辛辛那提儿童医院医疗中心

接种病毒疫苗知情同意书 破伤风和白喉

(VIRUS VACCINE CONSENT FORM TETANUS AND DIPTHERIA – Chinese)

	是		否	对硫柳汞或水银制品是否过敏？
	是		否	对破伤风和白喉疫苗或其他疫苗是否发生过致命性过敏反应？
	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	患有出血障碍或凝血功能障碍，或血小板减少症？

本人已经阅读过，或已经有人与我一起探讨过破伤风和白喉疫苗的情况说明书。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 □ 破伤风和白喉疫苗（Td）

_____ _____ _____

姓名（正楷）　　签名　　日期

Employee Health Department Use Only

Vaccine # 1

_____ _____ _____ _____ □ Right arm IM _____ Date of VIS

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

_____

Employee Health Nurse Signature