



Russian

Форма информированного согласия на вакцинацию

Форма информированного согласия на участие в программе туровой вакцинации или на вакцинацию в случае вспышки какого-либо заболевания – для беженцев, их детей, а также лиц, которым требуется защита

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Версия 2.0, 29 декабря 2022 г.

Version 2.0 29 December 2022

Конфиденциальность данных: Сотрудники HSE соблюдают законы о защите данных (1988–2018), включая GDPR. Полученная информация вносится в базу данных вакцинации. Специалисты HSE используют эту информацию исключительно для идентификации клиентов, отслеживания эффективности программ вакцинации и предоставления медицинских услуг.

Обратите внимание, что только родитель или опекун вправе давать или не давать согласие на вакцинацию лиц младше 16 лет. С дополнительной информацией об информированном согласии можно ознакомиться на веб-сайте HSE <https://bit.ly/ConsentU16>. Начиная с 16 лет подростки имеют право самостоятельно принимать решение о вакцинации.

Раздел 1: Личные данные

Section 1: Personal Details

Внесите в этот раздел информацию о человеке, который будет проходить вакцинацию (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

ID клиента HSE:

HSE Client ID:

Личный номер государственного обеспечения (PPSN):

Personal Public Service Number (PPSN):

Имя:

First name:

Фамилия:

Surname (Family Name):

Дата рождения:

Date of Birth:

Пол:

Мужской

Женский

Gender:

Male

Female

Адрес (в Ирландии):

Address (in Ireland):

Графство:

County:

Eircode:

Eircode:

Мобильный телефон:

Mobile Phone Number:

E-mail:

Email Address:

Если вакцинацию проходит ребенок или подросток и его возраст не превышает 15 лет, укажите следующую информацию:

If 15 years or younger please complete the following

Девичья фамилия матери:
Mother's Surname at Birth:

Дата рождения матери:
Mothers Date of Birth:

Пожалуйста, заполните раздел 2 И

заполните

- раздел 3а, если вы даете согласие на вакцинацию ребенка младше 2 лет;
- раздел 3б, если вы даете согласие на вакцинацию ребенка в возрасте 2–10 лет;
- раздел 3с, если вы даете согласие на вакцинацию ребенка старше 10 лет (или если вы даете согласие на свою вакцинацию);

И заполните раздел 4, чтобы подтвердить свое согласие.



Russian

Форма информированного согласия на вакцинацию

Форма информированного согласия на участие в программе туровой вакцинации или на вакцинацию в случае вспышки какого-либо заболевания – для беженцев, их детей, а также лиц, которым требуется защита

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Версия 2.0, 29 декабря 2022 г.

Version 2.0 29 December 2022

Раздел 2: Пожалуйста, ответьте «да» или «нет» на приведенные ниже вопросы

Section 2: Please answer the following questions with a yes or no answer

Внесите в этот раздел информацию о человеке, который будет проходить вакцинацию (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Были ли у вас/вашего ребенка какие-либо серьезные заболевания?

Have you/your child had any serious illness?

Да
Yes

Нет
No

Пожалуйста,
уточните:

Please detail

Наблюдалась ли у вас/вашего ребенка тяжелая аллергическая реакция (в том числе анафилаксия) на какие-либо вещества, включая медицинские препараты и вакцины?

Have you/your child ever had a severe reaction to anything including medication or vaccines? (Including anaphylaxis)

Да
Yes

Нет
No

Пожалуйста,
уточните:

Please detail

Наблюдается ли у вас/вашего ребенка какое-либо заболевание или состояние, которое повышает риск кровотечения?

Have you/your child had any illness or condition that increases risk of bleeding?

Да
Yes

Нет
No

Пожалуйста,
уточните:

Please detail

Получали ли вы/получал ли ваш ребенок какие-либо вакцины в течение последних 6 месяцев?

Have you/your child received any vaccines in the past 6 months?

