

Flu Vaccine Consent Form

School Name: _____ Clinic Date: _____

PLEASE COMPLETE ALL OF THE INFORMATION BELOW - **Please print using ink** (Incomplete forms will not be accepted)

FIRST NAME of student:		MIDDLE INITIAL		LAST NAME of student:		SUFFIX (Jr., III, etc)
Gender: Male Female	Birthdate: (mo,day,yr)			Age	Homeroom Teacher/Grade	
Address				Phone # () -	Mother's Maiden Name: (For registry)	
City	Zip Code	State		Race: (Circle one) African American / Black White Alaskan/ Native-American Asian Hawaiian / Pacific Islander Other Ethnicity: (circle one) Hispanic Non-Hispanic		
Email address:						

The current health care laws require us to bill your insurance company for the vaccine. The service is offered at no cost to you. Answers are always confidential.

Please fill out the following questions pertaining to your health insurance:

Medicaid <input type="checkbox"/>	No insurance <input type="checkbox"/>	Insurance Company:
Policy Holder's First Name:		Policy Holder's Last Name:
Member ID:		Policy Holder's Date of Birth: (mo,day,yr)

CHECK YES OR NO FOR **EACH** QUESTION

YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Has your child ever had a life-threatening reaction(s) to the flu vaccine in the past?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Has your child ever had Guillain-Barre' syndrome?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Does your child have an allergy to eggs?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Does your child have a blood disorder such as hemophilia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Will this be the first time your child has ever received a flu vaccination?



I have read the information about the vaccine and special precautions on the Vaccine Information Sheet. I am aware that I can locate the most current Vaccine Information Statement and other information at www.immunize.org or www.cdc.gov. I have had an opportunity to ask questions regarding the vaccine and understand the risks, benefits and alternatives I understand that it is not possible to predict all possible side effects or complications associated with receiving vaccines. I request and voluntarily consent for the vaccine to be given to the person listed above of whom I am the parent or legal guardian and having legal authority to make medical decisions on their behalf. I acknowledge no guarantees have been made concerning the vaccine's success. On behalf of my child and our heirs, I hereby release MaxVax LLC., affiliates, affiliated schools of nursing, their directors, employees and agents from any and all liability arising from any act or omission which arises during or in connection with a vaccination. I understand this consent is valid for 6 months and that I will make the school aware of any health changes prior to the vaccination clinic date. I acknowledge that I am giving permission for MaxVax LLC. To file, adjudicate and appeal claims with my insurance providers on my behalf. Clinic dates when the vaccine will be administered can be obtained from the school. I understand that the health-related information on this form will be used for insurance billing purposes and the Personal Health Information contained herein will be protected per the law. I understand the purposes/benefits of Florida SHOTS, Florida's immunization registry and I request and voluntarily consent for the vaccine to be given and recorded in Florida SHOTS for the person listed above.

Printed Name of Parent/Guardian

Signature of Parent/Guardian

Relationship to child

Date

VIS CDC IIV 08/06/2021
 LOT Number: _____
 RN # _____
 FLUCELVAX
 EXP Date: _____
 Date: _____
AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY

Health Hero Florida
 320 1st St N #103
 Jacksonville Beach, FL 32250
help@beahealthhero.com
www.beahealthhero.com



Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): *What you need to know*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.imz.unizg.hr. Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.imz.unizg.hr/es

1. Why get vaccinated?

Influenza vaccine can prevent influenza (flu).

Flu is a contagious disease that spreads around the United States every year, usually between October and May. Anyone can get the flu, but it is more dangerous for some people. Infants and young children, people 65 years and older, pregnant people, and people with certain health conditions or a weakened immune system are at greatest risk of flu complications.

Pneumonia, bronchitis, sinus infections, and ear infections are examples of flu-related complications. If you have a medical condition, such as heart disease, cancer, or diabetes, flu can make it worse. Flu can cause fever and chills, sore throat, muscle aches, fatigue, cough, headache, and runny or stuffy nose. Some people may have vomiting and diarrhea, though this is more common in children than adults. In an average year, **thousands of people in the United States die from flu**, and many more are hospitalized. Flu vaccine prevents millions of illnesses and flu-related visits to the doctor each year.

2. Influenza vaccines

CDC recommends everyone 6 months and older get vaccinated every flu season. **Children 6 months through 8 years of age** may need 2 doses during a single flu season. **Everyone else** needs only 1 dose each flu season.

It takes about 2 weeks for protection to develop after vaccination.

There are many flu viruses, and they are always changing. Each year a new flu vaccine is made to protect against the influenza viruses believed to be likely to cause disease in the upcoming flu season.

Even when the vaccine doesn't exactly match these viruses, it may still provide some protection.

Influenza vaccine does not cause flu.

Influenza vaccine may be given at the same time as other vaccines.

3. Talk with your health care provider

Tell your vaccination provider if the person getting the vaccine:

- Has had an **allergic reaction after a previous dose of influenza vaccine**, or has any **severe, life-threatening allergies**
- Has ever had **Guillain-Barré Syndrome** (also called "GBS")

In some cases, your health care provider may decide to postpone influenza vaccination until a future visit.

Influenza vaccine can be administered at any time during pregnancy. People who are or will be pregnant during influenza season should receive inactivated influenza vaccine.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting influenza vaccine.

Your health care provider can give you more information.

4. Risks of a vaccine reaction

- Soreness, redness, and swelling where the shot is given, fever, muscle aches, and headache can happen after influenza vaccination.
- There may be a very small increased risk of Guillain-Barré Syndrome (GBS) after inactivated influenza vaccine (the flu shot).

