

辛辛那提儿童医院医疗中心

接种病毒疫苗知情同意书

甲型肝炎

(VIRUS VACCINE CONSENT FORM HEPATITIS A – Chinese)

是	否	以前对甲型肝炎疫苗或其他疫苗是否发生过严重过敏反应？
是	否	是否患有血小板减少症或出血障碍？
是	否	是否患有中度或重度疾病？
是	否	对氢氧化铝或2-苯氧乙醇防腐剂是否过敏？
是	否	免疫抑制？（如癌症，白血病，淋巴瘤，艾滋病）

本人已经阅读过，或已经有人与我一起探讨过有关甲型肝炎疫苗的情况说明书。本人所提出的所有疑问，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**    甲肝疫苗

\_\_\_\_\_  
姓名 (正楷)

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
日期

**疫苗 # 2**    甲肝疫苗

\_\_\_\_\_  
姓名 (正楷)

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
日期

Employee Health Department Use Only

**Vaccine # 1**

\_\_\_\_\_  
Manufacturer   Lot#   Exp Date   Date of Vaccination    Right arm IM   \_\_\_\_\_ Date of VIS  
 Left arm IM   \_\_\_\_\_ Date VIS read

\_\_\_\_\_  
Employee Health Nurse Signature

**Vaccine # 2**

Averse Reaction to 1<sup>st</sup> vaccine \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Manufacturer   Lot#   Exp Date   Date of Vaccination    Right arm   \_\_\_\_\_ Date of VIS  
 Left arm   \_\_\_\_\_ Date VIS read

\_\_\_\_\_  
Employee Health Nurse Signature