Да
Yes

Нет
No

Пожалуйста,
уточните:

Please detail

Раздел 3а: Заполните этот раздел ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, если вы даете согласие на вакцинацию ребенка младше 2 лет

Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY

Внесите в этот раздел информацию о человеке, который будет проходить вакцинацию (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Вакцины против дифтерии, столбняка, полиомиелита, коклюша, гепатита В и гемофильной инфекции В (Hib)

Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines

Получал ли ваш ребенок вакцины против дифтерии, столбняка, полиомиелита, коклюша, гепатита В и гемофильной инфекции В (Hib)? В Ирландии они входят в состав вакцины «6 в 1», которую ребенок получает в возрасте 2, 4 и 6 месяцев.

Has your child received vaccines containing diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib? In Ireland, this is given as 6-in-1 vaccine at 2, 4 and 6 months

Да
Yes

Нет
No

Не знаю
Do not know

Если да, то сколько доз?
If yes, how many doses?

В каком возрасте была
получена каждая из доз?
At what age did they receive
each dose?

Туровая вакцинация против гепатита В не предусмотрена, если это единственная вакцина, которую ребенок не принимал

Вакцина против менингококковой инфекции В (MenB)

MenB (meningococcal B) vaccine

Наблюдалась ли у вашего ребенка тяжелая аллергическая реакция (анафилаксия) на латекс?

Has your child ever had anaphylaxis (severe allergic reaction) to latex?

Да
Yes

Нет
No

Получал ли ваш ребенок вакцину против менингококковой инфекции В (MenB)?

Has your child received any MenB vaccine?

Да
Yes

Нет
No

Не знаю
Do not know

Если да, то сколько доз?
If yes, how many doses?

В каком возрасте была
получена каждая из доз?
At what age did they receive
each dose?



Russian

Форма информированного согласия на вакцинацию

Форма информированного согласия на участие в программе туровой вакцинации или на вакцинацию в случае вспышки какого-либо заболевания – для беженцев, их детей, а также лиц, которым требуется защита

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Версия 2.0, 29 декабря 2022 г.

Version 2.0 29 December 2022

Раздел 3а: Заполните этот раздел ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, если вы даете согласие на вакцинацию ребенка младше 2 лет (продолжение)

Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY (continued)

Внесите в этот раздел информацию о человеке, который будет проходить вакцинацию (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Пневмококковая вакцина PCV13

PCV13 (pneumococcal) vaccine

Получал ли ваш ребенок вакцину PCV13?

Да

Нет

Не знаю

Has your child received any PCV13 vaccine?

Yes

No

Do not know

Если да, то сколько доз?

If yes, how many doses?

В каком возрасте была получена каждая из доз?

At what age did they receive each dose?

Вакцина против ротавирусной инфекции (не рекомендуется принимать детям в возрасте 8 месяцев 0 дней и старше)

Rotavirus vaccine (NOT recommended on or after 8 months 0 days old)

Беспокоит ли вашего ребенка в настоящее время диарея или рвота?

Does your child have diarrhoea or vomiting at the moment?

Да

Нет

Yes

No

Диагностировалась ли у вашего ребенка непроходимость (инвагинация) кишечника?

Has your child been diagnosed with a condition called intussusception?

Да

Нет

Yes

No

Диагностировалась ли у вашего ребенка врожденная патология кишечника (например, дивертикул Меккеля)?

Was your child born with an abnormality of the gut (e.g., Meckel's diverticulum)?

Да

Нет

Yes

No

Пожалуйста, уточните:

Please detail

Диагностировался ли у вашего ребенка тяжелый комбинированный иммунодефицит (SCID)?

Has your child been diagnosed with a condition called Severe Combined Immunodeficiency (SCID)?

Да

Нет

Yes

No

Диагностировалось ли у вашего ребенка какое-либо из указанных ниже наследственных заболеваний?