Young children who get the flu shot along with pneumococcal vaccine (PCV13) and/or DTaP vaccine at the same time might be slightly more likely to have a seizure caused by fever. Tell your health care provider if a child who is getting flu vaccine has ever had a seizure.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

5. What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call 9-1-1 and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at www.vaers.hhs.gov or call 1-800-822-7967. *VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff members do not give medical advice.*

6. The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines. Claims regarding alleged injury or death due to vaccination have a time limit for filing, which may be as short as two years. Visit the VICP website at www.hrsa.gov/vaccinecompensation or call 1-800-338-2382 to learn about the program and about filing a claim.

7. How can I learn more?

- Ask your health care provider.
- Call your local or state health department.
- Visit the website of the Food and Drug Administration (FDA) for vaccine package inserts and additional information at www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Call 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) or
 - Visit CDC's website at www.cdc.gov/flu.



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

Vaccine Information Statement
Inactivated Influenza Vaccine

42 U.S.C. § 300aa-26
8/6/2021

OFFICE
USE
ONLY



FORMA DE CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE

Nombre de la escuela: _____

POR FAVOR COMPLETA TODA LA INFORMACION A CONTINUACION – IMPRIMA CON TINTA (NO SE ACEPTARAN FORMULARIOS INCOMPLETOS)

NOMBRE de Estudiante:				Segundo Nombre				APELLIDO de Estudiante:				SUFIJO (Jr., III, etc)			
Género: Niño o Niña				Nacimiento: (mes,día,año)				Edad				Profesor del salon / Grado			
Dirección								Teléfono # () -				Apellido de Soltera de la Madre			
Ciudad				Código postal				Estado				Carrera Estudiantil: (Círculo uno) Afroamericano Blanco Alaskan/ Nativo-Americano Asiático Hawaiano/Isleño del Pacífico Otro Origen Etnico: (círculo uno) Hispana O No hispanos			
Dirección de correo electrónico:															

Las leyes vigentes en materia de atención médica nos obligan a facturar la vacuna a su compañía de seguros. El servicio se ofrece sin costo para usted. Las respuestas son siempre confidenciales.

Por favor complete las siguientes preguntas acerca de su Seguro medico

Medicaid <input type="checkbox"/>				Mi hijo NO tiene seguro médico <input type="checkbox"/>				Compañía de Seguros:			
Titular de la póliza Nombre:								Titular de la póliza Apellido:			
ID de Miembro:								Fecha de nacimiento del titular de la póliza: (mes,día,año)			

CHECK SI O NO PARA CADA PREGUNTA

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe en el pasado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Tu hijo ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Su hijo tiene alergia a los huevos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Su hijo tiene un trastorno de la sangre como hemofilia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Es la primera vez q su hijo recibe una vacuna contra la gripe?



He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de Información de Vacunas. Soy consciente de que puedo localizar la Declaración de Información sobre Vacunas más reciente y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entender los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna se dé a la persona mencionada anteriormente de quien soy el padre o tutor legal y que tenga autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han hecho garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero el sistema escolar, MaxVax LLC., y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que voy a hacer que la escuela sea consciente de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso a MaxVax, LLC. para resolver y apelar con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de la clínica se pueden obtener de la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación de seguros y su privacidad estará protegida. Solicito y consiento voluntariamente que se le dé la vacuna y se registre en Florida SHOTS para la persona mencionada anteriormente. Soy el padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre.

Nombre impreso del padre/tutor _____ Firma del Padre/Tutor _____ Relación con el niño _____ Fecha _____

VIS CDC IIV 08/06/2021
 LOT Number: _____
 RN # _____
 FLUCELVAX
 EXP Date: _____
 Date: _____
 AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY

Health Hero Florida
 320 1st St N #103
 Jacksonville Beach, FL 32250
help@beahealthhero.com
www.beahealthhero.com



DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): Lo que necesita saber

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la influenza puede prevenir la influenza (gripe).

La gripe es una enfermedad contagiosa que se propaga cada año en Estados Unidos, generalmente entre octubre y mayo. Aunque cualquiera puede contraer la gripe, es más peligrosa para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, personas de 65 años o más, embarazadas y las personas con ciertas enfermedades o sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe.

La neumonía, bronquitis, infecciones sinusales e infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarla.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolor muscular, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Aunque algunas personas podrían tener vómito y diarrea, esto es más frecuente en niños que en adultos.

En un año promedio, miles de personas mueren por influenza en Estados Unidos y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene cada año millones de casos de la enfermedad y visitas al médico relacionadas con la gripe.

2. Vacuna contra la influenza

Los CDC recomiendan que todas las personas de 6 meses o más se vacunen en cada temporada de gripe. En niños de 6 meses a 8 años, se podrían necesitar 2 dosis durante una sola temporada de gripe. Todos los demás necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se produce una nueva vacuna contra la gripe, para proteger contra los virus de la influenza que se cree que probablemente causen enfermedad en la temporada venidera de gripe. Incluso si la vacuna no coincide exactamente con estos virus, todavía brindaría cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **Guillain-Barré Syndrome** (también llamado "GBS")

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza hasta una visita futura.

La vacuna contra la gripe se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo. Las personas que están o estarán embarazadas durante la temporada de influenza deben recibir la vacuna inactivada contra la influenza.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad

moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra la influenza. Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

• Podría haber dolor, enrojecimiento e hinchazón en el sitio de la inyección, fiebre, dolor muscular y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.

