



Форма поінформованої згоди на вакцинацію

Форма поінформованої згоди на участь у програмі турової вакцинації або на вакцинацію в разі спалаху будь-якого захворювання – для біженців, їхніх дітей, а також осіб, яким потрібен захист
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Версія 2.0, 29 грудня 2022 р.
Version 2.0 29 December 2022

Конфіденційність даних: Співробітники HSE дотримуються законів про захист даних (1988–2018), у тому числі GDPR. Інформація, що отримується, вноситься до бази даних вакцинації. Спеціалісти HSE використовують цю інформацію виключно для ідентифікації клієнтів, відстеження ефективності програм вакцинації та надання медичних послуг.

Зверніть увагу, що тільки батьки або законний опікун мають право надавати або не надавати згоду на вакцинацію осіб віком до 16 років. Додаткову інформацію про поінформовану згоду можна отримати на вебсайті HSE <https://bit.ly/ConsentU16>. Закон дозволяє особам віком 16 років і старше самостійно надавати згоду на вакцинацію.

Розділ 1: Особисті дані

Section 1: Personal Details

Внесіть у цей розділ інформацію про людину, яка буде проходити вакцинацію (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)

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

ID клієнта HSE:

HSE Client ID:

Особистий номер державного забезпечення (PPSN):

Personal Public Service Number (PPSN):

Ім'я:

First name:

Прізвище:

Surname (Family Name):

Дата народження:

Date of Birth:

Стать: Чоловіча

Gender: Male

Жіноча

Female

Адреса (в Ірландії):

Address (in Ireland):

Графство:

County:

Eircode:

Мобільний телефон:

Mobile Phone Number:

E-mail:

Email Address:

Якщо вакцинацію проходить дитина та її вік не перевищує 15 років, вкажіть таку інформацію:

If 15 years or younger please complete the following

Дівоче прізвище

матері:

Mother's Surname

at Birth:

Дата народження

матері:

Mothers

Date of Birth:

Будь ласка, заповніть розділ 2 **ТА**

заповніть

- розділ 3а, якщо ви згодні на вакцинацію дитини віком до 2 років;
- розділ 3б, якщо ви надаєте згоду на вакцинацію дитини віком від 2 до 10 років;
- розділ 3с, якщо ви надаєте згоду на вакцинацію дитини старше 10 років (або якщо ви надаєте згоду на вакцинацію себе);

ТА заповніть розділ 4, щоб підтвердити свою згоду.

Форма поінформованої згоди на вакцинацію

Форма поінформованої згоди на участь у програмі турової вакцинації або на вакцинацію в разі спалаху будь-якого захворювання – для біженців, їхніх дітей, а також осіб, яким потрібен захист
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Версія 2.0, 29 грудня 2022 р.
Version 2.0 29 December 2022

Розділ 2: Будь ласка, дайте відповідь «так» чи «ні» на наведені нижче питання Section 2: Please answer the following questions with a yes or no answer

Внесіть у цей розділ інформацію про людину, яка буде проходити вакцинацію (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Чи були у вас/вашої дитини якісь серйозні захворювання?
Have you/your child had any serious illness?

Так **Hi**
Yes No

Будь ласка, уточніть:
Please detail

Чи спостерігалася у вас/вашої дитини важка алергічна реакція (у тому числі анафілаксія) на будь-які речовини, включаючи медичні препарати та вакцини?
Have you/your child ever had a severe reaction to anything including medication or vaccines? (Including anaphylaxis)

Так **Hi**
Yes No

Будь ласка, уточніть:
Please detail

Чи спостерігається у вас/вашої дитини якесь захворювання або стан, що підвищує ризик кровотечі?
Have you/your child had any illness or condition that increases risk of bleeding?

Так **Hi**
Yes No

Будь ласка, уточніть:
Please detail

Чи отримували ви/чи отримувала ваша дитина якісь вакцини протягом останніх 6 місяців?
Have you/your child received any vaccines in the past 6 months?