Has your child been diagnosed with any of the following rare hereditary conditions?

Непереносимость фруктозы

Fructose Intolerance

Дефицит сахарозы и изомальтазы

Sucrose-Isomaltase Deficiency

Нарушение всасывания глюкозы и галактозы

Glucose-Galactose Malabsorption

Принимала ли мать ребенка инфликсимаб во время беременности и/или грудного вскармливания?

Did this child's mother take a medication called infliximab during her pregnancy and/or when breastfeeding?

Пожалуйста, уточните:

Please detail

Проживает ли ребенок с человеком, иммунная система которого серьезно ослаблена?

Does your child live with anyone who is immunocompromised/has a weakened immune system?

Пожалуйста, уточните:

Please detail

Получал ли ваш ребенок вакцину против ротавирусной инфекции?

Has your child received any rotavirus vaccine?

Да

Нет

Не знаю

Yes

No

Do not know

Если да, то сколько доз?

If yes, how many doses?

В каком возрасте была получена каждая из доз?

At what age did they receive each dose?



Russian

Форма информированного согласия на вакцинацию

Форма информированного согласия на участие в программе туровой вакцинации или на вакцинацию в случае вспышки какого-либо заболевания – для беженцев, их детей, а также лиц, которым требуется защита

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Версия 2.0, 29 декабря 2022 г.

Version 2.0 29 December 2022

Раздел 3а: Заполните этот раздел ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, если вы даете согласие на вакцинацию ребенка младше 2 лет (продолжение)

Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY (continued)

Внесите в этот раздел информацию о человеке, который будет проходить вакцинацию (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Вакцина против менингококковой инфекции С (MenC)

MenC (meningococcal C) vaccine

Получал ли ваш ребенок вакцину против менингококковой инфекции С (MenC)? Да Нет Не знаю
Has your child received any MenC vaccine? Yes No Do not know

Если да, то сколько доз?

If yes, how many doses?

В каком возрасте была

получена каждая из доз?

At what age did they receive

each dose?

Вакцина MMR против кори, эпидемического паротита (свинки) и краснухи – Прием вакцины не учитывается, если ребенок получил вакцину MMR в возрасте менее 12 месяцев, за исключением случаев, когда она была введена в пределах 4 дней до первого дня рождения ребенка

Вакцина MMR против кори, эпидемического паротита (свинки) и краснухи

MMR (measles, mumps and rubella) vaccine

Получал ли ваш ребенок вакцину MMR в возрасте 12 месяцев или старше? Да Нет Не знаю
Has your child received MMR vaccine at 12 months or older? Yes No Do not know

Получал ли ваш ребенок вакцину MMR для путешествия или в случае вспышки какого-либо заболевания?

Has your child received MMR vaccine for travel/outbreak?

Да Нет
Yes No

Если да, то в каком возрасте?

If yes, at what age?

Вакцина против гемофильной инфекции В (Hib) и менингококковой инфекции С (MenC)

Hib/MenC vaccine

Получал ли ваш ребенок вакцину Hib/MenC в возрасте 12 месяцев или старше? Да Нет Не знаю
Has your child received Hib/MenC vaccine at 12 months or older? Yes No Do not know

Раздел 3б: Заполните этот раздел ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, если вы даете согласие на вакцинацию ребенка возрастом 2–10 лет

Section 3b: Please fill this section for children aged 2 years to <10 years ONLY

Примечание: Вакцины MenB и PCV13 обычно НЕ рекомендуется принимать детям старше 2 лет

Внесите в этот раздел информацию о человеке, который будет проходить вакцинацию (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Вакцины против дифтерии, столбняка, полиомиелита, коклюша, гепатита В и гемофильной инфекции В (Hib)

Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines

Получал ли ваш ребенок вакцины против дифтерии, столбняка, полиомиелита, коклюша, гепатита В и гемофильной инфекции В (Hib)? В Ирландии они входят в состав вакцины «6 в 1», которую ребенок получает в возрасте 2, 4 и 6 месяцев.