• Es posible un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el Guillain-Barré Syndrome (GBS) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben juntas la vacuna contra la gripe y la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP podrían tener probabilidades levemente mayores de convulsiones causada por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si un niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido convulsiones alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al 9-1-1 y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al 1-800-822-7967. El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.

6. Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallos de tiempo para la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en www.hrsa.gov/vaccinecompensation o llame al 1-800-338-2382 para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
 - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
 - Visite el sitio web de los CDC en www.cdc.gov/vaccines.



Formulário de Consentimento para Vacina da Gripe

Nome da escola: _____ Data da clínica: _____

COMPLETAR TODAS AS INFORMAÇÕES ABAIXO - **Imprima usando tinta** (Formulários incompletos não serão aceitos)

NOME do aluno:				INICIAL DO MEIO	SOBRENOME do aluno:				SUFIXO (Jr., etc.)
Sexo: Masc. Femin.		Data Nasc.: (mês,dia,ano)		Idade		Professor da sala/ano			
Endereço					Telefone # () -		Nome de solteira da mãe: (para registro)		
Cidade		CEP		Estado		Raça: (círculo um) Afro-americano / Negro Branco Alasquiano/ Nativo americano Asiático Havaiano / Ilhas do Pacífico Outra Etnia: (círculo um) Hispânico Não-Hispânico			
E-mail:									

As leis atuais de assistência médica exigem que façamos a cobrança à sua seguradora. O serviço é oferecido sem qualquer custo para você. As respostas são sempre confidenciais.

Preencha as seguintes perguntas referentes ao seu seguro de saúde:

Medicaid <input type="checkbox"/>		Sem seguro <input type="checkbox"/>		Seguradora:					
Nome do titular da apólice:				Sobrenome do titular da apólice:					
Núm. de afiliação:				Data de nascimento do titular: (mês,dia,ano)					

MARQUE SIM OU NÃO PARA **CADA** PERGUNTA

SIM	NÃO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Seu filho já teve alguma(s) reação(s) à vacina contra a gripe no passado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Seu filho já teve a síndrome de Guillain-Barre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Seu filho já teve alergia a ovos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Seu filho tem distúrbio sanguíneo, como hemofilia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Será a primeira vez que seu filho recebe uma vacina contra a gripe?



Eu li as informações sobre a vacina e as precauções especiais no Folheto Informativo sobre Vacinas. Estou ciente de que posso localizar a Declaração Informativa sobre Vacinas mais recente e outras informações em www.immunize.org ou www.cdc.gov. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre a vacina e compreender os riscos, benefícios e alternativas. Compreendo que não é possível prever todos os possíveis efeitos secundários ou complicações associadas ao recebimento de vacinas. Solicito e autorizo voluntariamente que a vacina seja administrada à pessoa mencionada acima, da qual sou pai ou responsável legal e tenho autoridade legal para tomar decisões médicas em seu nome. Eu reconheço que não foram dadas garantias quanto ao sucesso da vacina. Em nome do meu filho e dos nossos herdeiros, isento a MaxVax LLC., afiliados, escolas de enfermagem afiliadas, seus diretores, funcionários e agentes de toda e qualquer responsabilidade decorrente de qualquer ato ou omissão que surja durante ou em conexão com uma vacinação. Entendo que este consentimento é válido por 6 meses e que farei com que a escola tome conhecimento de qualquer mudança de saúde antes da data de vacinação da clínica. Reconheço que estou dando permissão para a Maxvax LLC apresentar, julgar e apelar reclamações com minha seguradora em meu nome. Dados clínicos em que a vacina será administrada podem ser obtidas na escola. Entendo que as informações relacionadas à saúde neste formulário serão usadas para fins de faturamento do seguro e as Informações Pessoais de Saúde aqui contidas serão protegidas por lei. Entendo os objetivos/benefícios da Florida SHOTS, o registro de imunização dado pela Flórida, e solicito e autorizo voluntariamente que a vacina seja administrada e registrada na Florida SHOTS para a pessoa listada acima.

Nome do Pai / Responsável Legal

Assinatura do Pai / Responsável Legal

Parentesco com a criança

Data

VIS CDC IIV 06/08/2021

FLUCELVAX

Número do LOTE:

Data de validade:

RN #

Data:

ÁREA DE USO EXCLUSIVO DA ADMINISTRAÇÃO OFICIAL

Health Hero Florida

320 1st St N #103

Jacksonville Beach, FL 32250

help@beahealthhero.com

www.beahealthhero.com

DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE VACINA

Vacina da influenza (gripe) (inativada ou recombinante): O que você precisa saber

Muitas vacinas de informação adicionais em português em português e em outros idiomas. See www.immunize.org/vs

Muitas declarações de informações sobre vacinas estão disponíveis em português e outros idiomas. Consulte www.immunize.org/vs

1. Por que se vacinar?

A vacina da influenza pode prevenir a influenza (gripe).

Gripe é uma doença contagiosa que se espalha pelos Estados Unidos todos os anos, normalmente entre outubro e maio. Qualquer um pode pegar gripe, mas ela é mais perigosa para algumas pessoas. Bebês e crianças pequenas, pessoas idosas a partir de 65 anos, pessoas grávidas, e pessoas com certas condições de saúde ou sistema imunológico enfraquecido estão em maior risco de complicações da gripe.

Pneumonia, bronquite, infecções sinusais e infecções de ouvido são exemplos de complicações relacionadas à gripe. Se você tem uma condição médica, como doença cardíaca, câncer ou diabetes, a gripe pode piorá-la.

