

辛辛那提儿童医院医疗中心

接种活体病毒疫苗知情同意书 水痘疫苗

(VIRUS VACCINE LIVE-CONSENT FORM VARICELLA (Chicken pox – Shingles) – Chinese)

是	否	对新霉素是否过敏？
是	否	对明胶是否过敏？
是	否	对水痘疫苗或其他疫苗是否发生过致命性过敏反应？
是	否	怀孕？（每次注射疫苗后的一个月内避免怀孕）
是	否	既往 7 天内是否患有急性疾病伴发热？
是	否	免疫抑制？（如癌症，白血病，淋巴瘤，艾滋病）
是	否	正接受免疫抑制或类固醇治疗？
是	否	常规服用阿司匹林？（疫苗每次接种后的六个星期内避免服用阿司匹林）
是	否	既往 5 个月内曾经输血或输注血浆？
是	否	既往 5 个月内接受过免疫球蛋白或水痘带状疱疹免疫球蛋白注射？

本人已经阅读过，或已经有人与我一起探讨过有关水痘疫苗的情况说明书。本人提出的所有疑问，都获得满意的解答。本人清楚了解此疫苗的益处和风险，并且要求院方替本人注射以下勾选注明的疫苗，或是经由授权，本人有权要求院方替以下所列姓名，注射以下勾选注明的疫苗。

社会保障号码

部门

出生日期

疫苗 # 1 水痘疫苗 (Varivax)

姓名 (正楷)

签名

日期

疫苗 # 2 水痘疫苗 (Varivax)

姓名 (正楷)

签名

日期

Employee Health Department Use Only

Vaccine # 1

Merck & Co. _____ Right arm SubQ _____ Date of VIS

Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination Left arm SubQ _____ Date VIS read

Vaccine # 2 Adverse Reaction to 1st vaccine _____

Merck & Co. _____ Right arm SubQ _____ Date of VIS

Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination Left arm SubQ _____ Date VIS read

Employee Health Nurse Signature

辛辛那提儿童医院医疗中心

接种活体病毒疫苗知情同意书 水痘疫苗

(VIRUS VACCINE LIVE-CONSENT FORM VARICELLA (Chicken pox – Shingles) – Chinese)