Так **Hi**
Yes No

Будь ласка, уточніть:
Please detail

Розділ 3а: Заповніть цей розділ ТІЛЬКИ В ТОМУ ВИПАДКУ, якщо ви надаєте згоду на вакцинацію дитини віком до 2 років Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY

Внесіть у цей розділ інформацію про людину, яка буде проходити вакцинацію (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Вакцини проти дифтерії, правця, поліомієліту, коклюшу, гепатиту В та гемофільної інфекції В (Hib)
Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines

Чи отримувала ваша дитина вакцини проти дифтерії, правця, поліомієліту, коклюшу, гепатиту В та гемофільної інфекції В (Hib)? В Ірландії вони входять до складу вакцини «6 в 1», яку дитина отримує у віці 2, 4 та 6 місяців.

Так **Hi** **Не знаю**
Yes No Do not know

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

Якщо так, то скільки доз?
If yes, how many doses?

У якому віці була отримана
кожна з доз?
At what age did they receive
each dose?

Турова вакцинація проти гепатиту В не передбачена, якщо це єдина вакцина, яку дитина не отримала

Вакцина проти менингококової інфекції В (MenB)
MenB (meningococcal B) vaccine

Чи спостерігалася у вашої дитини важка алергічна реакція (анафілаксія) на латекс?
Has your child ever had anaphylaxis (severe allergic reaction) to latex?

Так **Hi**
Yes No

Чи отримувала ваша дитина вакцину проти менингококової інфекції В (MenB)?
Has your child received any MenB vaccine?

Так **Hi** **Не знаю**
Yes No Do not know

Якщо так, то скільки доз?
If yes, how many doses?

У якому віці була отримана
кожна з доз?
At what age did they receive
each dose?

Розділ 3а: Заповніть цей розділ ТІЛЬКИ В ТОМУ ВИПАДКУ, якщо ви надаєте згоду на вакцинацію дитини віком до 2 років (продовження)
Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY (continued)

Внесіть у цей розділ інформацію про людину, яка буде проходити вакцинацію (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)
 Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Пневмококова вакцина PCV13
PCV13 (pneumococcal) vaccine

Чи отримувала ваша дитина вакцину PCV13?
Has your child received any PCV13 vaccine?

Так **Hi** **Не знаю**
 Yes No Do not know

Якщо так, то скільки доз?
 If yes, how many doses?

У якому віці була отримана
 кожна з доз?
 At what age did they receive
 each dose?

Вакцина проти ротавірусної інфекції (не рекомендується приймати дітям віком 8 місяців 0 днів та старше)
Rotavirus vaccine (NOT recommended on or after 8 months 0 days old)

Чи турбують зараз вашу дитину діарея або блювання?
Does your child have diarrhoea or vomiting at the moment?

Так **Hi**
 Yes No

Чи діагностувалася у вашої дитини непрохідність (інвагінація) кишечника?
Has your child been diagnosed with a condition called intussusception?

Так **Hi**
 Yes No

Чи діагностувалася у вашої дитини вроджена патологія кишечника (наприклад, дивертикул Меккеля)?
Was your child born with an abnormality of the gut (e.g., Meckel's diverticulum)?

Так **Hi**
 Yes No

Будь ласка, уточніть:
 Please detail

Чи діагностувався у вашої дитини важкий комбінований імунodefіцит (SCID)?
Has your child been diagnosed with a condition called Severe Combined Immunodeficiency (SCID)?

Так **Hi**
 Yes No

Чи діагностувалося у вашої дитини якесь із наведених нижче спадкових захворювань?
Has your child been diagnosed with any of the following rare hereditary conditions?

Непереносимість фруктози
Fructose Intolerance

Дефіцит сахарози та ізомальтази
Sucrose-Isomaltase Deficiency

Порушення всмоктування глюкози та галактози
Glucose-Galactose Malabsorption

Чи приймала мати дитини інфліксимаб під час вагітності та/або грудного вигодовування?
Did this child's mother take a medication called infliximab during her pregnancy and/or when breastfeeding?

Будь ласка, уточніть:
 Please detail

Чи живе дитина з людиною, імунна система якої серйозно ослаблена?
Does your child live with anyone who is immunocompromised/has a weakened immune system?

Будь ласка, уточніть:
 Please detail

Чи отримувала ваша дитина вакцину проти ротавірусної інфекції?
Has your child received any rotavirus vaccine?

Так **Hi** **Не знаю**
 Yes No Do not know

Якщо так, то скільки доз?
 If yes, how many doses?