A gripe pode causar febre e calafrios, dor de garganta, dores musculares, fadiga, tosse, dor de cabeça e nariz escorrendo ou congestionado. Algumas pessoas podem apresentar vômito e diarreia, embora isso seja mais comum em crianças do que em adultos.

Em um ano médio, milhares de pessoas nos Estados Unidos morrem de gripe, e muitas outras são hospitalizadas. A vacina da gripe previne milhões de doenças e consultas médicas por gripe todos os anos.

2. Vacinas da influenza

O CDC recomenda que todos a partir de 6 anos se vacinem em cada temporada de gripes. **Crianças de 6 meses a 8 anos de idade** podem precisar de 2 doses durante uma única temporada de gripes. **As outras pessoas** precisam apenas de 1 dose em cada temporada de gripes.

Leva cerca de 2 semanas para o desenvolvimento da proteção após a vacinação.

Influenza (inactivated or recombinant) VIS - Portuguese (8/6/21)

Há muitos vírus da gripe e eles estão sempre em mutação. A cada ano uma nova vacina da gripe é criada para proteger contra os vírus da influenza que acredita-se que sejam a causa da doença na próxima temporada de gripes. Mesmo que a vacina não corresponda exatamente a esses vírus, ela ainda pode fornecer alguma proteção.

A vacina da influenza **não causa gripe**.

A vacina da influenza pode ser fornecida ao mesmo tempo que outras vacinas.

3. Converse com seu profissional de saúde

Diga ao seu profissional de saúde se a pessoa que receber a vacina:

- Teve uma reação alérgica após uma dose anterior da vacina da influenza, ou teve qualquer reação grave e com risco à vida
- Já teve Síndrome de Guillain-Barré (também chamada "GBS")

Em alguns casos, o seu profissional de saúde pode decidir adiar a vacinação da influenza até uma consulta futura.

A vacina da influenza pode ser administrada a qualquer momento durante a gravidez. Pessoas que estão ou ficarão grávidas durante a temporada de influenza devem receber a vacina inativada para influenza.

Pessoas com doenças mais leves, como um resfriado, podem ser vacinadas. Pessoas com doenças moderadas ou graves normalmente devem aguardar até que se recuperem antes de receber a vacina da influenza. Seu profissional de saúde pode fornecer mais informações.

4. Riscos de uma reação à vacina

- Dor, vermelhidão e inchaço no local da injeção, febre, dores musculares e dor de cabeça podem ocorrer após a vacinação da influenza.
- Pode haver um risco levemente aumentado de Síndrome de Guillain-Barré (GBS) após a vacina inativada para influenza (a vacina da gripe).

Crianças jovens que receberam a vacina da gripe juntamente com vacina pneumocócica (PCV13) e/ou vacina de DTap ao mesmo tempo podem apresentar uma leve probabilidade de ter uma convulsão causada por febre. Avise o profissional de saúde se a criança que estiver recebendo a vacina da gripe já teve convulsão.

As pessoas às vezes desmaiam após procedimentos médicos, incluindo vacinação. Avise o profissional de saúde se sentir tontura ou tiver alterações na visão ou zumbido nos ouvidos.

Assim como com qualquer medicamento, existe uma chance muito remota de uma vacina causar reação alérgica grave, outros ferimentos graves ou morte.

5. E se houver um problema grave?

Uma reação alérgica pode ocorrer após a pessoa vacinada sair da clínica. Se você perceber sinais de uma reação alérgica grave (urticária, inchaço do rosto e garganta, dificuldade para respirar, batimento cardíaco acelerado, tontura ou fraqueza), ligue para 9-1-1 e leve a pessoa ao hospital mais próximo.

Para outros sinais que o preocupam, ligue para seu profissional de saúde.

Reações adversas devem ser relatadas ao Sistema de Relatórios de Eventos Adversos de Vacinas (VAERS).

Seu profissional de saúde normalmente preencherá este relatório ou você mesmo pode fazê-lo. Visite o site do VAERS em www.vaers.hhs.gov ou ligue para 1-800-822-7967. O VAERS serve apenas para relatar reações, e membros da equipe VAERS não fornecem orientações médicas.

6. O Programa Nacional de Compensação por Lesões por Vacinas

O Programa Nacional de Compensação por Lesões por Vacinas (VICP) é um programa federal que foi criado para compensar pessoas que podem ter sido lesionadas por certas vacinas. Alegações de supostas lesões ou morte devido à vacinação têm um limite de tempo para serem encaminhadas, o que pode ser no máximo dois anos. Visite o site do VICP em www.hrsa.gov/vaccinecompensation ou ligue para 1-800-338-2382 para saber mais sobre o programa e como encaminhar uma alegação.

7. Como posso saber mais?

- Pergunte ao seu profissional de saúde.
- Ligue para o seu departamento de saúde local ou estadual.
- Visite o site da Food and Drug Administration (FDA) para as bulas das vacinas e mais informações em www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Entre em contato com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC):
 - Ligue para 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) ou
 - Visite o site do CDC em www.cdc.gov/flu.



