hoặc các điều kiện khác không?	Có	Không
3) Mức độ có bao giờ gặp khó khăn về thính giác hoặc thị lực trước khi chủng ngừa trong quá khứ không? Nếu có, xin giải thích: _____	Có	Không
4) Quý vị có sẵn sàng cho trẻ tiêm chủng hôm nay không?		

Tôi đã nhận đủ thông tin về vắc-xin viêm màng não (VIS, 10/14/11). Tôi tin rằng tôi hiểu rõ những lợi ích và rủi ro của việc tiêm chủng và yêu cầu tiêm chủng trên ý kiến của tôi hay là ý kiến của người khác.

Chức ký \_\_\_\_\_ Ghi Họ Tên \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Tin Tức Phê Huynh – Xin viết thật rõ ràng.

Tên và Họ của Người M \_\_\_\_\_

Tên và Họ của Người Cha: \_\_\_\_\_

CHỈ DÀNH CHO TRẺ EM TỪ 18 TUỔI TRỞ XUỐNG. Xin hoàn thành ứng câu hỏi theo sau ý chúng tôi in vào hộp

	Có	Không
Cháu bé có là người dân vùng Đông Bắc hay người Alaska bản xứ không?		
Cháu bé có đang nhận dịch vụ CHDP hay Medi-Cal không?		
Cháu bé có bị dị tật bẩm sinh không?		
Cháu bé có nhận dịch vụ Healthy Families (gia đình) không?		

Date:	Vaccine / Mfg:	Lot #	Exp. Date:	Screening MD/RN/LVN	IZ Given By:	Route/ Site
	MCV4 0.5 mL	SP	U4055BA	6-14-13		IM LD RD