У якому віці була отримана
 кожна з доз?
 At what age did they receive
 each dose?

Форма поінформованої згоди на вакцинацію

Форма поінформованої згоди на участь у програмі турової вакцинації або на вакцинацію в разі спалаху будь-якого захворювання – для біженців, їхніх дітей, а також осіб, яким потрібен захист
 Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Версія 2.0, 29 грудня 2022 р.
 Version 2.0 29 December 2022

Розділ 3а: Заповніть цей розділ ТІЛЬКИ В ТОМУ ВИПАДКУ, якщо ви надаєте згоду на вакцинацію дитини віком до 2 років (продовження)

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

Внесіть у цей розділ інформацію про людину, яка буде проходити вакцинацію (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)
 Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Вакцина проти менингококової інфекції С (MenC)

MenC (meningococcal C) vaccine

Чи отримувала ваша дитина вакцину проти менингококової інфекції С (MenC)? Так Ні Не знаю
 Has your child received any MenC vaccine? Yes No Do not know

Якщо так, то скільки доз? У якому віці була отримана кожна з доз?
 If yes, how many doses? At what age did they receive each dose?

Вакцина MMR проти кору, епідемічного паротиту (свинки) та краснухи – Прийом вакцини не враховується, якщо дитина отримала вакцину MMR у віці менше 12 місяців, за винятком випадків, коли вона була введена в межах 4 днів до першого дня народження дитини

Вакцина MMR проти кору, епідемічного паротиту (свинки) та краснухи

MMR (measles, mumps and rubella) vaccine

Чи отримувала ваша дитина вакцину MMR у віці 12 місяців або старше? Так Ні Не знаю
 Has your child received MMR vaccine at 12 months or older? Yes No Do not know

Чи отримувала ваша дитина вакцину MMR для подорожі або у разі спалаху будь-якого захворювання? Так Ні
 Has your child received MMR vaccine for travel/outbreak? Yes No

Якщо так, то у якому віці?
 If yes, at what age?

Вакцина проти гемофільної інфекції В (Hib) та менингококової інфекції С (MenC)

Hib/MenC vaccine

Чи отримувала ваша дитина вакцину Hib/MenC у віці 12 місяців або старше? Так Ні Не знаю
 Has your child received Hib/MenC vaccine at 12 months or older? Yes No Do not know

Розділ 3б: Заповніть цей розділ ТІЛЬКИ В ТОМУ ВИПАДКУ, якщо ви надаєте згоду на вакцинацію дитини віком 2–10 років

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

Примітка: Вакцини MenB та PCV13 зазвичай НЕ рекомендується приймати дітям віком від 2 років

Внесіть у цей розділ інформацію про людину, яка буде проходити вакцинацію (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)
 Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Вакцини проти дифтерії, правця, поліомієліту, коклюшу, гепатиту В та гемофільної інфекції В (Hib)

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

Чи отримувала ваша дитина вакцини проти дифтерії, правця, поліомієліту, коклюшу, гепатиту В та гемофільної інфекції В (Hib)? В Ірландії вони входять до складу вакцини «6 в 1», яку дитина отримує у віці 2, 4 та 6 місяців. Так Ні Не знаю
 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 Yes No Do not know

Якщо так, то скільки доз? У якому віці була отримана кожна з доз?
 If yes, how many doses? At what age did they receive each dose?

Вакцина проти менингококової інфекції С (MenC)

MenC (meningococcal C) vaccine

Турова вакцинація проти гепатиту В не передбачена, якщо це єдина вакцина, яку дитина не отримала

Чи отримувала ваша дитина вакцину проти менингококової інфекції С (MenC)? Так Ні Не знаю
 Has your child received any MenC vaccine? Yes No Do not know

Якщо так, то скільки доз? У якому віці була отримана кожна з доз?
 If yes, how many doses? At what age did they receive each dose?