Has your child received vaccines containing diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib? In Ireland this is given as 6-in-1 vaccine at 2, 4 and 6 months

Да Нет Не знаю
Yes No Do not know

Если да, то сколько доз?

If yes, how many doses?

В каком возрасте была

получена каждая из доз?

At what age did they receive

each dose?

Вакцина против менингококковой инфекции С (MenC)

MenC (meningococcal C) vaccine

Туровая вакцинация против гепатита В не предусмотрена, если это единственная вакцина, которую ребенок не принимал

Получал ли ваш ребенок вакцину против менингококковой инфекции С (MenC)? Да Нет Не знаю
Has your child received any MenC vaccine? Yes No Do not know

Если да, то сколько доз?

If yes, how many doses?

В каком возрасте была

получена каждая из доз?

At what age did they receive

each dose?



Russian

Форма информированного согласия на вакцинацию

Форма информированного согласия на участие в программе туровой вакцинации или на вакцинацию в случае вспышки какого-либо заболевания – для беженцев, их детей, а также лиц, которым требуется защита

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Версия 2.0, 29 декабря 2022 г.

Version 2.0 29 December 2022

Раздел 3b: Заполните этот раздел ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, если вы даете согласие на вакцинацию ребенка возрастом 2–10 лет (продолжение)

Section 3b: Please fill this section for children aged 2 years to <10 years ONLY (continued)

Внесите в этот раздел информацию о человеке, который будет проходить вакцинацию (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Вакцина MMR против кори, эпидемического паротита (свинки) и краснухи – Прием вакцины не учитывается, если ребенок получил вакцину MMR в возрасте менее 12 месяцев, за исключением случаев, когда она была введена в пределах 4 дней до первого дня рождения ребенка

Получал ли ваш ребенок вакцину MMR в возрасте 12 месяцев или старше? Да Нет Не знаю
Has your child received MMR vaccine at 12 months or older? Yes No Do not know

Если да, то сколько доз?
If yes, how many doses?

В каком возрасте была получена каждая из доз?
At what age did they receive each dose?

«4 в 1» – вакцина против дифтерии, столбняка, полиомиелита и коклюша 4-in-1 (diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough) vaccine

Получал ли ваш ребенок вакцину «4 в 1» после своего четвертого дня рождения? Да Нет
Has your child received 4-in-1 vaccine after their fourth birthday? Yes No

Посещает ли ваш ребенок подготовительные классы в Ирландии? Да Нет
Is your child in junior infants in Ireland? Yes No

Получал ли ваш ребенок какие-либо вакцины в подготовительных классах в Ирландии или другой стране? Да Нет
Has your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere? Yes No

Если да, то в каком возрасте?
If yes, at what age?

Раздел 3c: Заполните этот раздел ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, если вы даете согласие на вакцинацию лица старше 10 лет, в том числе взрослого

Section 3c: Please fill this section for people aged 10 years and older including adults ONLY

Внесите в этот раздел информацию о человеке, который будет проходить вакцинацию (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Примечание: Вакцины MenB и PCV13 НЕ рекомендуется принимать детям старше 2 лет, а вакцину Hib не рекомендуется принимать в возрасте старше 10 лет

Вакцины против дифтерии, столбняка, полиомиелита, коклюша (Tdap/IPV, Td/IPV, DTaP/IPV (только в рамках программы туровой вакцинации детей в возрасте 10–13 лет при недоступности вакцины Tdap/IPV), Tdap) Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough) containing vaccines [Tdap/IPV, Td/IPV, DTaP/IPV (only for catch-up in those aged 10-13 years old if Tdap/IPV is unavailable), Tdap]

Получали ли вы/получал ли ваш ребенок вакцины против столбняка, дифтерии, полиомиелита и коклюша? В Ирландии они входят в состав вакцины «6 в 1», которую ребенок получает в возрасте 2, 4 и 6 месяцев. Да Нет
Have you/your child received vaccines protecting against tetanus, diphtheria, polio and whooping cough? In Ireland these are given as 6-in-1 vaccines due at 2, 4, 6 months? Yes No

Если да, то сколько доз?
If yes, how many doses?