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

Portuguese Translation provided by Massachusetts Dept. of Public Health, Immunization Program

Vaccine Information Statement

Inactivated Influenza Vaccine

42 U.S.C. § 300aa-26
8/6/2021

APR 25 2021
PAIN 10/10/21
ESCRIBIDOR



Fòmilè Konsantman pou Vaksen Kont Lagrip

Non Lekòl la: _____

TANPRI RANPLI TOUT ENFÔMASYON KI PI BA YO – Tanpri enprime pandan w ap itilize lank (Nou pa aksepte fòmilè ki pa fin ranpli)

PRENON Elèv la:		DEZYÈM PRENON		NON FANMI Elèv la:	
Sèks: Gason Fi	Dat Nesans: (mwa,jou,ane)			Laj	Pwofesè Prensipal/Klas
Adrès			# Telefòn () -	Non Jèn Fi Manman an: (Pou rejis)	
Vil	Kòd Postal	Eta		Ras Elèv la: (Antoure youn) Afwo-Ameriken/ Nwa Blan, Abitan Alaska/ Natif-Ameriken Azyatik Abitan Hawaii/ Abitan Zile Pasifik Oswa Lòt Orjin Etnik: (Antoure youn) Ispanik Non-Ispanik	
Adrès Imèl:					

Aktyèl lwa sou swen sante a oblije yo pou faktire konpayi asirans ou an pou vaksen an. Yo ofri w sèvis sa a gratis. Repons yo toujou konfidansyèl.

Tanpri ranpli kesyon sa yo ki konsène asirans sante timoun ou an:

Medicaid <input type="checkbox"/>	Okenn asirans <input type="checkbox"/>	Konpayi Asirans:
Prenon Moun ki Genyen Politik la:		Non Fanmi Moun ki Genyen Politik la:
ID Manm:		Dat Nesans Moun ki Genyen Politik la: (mwa,jou,ane)

TCHEKE WI OSWA NON POU **CHAK** KESYON

WI	NON	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Èske timoun ou an te fè reyaksyon mòtèl deja ak vaksen kont lagrip la nan pase?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Èske timoun ou an te fè sendwòm Guillain-Barre deja?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Èske timoun ou an alèji ak ze?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Èske timoun ou an genyen yon maladi nan san tankou emofili?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Èske se premye fwa timoun ou an pral resevwa yon vaksen kont lagrip?



Mwen te li enfòmasyon sou vaksen an ak prekosyon espesyal yo ki nan Fich Enfòmasyon Vaksen an. Mwen konnen mwen ka jwenn dènye Deklarasyon Enfòmasyon sou Vaksen an ak lòt enfòmasyon yo nan www.immunize.org oswa www.cdc.gov. Yo te ban m yon okazyon pou m poze kesyon ki konsène vaksen an epi mwen konprann risk ak avantaj yo. Mwen mande epi mwen volontèman bay konsantman pou yo vaksinen moun ki mansyone pi wo a ke mwen se paran oswa responsab legal li epi mwen gen otorite legal pou pran desizyon medikal li mande sa. Mwen rekonèt yo pa bay okenn garanti konsènan reyisit vaksen an. Ak dokiman sa a, mwen dezangaje sistèm lekòl yo, MaxVax LLC., afilye li yo, lekòl enfimye ki afilye yo, direktè yo, anplwaye ak ajan yo de tout responsablite ki sot nan nenpòt aksidan oswa zak omisyon ki rive pandan vaksinasyon an. Mwen konprann ke konsantman sa a valid pandan 6 mwa epi m ap mete lekòl la okouran konsènan tout chanjman sou sante anvan dat klinik vaksinasyon an. Mwen rekonèt ke m ap bay MaxVax LLC pèmision pou jije ak pou fè apèl demann yo bò kote konpayi asirans mwen yo lè mwen mande sa. Ou ka jwenn dat klinik yo nan lekòl la. Mwen konprann epi mwen volontèman bay konsantman m pou yo bay moun ki mansyone pi wo a vaksen an epi anrejistre l nan Florida SHOTS.

Non Paran/Responsab Legal an Karaktè Enprimi _____ Siyati Paran/Responsab Legal _____ Relasyon ak Timoun nan _____ Dat _____

VIS CDC IIV 08/15/2019
Nimewo Seri: _____
Rejis _____
FLUCELVAX
Dat EKSP: _____
Dat: _____
ESPAS POU UTILIZASYON ADMINISTRASYON OFISYÈL LA
SÈLMAN

Health Hero Florida
320 1st St N #101
Jacksonville Beach, FL 32250
help@beahealthhero.com

HEALTH HERO FLORIDA
You Keep Them Learning.
We Keep Them Healthy.

DEKLARASYON ENFÔMASYON SOU VAKSEN

Vaksinasyon kont Grip (Dezaktive oswa Rekombine): Sa ou Dwe Konnen

Many vaccine information statements are available in Haitian Creole and other languages. See www.immunize.org/vis

Genyen plizyè deklarasyon enfòmasyon sou vaksen an ki disponn nan lang genyèl ak lòt lang yo. Gade sou www.immunize.org/vis

1. Poukisa pou pran vaksen?

Vaksinasyon kont grip kapab anpeche pran grip.

Grip se yon maladi ki ki kontajye epi ki pwopaje nan peyi Etazini chak ane, jenerelman ant mwa oktòb ak me. Nempòt moun kapab pran grip, men li gen plis danje pou kèk moun. Tibe ki fèk fèt ak jèn timoun yo, moun ki gen plis pase 65 lane ak plis yo, fann ansest, ak moun ki gen maladi sante oswa yon sistèm iminite ki fèb yo genyen plis risk komplikasyon grip.