Форма поінформованої згоди на вакцинацію

Форма поінформованої згоди на участь у програмі турової вакцинації або на вакцинацію в разі спалаху будь-якого захворювання – для біженців, їхніх дітей, а також осіб, яким потрібен захист
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Версія 2.0, 29 грудня 2022 р.
Version 2.0 29 December 2022

Розділ 3b: Заповніть цей розділ ТІЛЬКИ В ТОМУ ВИПАДКУ, якщо ви надаєте згоду на вакцинацію дитини віком 2–10 років (продовження)

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

Внесіть у цей розділ інформацію про людину, яка буде проходити вакцинацію (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Вакцина MMR проти кору, епідемічного паротиту (свинки) та краснухи – Прийом вакцини не враховується, якщо дитина отримала вакцину MMR у віці менше 12 місяців, за винятком випадків, коли вона була введена в межах 4 днів до першого дня народження дитини

Чи отримувала ваша дитина вакцину MMR у віці 12 місяців або старше? **Так** **Ні** **Не знаю**
Has your child received MMR vaccine at 12 months or older? **Yes** **No** **Do not know**

Якщо так, то скільки доз?
If yes, how many doses?

У якому віці була отримана
кожна з доз?
At what age did they receive
each dose?

**«4 в 1» – вакцина проти дифтерії, правця, поліомієліту та коклюшу
4-in-1 (diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough) vaccine**

Чи отримувала ваша дитина вакцину «4 в 1» після четвертого дня народження? **Так** **Ні**
Has your child received 4-in-1 vaccine after their fourth birthday? **Yes** **No**

Чи відвідує ваша дитина підготовчі класи в Ірландії? **Так** **Ні**
Is your child in junior infants in Ireland? **Yes** **No**

Чи отримувала ваша дитина якісь вакцини в підготовчих класах в Ірландії або іншій країні? **Так** **Ні**
Has your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere? **Yes** **No**

Якщо так, то у якому віці?
If yes, at what age?

Розділ 3с: Заповніть цей розділ ТІЛЬКИ В ТОМУ ВИПАДКУ, якщо ви надаєте згоду на вакцинацію особи старше 10 років, зокрема дорослої особи

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

Внесіть у цей розділ інформацію про людину, яка буде проходити вакцинацію (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Примітка: Вакцини MenB та PCV13 НЕ рекомендується приймати дітям віком від 2 років, а вакцину Hib не рекомендується приймати у віці старше 10 років

Вакцини проти дифтерії, правця, поліомієліту, коклюшу (Tdap/IPV, Td/IPV, DTaP/IPV (тільки в рамках програми турової вакцинації дітей віком 10–13 років у разі недоступності вакцини 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]

Чи отримували ви/чи отримувала ваша дитина вакцини проти правця, дифтерії, поліомієліту та коклюшу? В Ірландії вони входять до складу вакцини «6 в 1», яку дитина отримує у віці 2, 4 та 6 місяців. **Так** **Ні**
Have you/your child received vaccines protecting against tetanus, diphtheria, polio and whooping cough? **Yes** **No**
In Ireland these are given as 6-in-1 vaccines due at 2, 4, 6 months?

Якщо так, то скільки доз?
If yes, how many doses?

У якому віці була отримана
кожна з доз?
At what age did they receive
each dose?

Чи отримували ви/чи отримувала ваша дитина вакцину проти правця, дифтерії, поліомієліту та коклюшу (в Ірландії це вакцина «4 в 1») у віці 4 років або старше? **Так** **Ні**
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**

Чи отримували ви/чи отримувала ваша дитина якісь вакцини в підготовчих класах в Ірландії або іншій країні? **Так** **Ні**
Have you/your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere? **Yes** **No**

Якщо так, то яку вакцину?
If yes, what vaccine?

В якому віці?
At what age??

Форма поінформованої згоди на вакцинацію

Форма поінформованої згоди на участь у програмі турової вакцинації або на вакцинацію в разі спалаху будь-якого захворювання – для біженців, їхніх дітей, а також осіб, яким потрібен захист
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Версія 2.0, 29 грудня 2022 р.
Version 2.0 29 December 2022

Розділ 3с: Заповніть цей розділ ТІЛЬКИ В ТОМУ ВИПАДКУ, якщо ви надаєте згоду на вакцинацію особи старше 10 років, зокрема дорослої особи (продовження)

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

Внесіть у цей розділ інформацію про людину, яка буде проходити вакцинацію (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)

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

Чи отримували ви/чи отримувала ваша дитина п'яту вакцину, яка захищає від правця, дифтерії та коклюшу (в Ірландії це вакцина Tdap) у середній школі в Ірландії або іншій країні?