В каком возрасте была получена каждая из доз?
At what age did they receive each dose?

Получали ли вы/получал ли ваш ребенок вакцину против столбняка, дифтерии, полиомиелита и коклюша (в Ирландии это вакцина «4 в 1») в возрасте 4 лет или старше? Да Нет
Have you/your child received a vaccine protecting against tetanus, diphtheria, polio and whooping cough (in Ireland given as 4-in-1 vaccine) at age 4 or older? Yes No

Получали ли вы/получал ли ваш ребенок какие-либо вакцины в подготовительных классах в Ирландии или другой стране? Да Нет
Have you/your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere? Yes No

Если да, то какую вакцину?
If yes, what vaccine?

В каком возрасте?
At what age??



Russian

Форма информированного согласия на вакцинацию

Форма информированного согласия на участие в программе туровой вакцинации или на вакцинацию в случае вспышки какого-либо заболевания – для беженцев, их детей, а также лиц, которым требуется защита

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Версия 2.0, 29 декабря 2022 г.

Version 2.0 29 December 2022

Раздел 3с: Заполните этот раздел ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, если вы даете согласие на вакцинацию лиц старше 10 лет, в том числе взрослых (продолжение)

Section 3c: Please fill this section for people aged 10 years and older including adults ONLY (continued)

Внесите в этот раздел информацию о человеке, который будет проходить вакцинацию (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Получали ли вы/получал ли ваш ребенок пятую вакцину, защищающую от столбняка, дифтерии и коклюша (в Ирландии это вакцина Tdap) в средней школе в Ирландии или другой стране?

Да

Нет

Have you/your child received a fifth vaccine protecting against tetanus, diphtheria and whooping cough (in Ireland given as Tdap) in secondary school in Ireland or elsewhere?

Yes

No

Если да, то какую вакцину?

If yes, what vaccine?

В каком возрасте была получена каждая из доз?

At what age did they receive each dose?

Вакцина против менингококковой инфекции C (MenC)

MenC (meningococcal C) vaccine

Примечание: 1 дозу вакцины MenC рекомендуется принимать до достижения 23 лет, но ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, если вакцина, содержащая вакцину MenC, не была получена в возрасте 10 лет и старше

Получали ли вы/получал ли ваш ребенок вакцину MenC или комплексную вакцину, содержащую вакцину MenC?

Да

Нет

Не знаю

Have you/your child received any MenC vaccine or MenC containing vaccine?

Yes

No

Do not know

Если да, то сколько доз?

If yes, how many doses?

В каком возрасте была получена каждая из доз?

At what age did they receive each dose?

Получали ли вы/получал ли ваш ребенок какие-либо вакцины в средней школе в Ирландии или другой стране?

Да

Нет

Have you/your child received any vaccines in secondary school in Ireland or elsewhere?

Yes

No

Если да, то какую вакцину?

If yes, what vaccine?

В каком возрасте?

At what age??

Вакцина MMR против кори, эпидемического паротита (свинки) и краснухи – Прием вакцины не учитывается, если ребенок получил вакцину MMR в возрасте менее 12 месяцев, за исключением случаев, когда она была введена в пределах 4 дней до первого дня рождения ребенка.

Получали ли вы/получал ли ваш ребенок одну или несколько вакцин MMR в возрасте 12 месяцев или старше?

Да

Нет

Не знаю

Have you/your child received one or more MMR vaccine at 12 months or older?

Yes

No

Do not know

Если да, то какую вакцину?

If yes, what vaccine?

В каком возрасте?