Nemoni, bwonchit, enfeksyon sinizit, ak nan zòtyè sa yo egzantp komplikasyon ki gen rapò ak grip. Si w genyen yon maladi medikal, tankou maladi nan kè, kansè, oswa dyabèt, grip lan kapab anpeche li. Grip lan kapab ba ou lafyè ak frison, mal gò, oute nan mièk, fatig, tous, malèt, epi fè nen ou koule oswa bouche nen ou genyen kèk moun ki kapab vonni epi ba li dyare, byenke sa plis kouran lakay timoun pase akay granmoun yo.

An mwayer, chak ane, **genyen plizyè mlye moun nan peyi Etazini ki mouri se grip ki touye yo**, epi genyen plizyè ki entè lopital. Vaksinasyon kont grip anpeche plizyè mlyon maladi epi vizit ki gen rapò ak grip lakay doktè chak ane.

2. Vaksinasyon kont grip

CDC fè rekòmandasyon pou tout moun ki gen sis (6) mwa oswa plis yo pran kont grip chak tè gen sezon grip. **Timoun ki gen sis (6) mwa jiska uit (8) lane yo kapab genyen bezwen de (2) doz pandan menm sezon grip la. Tout lòt moun yo bezwen yon (1) sèl doz chak sezon grip.**

Sa ap pran anviwon de (2) semèn pou pwoteje kont grip lan aprè w fin pran vaksen an.

Genyen plizyè viris grip, epi yo toujou ap chanje.

Chak ane yo kreye yon nouvo vaksen kont grip ki

Influenza (inactivated or recombinant) VIS - Haitian Creole (8/6/21)



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

4. Risk reyaksyon ak yon vaksen

- Yon doule, yon reyaksyon alèjik, ak kote yo te bay pik a anfle, gen lafyè, doule nan mièk, ak malèt kapab rive aprè w fin pran vaksinasyon kont grip.
- Kapab genyen yon ti ogmantasyon nan risk Sendwòm Guillain-Barré Syndrome (GBS) aprè vaksen kont grip ki pa aktif lan (piki kont grip lan).

Jen timoun yo ki pran pik kont grip lan ansanm ak vaksen kont nemoni yo (PCV13) epi/oswa vaksen DTap an menm tan yo kapab genyen plis chans pou gen yon kriz lafyè bay. Di pwofesyonèl swen sante ou an si yon timoun ki pra vaksinasyon kont grip lan pa te janm tonbe kriz.

Pa fwa genyen moun ki endispozè aprè pwosedi medikal yo, menm vaksinasyon ladan li. Di pwofesyonèl swen sante ou an sa si w santi pa byen oswa genyen chanjman an chan vizyon ou oswa zòtyè ou ap bouyi.

Menm jan ak nempòt medikaman, genyen yon risk ki fèb anpil pou yon vaksen lakòz gwo reyaksyon alèjik, lòt blesi ki grav, oswa lanmò.

5. Kisa k ap pase si genyen yon pwoblèm ki grav?

Yon reyaksyon alèjik kapab parèt aprè moun ki vaksinen an kite lopital lan. Si w konstate yon reyaksyon alèjik ki grav (itike, figi ak gò ki anfle, gen difikilite pou respire, batman kè rapid, vèti, oswa feblès), rele 9-1-1 epi ale ak moun lan nan lopital ki prè a.

Pou lòt siy ki ba ou kèk enkyetid, rele pwofesyonèl swen sante ou an.

Ou dwe deklare reyaksyon etè negatif yo nan Sistèm Notifikasyon Etè Negatif Vaksen yo (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Pwofesyonèl swen sante ou an jenerelman pral depoze rapò sa a, oswa ou kapab fè sa a pou kont ou. Vizite sitwèb VAERS lan sou www.vaers.hhs.gov oswa rele nan 1-800-822-7967. VAERS selman la pou rapòte reyaksyon yo, epi manm ekip VAERS yo pa bay konsèy medikal.

6. Pwogram Nasyonal Konpansasyon Viktim Vaksen yo (The National Vaccine Injury Compensation Program)

Pwogram Nasyonal Konpansasyon Viktim Vaksen yo (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) se yon pwogram federal yo kreye pou bay moun kèk vaksen ba yo pwoblèm rekompans.

Reklamasyon konsènan blesi oswa lanmò vaksen an lakòz genyen yon kantite tan pou fè depo a, ki kapab soumet nan yon delè de (2) lane. Vizite sitwèb VICP lan sou www.hrsa.gov/vaccinecompensation oswa rele nan 1-800-338-2382 pou jwenn plis enfòmasyon sou pwogram lan epi konsènan fason pou depoze yon reklamasyon.

7. Kijan pou jwenn plis enfòmasyon?

- Mande pwofesyonèl swen sante ou an.
- Rele depatman sante ki nan rejyon ou an oswa eta ou an.
- Vizite sitwèb Administrasyon Medyaman ak Alimantasyon (Food and Drug Administration, FDA) pou fich vaksinasyon ak lòt enfòmasyon sou www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Kontakte Sant Kontwòl Maladi ak Prevansyon (Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Rele nan 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) oswa
 - Vizite sitwèb CDC sou www.cdc.gov/flu.

