

# Sacramento City Unified School District

kinh nghiệm Kỹ Thuật Tra Lâm Sàng Viêm Màng Não

**CHÚ Ý:** Nếu con em quý vị đã tiêm chủng ngừa MCV4 đã yêu cầu từ 16 tuổi trở lên, cháu không cần tiêm chủng Viêm Màng Não nữa. Các trẻ em chưa tiêm chủng ngừa yêu cầu tiêm yêu cầu từ 11 tuổi đến 12 tuổi, tiêm chủng ngừa tủy sống đầu tiên từ 16, năm tiêm chủng tiếp theo từ 13 và 15, một lần nữa tiêm chủng từ 16 tuổi đến 18.

Xin Nhận Tin Tức Theo Sau Khi Trả Khi Ký tên

Con em quý vị yêu cầu điều chỉnh nhu cầu tiêm chủng ngừa Viêm Màng Não quý vị vui lòng trả lại phiếu các câu hỏi và ký tên vào phiếu này. Vui lòng trả lại phiếu cho các câu hỏi để điền bên dưới của quý vị và điền vào các ô trống. **Điền vào ô trống: 3A-E 6A ! EPĐA E**

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 lại phiếu các câu hỏi

1) Mức độ đã nhận tiêm chủng ngừa Viêm Màng Não trước đây chưa? _____ Nếu có, khi nào?	Có	Không
2) Mức độ có bất kỳ triệu chứng nghiêm trọng từ thuở nhỏ, thực phẩm, chôn cất từng hợp, hay các cơ khác không?	Có	Không
3) Mức độ có bao giờ gặp phải tình trạng mất ý thức hoặc chứng ngừa trong quá khứ không? Nếu có, xin ghi thích: _____	Có	Không
4) Quý vị có cảm thấy khó khăn hôm nay không?		

Tôi đã nhận ý kiến sao về tin tức về tiêm chủng ngừa Viêm Màng Não (VIS, 10/14/11). Tôi tin rằng tôi hiểu rõ những lợi ích hay rủi ro của việc tiêm chủng và yêu cầu tiêm chủng trên yêu cầu cho tôi hay về mức độ tên ở trên mà tôi yêu cầu quý vị ký.

\_\_\_\_\_ Chó ký \_\_\_\_\_ Ghi Họ Tên \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Tin Tức Phê Huynh – Xin viết thật rõ ràng.

Tên và Họ của Ngmi M: \_\_\_\_\_

Tên và Họ của Ngmi 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 gốc Da Đỏ hay Ngmi Alaska 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 (y 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