At what age??

Вы беременны/ваша дочь беременна?

Are you/your child pregnant?

Да

Нет

Вакцину MMR не рекомендуется принимать во время беременности.

Кроме того, следует избегать беременности в течение одного месяца после приема вакцины MMR.



Russian

Форма информированного согласия на вакцинацию

Форма информированного согласия на участие в программе туровой вакцинации или на вакцинацию в случае вспышки какого-либо заболевания – для беженцев, их детей, а также лиц, которым требуется защита

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Версия 2.0, 29 декабря 2022 г.

Version 2.0 29 December 2022

Раздел 4: Согласие

Section 4: Consent

Если вы даете свое согласие на вакцинацию, пожалуйста, поставьте подпись в этом разделе и отметьте знаком «X» каждое соответствующее поле.

Sign this section and put an X in each box if you give consent for vaccination.

Да, я даю свое согласие на вакцинацию указанного выше лица приведенными ниже вакцинами. Ваш вакциниатор сообщит вам, какие вакцины вам нужны:

Yes, I consent to the vaccination of the above named person with the below vaccines. Your vaccinator will tell you which vaccines are needed:

«6 в 1» (DTaP/Hib/IPV/Нер В)

6-in-1 vaccine (DTaP/Hib/IPV/Нер В)

MenC – вакцина против менингококковой инфекции С

MenC (meningococcal C)

Rotavirus – пероральная вакцина против ротавирусной инфекции

Rotavirus (rotavirus oral vaccine)

Tdap

Tdap

Tdap/IPV

Tdap/IPV

Hib/MenC – вакцина против гемофильной инфекции В и менингококковой инфекции С

Hib/MenC (haemophilus influenza b + meningococcal C)

• Я прочитал(-а) и понял(-а) изложенную в прилагаемом документе информацию о вакцинах, в том числе информацию об известных побочных эффектах.

• I have read and understand the accompanying vaccine information, including known side effects.

• Я понимаю, что вакцину MMR не рекомендуется принимать во время беременности.

• I understand that MMR vaccine is not recommended during pregnancy.

Пожалуйста, отметьте соответствующее поле ниже:

Please tick the appropriate box below:

• Я понимаю, что я даю согласие на туровую вакцинацию согласно действующему в Ирландии графику иммунизации; следовательно, мое согласие может распространяться как на одну дозу вакцины, так и на целый курс вакцинации в соответствии с рекомендацией вакциниатора.

• I understand that I am giving consent for the administration of a catch-up schedule of vaccination in line with the Irish Immunisation Schedule, which may be for one or a course of vaccines as advised by my vaccinator.

• Я понимаю, что я даю согласие на введение вакцин в случае вспышки заболеваний, чтобы защитить себя/своего ребенка от соответствующих заболеваний.

• I understand that I am giving consent for administration of vaccines in an outbreak situation to protect me/my child from a vaccine preventable disease.

Если вы подписываете документ от имени лица, не достигшего возраста 16 лет:

If signing for someone under 16 years

• Подписывая эту форму, я подтверждаю, что я вправе предоставлять согласие от имени указанного выше ребенка. (По достижении 16 лет лицо приобретает право самостоятельно давать согласие на вакцинацию или отказываться от нее).

• I confirm by signing this form that I am authorised to give consent on behalf of the above named child. (Those aged 16 years or older are legally entitled to consent for themselves).

Подпись:

Signature:

Дата предоставления

согласия:

Consent Date:

FOR OFFICE USE ONLY

Name of Vaccine	Date Given (DD/MM/YYYY)	Dose Number	Vaccine Name & Manufacturer	Batch Number	Expiry Date Month/Year	Injection Site

Prescriber

Signature:

PIN/MCRN:

Vaccinator

Signature:

PIN/MCRN:

GP Practice/HSE Clinic/Hospital Name, Address, or Stamp

GP PCI Contract/PCRS ID