Haitian Creole Translation provided by Massachusetts Dept. of Public Health, Immunization Program

Vaccine Information Statement
Inactivated Influenza Vaccine

42 U.S.C. § 300aa-26

8/6/2021



Форма согласия на вакцинацию против гриппа

Название школы: _____ Дата посещения клиники: _____

ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ ВСЮ ИНФОРМАЦИЮ НИЖЕ - Пожалуйста, пишите чернилами (Неполные формы не принимаются)

ИМЯ ученика:				ВТОРОЙ ИНИЦИАЛ:				ФАМИЛИЯ ученика:				СУФФИКС (младший, III и др.)			
Пол: Мужской Женский		Дата рождения: (месяц, день, год)						Возраст				Классный руководитель/класс			
Адрес								Телефон # () -				Девичья фамилия Матери:(Для реестра)			
Город				Почтовый индекс				Штат				Раса:(Обведите один вариант) Афроамериканец /Темнокожий Белый житель Аляски/Коренной американец Азиат Гаваец / Житель островов Тихого океана Другое Этническая принадлежность:(обведите один вариант)Латиноамериканец Не латиноамериканец			
Адрес электронной почты:															

Действующее законодательство в области здравоохранения требует, чтобы мы выставили счет вашей страховой компании за вакцину. Для вас услуга предоставляется бесплатно. Ответы всегда конфиденциальны.

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, которые касаются вашей медицинской страховки:

Медикейд <input type="checkbox"/>				Страхование отсутствует				Страховая компания:			
Имя держателя страхового полиса:								Фамилия держателя страхового полиса:			
Идентификационный номер участника:								Дата рождения держателя страхового полиса: (месяц, день, год)			

ОТМЕТЬТЕ ДА ИЛИ НЕТ ДЛЯ КАЖДОГО ВОПРОСА

ДА	НЕТ	<p>1. Была ли у вашего ребенка когда-либо опасная для жизни реакция (реакции) на вакцину против гриппа в прошлом?</p> <p>2. Был ли у вашего ребенка когда-либо синдром Гийена-Барре?</p> <p>3. Есть ли у вашего ребенка аллергия на яйца?</p> <p>4. Есть ли у вашего ребенка заболевание крови, такое как гемофилия?</p> <p>5. Будет ли это первая вакцинация вашего ребенка от гриппа?</p>	<p>пожалуйста, не возвращайте эту форму, если вы не хотите, чтобы ваш ребенок был вакцинирован</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Я ознакомился с информацией о вакцине и особых мерах предосторожности в Информационном листке о вакцинации. Мне известно, что я могу найти самый последний Информационный Бюллетень Вакцины и другую информацию по адресу www.immunize.org или www.cdc.gov. У меня была возможность задать вопросы относительно вакцины и понять риски, преимущества и альтернативы. Я понимаю, что невозможно предсказать все возможные побочные эффекты или осложнения, связанные с получением вакцин. Я прошу и добровольно даю согласие на введение вакцины лицу, указанному выше, родителем или законным опекуном которого я являюсь и имею законные полномочия принимать медицинские решения от его/ее имени. Я признаю, что не было сделано никаких гарантий относительно успеха вакцинации. От имени моего ребенка и наших наследников настоящим я освобождаю ООО МаксВакс, дочерние компании, филиалы школ сестринского дела, их директоров, сотрудников и агентов от любой ответственности, вытекающей в результате любого действия или бездействия, которое возникает во время вакцинации или в связи с ней. Я понимаю, что это согласие действительно в течение 6 месяцев, и что я буду информировать школу о любых изменениях в состоянии здоровья до даты вакцинации в клинике. Я подтверждаю, что даю разрешение ООО МаксВакс подавать, рассматривать и обжаловать претензии к моим страховым компаниям от моего имени. Даты проведения вакцинации можно узнать в школе. Я понимаю, что информация о состоянии здоровья, указанная в этой форме, будет использоваться с целью выставления страховых счетов, а личная информация о состоянии здоровья, содержащаяся в ней, будет защищена в соответствии с законом. Я понимаю цели/преимущества Florida SHOTS, реестра иммунизации штата Флорида, и я прошу и добровольно даю согласие на введение вакцины и запись во Florida SHOTS для лица, указанного выше.

Имя родителя/опекуна печатными буквами

Подпись родителя/опекуна

Отношение к ребенку

Дата

Информационный бюллетень вакцины Центра по контролю и профилактике заболеваний IV 06.08.2021 ФЛУЦЕЛВАКС

Номер партии: _____ Дата истечения срока действия: _____

РН № _____ Дата: _____

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Health Hero Florida

320 1 ул. ном. №103

Джексонвилл-Бич, Флорида 32250

help@beahealthhero.com

www.beahealthhero.com

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ О ВАКЦИНЕ

Вакцина против гриппа

(инактивированная или рекомбинантная):

что Вам необходимо знать

More vaccine information statements are available in Russian and other languages. See www.imz.usda.gov/risk. Have information on risks and drug interactions. Please visit www.fda.gov/medwatch.

1. Зачем проходить вакцинацию?

Вакцина против гриппа может предотвратить заражение гриппом.

Грипп — это инфекционное заболевание, которое поражает население США ежегодно, особенно в период с октября по май. Заболеть гриппом может любой человек, но для некоторых он особенно опасен. Младенцы и дети младшего возраста, люди в возрасте 65 лет и старше, беременные женщины, лица с определенными заболеваниями или ослабленной иммунной системой, а также другие подвержены риску осложнений гриппа.

Пневмония, бронхит, инфекции носовых пазух, ушные инфекции — это примеры осложнений, связанных с гриппом. Если у Вас имеется заболевание, например заболевание сердца, хроническая опухоль или диабет, грипп может усугубить его течение.

Грипп может вызвать онемение и лихорадку, боль в горле, боли в мышцах, слабость, кашель, головную боль, насморк или заложенность носа. Некоторые люди страдают от рвоты и диареи, хотя эти симптомы чаще возникают у детей, чем у взрослых.

В среднем за год **тысячи людей в США умирают от гриппа**, еще большему количеству требуется госпитализация. Вакцина против гриппа ежегодно предотвращает множество заболеваний и избавляет от походов к врачу, связанных с гриппом.

2. Вакцины против гриппа

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Центры по борьбе с заболеваниями и профилактике) рекомендуют делать прививку всем людям в возрасте 6 месяцев и старше во время каждого сезона гриппа. **Легким в возрасте от 6 месяцев до 8 лет** может понадобиться 2 дозы вакцины за один сезон гриппа. **Все остальные** необходимы только 1 доза на каждый сезон гриппа. Защитные силы организма активизируются примерно через 2 недели после вакцинации.

Существует множество разновидностей вируса гриппа, их спектр постоянно меняется. Каждый год разрабатывается новая вакцина для защиты от

Influenza (inactivated or recombinant) V1S – Russian (8/6/21)

вирусов гриппа, которые, вероятно, могут вызвать заболевание в предстоящий сезон гриппа. Даже если вакцина не полностью соответствует штамму вируса, она обеспечит некоторую защиту.

Вакцина против гриппа **не вызывает гриппа**. Вакцину против гриппа можно принимать одновременно с другими вакцинами.

3. Проконсультируйтесь с Вашим лечащим врачом

Сообщите Вашему врачу-вакцинологу, если человек, получающий вакцину:

- испытывал аллергическую реакцию после введения предыдущей дозы вакцины против гриппа или страдает от любой другой тяжелой, представляющей угрозу для жизни формы аллергии;
- когда-либо имел синдром Гийена - Барре (Guillain-Barre Syndrome; также называется СГБ).

В некоторых случаях Ваш лечащий врач может принять решение отложить вакцинацию против гриппа до следующего визита.

Вакцину против гриппа можно вводить в любое время во время беременности. Женщины, которые беременны или планируют беременность в сезон гриппа, должны получить инактивированную вакцину против гриппа.

При наличии у человека легких заболеваний (например, простуды) вакцинацию проводить можно. Людям с заболеваниями средней тяжести или с тяжелыми заболеваниями, как правило, рекомендуют отложить вакцинацию против гриппа до выздоровления.

Ваш лечащий врач может предоставить Вам дополнительную информацию об этом.

4. Риски реакций на вакцину

- После введения вакцины против гриппа в месте укола может возникнуть болезненность, покраснение, лихорадка, боли в мышцах, головной боли.
- В очень редких случаях введение инактивированной вакцины (прививки от гриппа) приводит к незначительному увеличению риска развития синдрома Гийена - Барре (СГБ).

При одновременном введении вакцины против гриппа и пневмококковой вакцины (PCV13) и/или DTap у детей младшего возраста несколько повышен риск развития судорог вследствие лихорадки. Если у ребенка, которому предстоит пробить вакцину против гриппа, когда-либо возникла эпилептическая припадок, врачу сообщить об этом. Вашему лечащему врачу.

После медицинских процедур, включая вакцинацию, люди иногда теряют сознание. Если Вы почувствуете головокружение, изменение зрения или звон в ушах, сообщите об этом Вашему врачу.

Как и с любым другим лекарственным препаратом, существует незначительный риск развития тяжелой аллергической реакции, получения серьезной травмы или смерти вследствие вакцинации.

5. Что делать при возникновении серьезного нарушения здоровья?

Аллергическая реакция может развиваться после того, как получивший вакцину человек покинет клинику. Если Вы заметили признаки тяжелой аллергической реакции (крапивница, отек лица и горла, затрудненное дыхание, учащенное сердцебиение, головокружение или слабость), позвоните по телефону 9-1-1 и ответьте предоставляющей в ближайшую больницу.

По другим беспокоящим признакам Вы можете обратиться к Вашему лечащему врачу.

О побочных эффектах необходимо сообщать в Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) (Систему регистрации нежелательных явлений после вакцинации). Такой отчет обычно подается Вашим лечащим врачом, но Вы можете сделать это самостоятельно. Посетите веб-сайт VAERS по адресу www.vaers.hhs.gov или позвоните по телефону 1-800-822-7967. VAERS предназначена только для регистрации реакций, а шипитные компоненты VAERS не предоставляются медицинскими консультирующими.

Russian translation provided by the Immunization Action Coalition

6. Национальная программа компенсации за ущерб здоровью, нанесенный в результате вакцинации

National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) (Национальная программа компенсации за ущерб здоровью, нанесенный в результате вакцинации) — это федеральная программа, созданная для выплаты компенсации лицам, здоровью которых был нанесен ущерб в результате вакцинации определенных препаратов. Претензии в отношении предполагаемого ущерба здоровью или смерти в результате вакцинации имеют временные ограничения для подачи, которые могут составлять всего два года. Она работает с программой и порядком представления претензий на веб-сайте VICP по адресу www.hhs.gov/vaccinecompensation или позвоните по телефону 1-800-338-2382.

7. Как получить более подробную информацию?

- Обратитесь к Вашему лечащему врачу.
- Позвоните в Ваш местный отдел здравоохранения или в отдел здравоохранения штата.
- Посетите веб-сайт Food and Drug Administration (FDA) (Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств) для получения инструкции по применению вакцины и дополнительной информации на веб-сайте www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Обратитесь в Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Центры по контролю и профилактике заболеваний):
 - по телефону 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO); или
 - посетите через веб-сайт CDC по адресу www.cdc.gov/flu.



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

Vaccine Information Statement
Inactivated Influenza Vaccine

42 U.S.C. § 300aa-26
8/6/2021