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?

Так Ні
Yes No

Якщо так, то яку вакцину?

If yes, what vaccine?

У якому віці була отримана кожна з доз?

At what age did they receive each dose?

Вакцина проти менінгококової інфекції C (MenC)

MenC (meningococcal C) vaccine

Примітка: 1 дозу вакцини MenC рекомендується приймати до 23 років, але ТІЛЬКИ В ТОМУ ВИПАДКУ, якщо вакцина, яка містить вакцину MenC, не була отримана у віці 10 років і старше

Чи отримували ви/чи отримувала ваша дитина вакцину MenC або комплексну вакцину, яка містить вакцину MenC?

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

Так Ні Не знаю
Yes No Do not know

Якщо так, то скільки доз?

If yes, how many doses?

У якому віці була отримана кожна з доз?

At what age did they receive each dose?

Чи отримували ви/чи отримувала ваша дитина якісь вакцини в середній школі в Ірландії або іншій країні?

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

Так Ні
Yes No

Якщо так, то яку вакцину?

If yes, what vaccine?

В якому віці?

At what age??

Вакцина MMR проти кору, епідемічного паротиту (свинки) та краснухи – Прийом вакцини не враховується, якщо дитина отримала вакцину MMR у віці менше 12 місяців, за винятком випадків, коли вона була введена в межах 4 днів до першого дня народження дитини

Чи отримували ви/чи отримувала ваша дитина одну або декілька вакцин MMR у віці 12 місяців або старше?

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

Так Ні Не знаю
Yes No Do not know

Якщо так, то яку вакцину?

If yes, what vaccine?

В якому віці?

At what age??

Ви вагітні/ваша дочка вагітна?

Are you/your child pregnant?

Так Ні
Yes No

**Вакцину MMR не рекомендується приймати під час вагітності.
Крім того, слід уникати вагітності протягом місяця після прийому вакцини MMR.**

Форма поінформованої згоди на вакцинацію

Форма поінформованої згоди на участь у програмі турової вакцинації або на вакцинацію в разі спалаху будь-якого захворювання – для біженців, їхніх дітей, а також осіб, яким потрібен захист
 Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Версія 2.0, 29 грудня 2022 р.
 Version 2.0 29 December 2022

Розділ 4: Згода Section 4: Consent

Якщо ви надаєте свою згоду на вакцинацію, будь ласка, поставте підпис у цьому розділі та позначте знаком «X» кожне відповідне поле.
 Sign this section and put an X in each box if you give consent for vaccination.

Так, я надаю свою згоду на вакцинацію зазначеної вище особи наведеними нижче вакцинами.
 Ваш вакцинатор повідомить вам, які вакцини вам потрібні:

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 проти менінгококової інфекції С

MenC (meningococcal C)

Rotavirus – пероральна вакцина проти ротавірусної інфекції

Rotavirus (rotavirus oral vaccine)

Tdap

Tdap

Tdap/IPV

Tdap/IPV

Hib/MenC – вакцина проти гемофільної інфекції

В та менінгококової інфекції С

Hib/MenC (haemophilus influenza b + meningococcal C)

- Я прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) наведену інформацію про вакцини, зокрема інформацію про відомі побічні ефекти.
- I have read and understand the accompanying vaccine information, including known side effects.
- Я розумію, що вакцину MMR не рекомендується приймати під час вагітності.
- I understand that MMR vaccine is not recommended during pregnancy.

Будь ласка, позначте відповідне поле нижче:

Please tick the appropriate box below:

- Я розумію, що я надаю згоду на турову вакцинацію згідно з діючим в Ірландії графіком імунізації; отже, моя згода може поширюватися як на одну дозу вакцини, так і на цілий курс вакцинації відповідно до рекомендації вакцинатора.
- 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 розумію, що я надаю згоду на введення вакцин під час спалаху захворювань, щоб захистити себе/свою дитину від відповідних захворювань.
- 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.

Якщо ви підписуєте документ від імені особи, яка не досягла віку 16 років:

If signing for someone under 16 years

- Підписуючи цю форму, я підтверджую, що маю законне право надавати згоду на вакцинацію від імені зазначеної вище дитини. (Після досягнення 16 років особа набуває права самостійно надавати згоду на вакцинацію або відмовлятися від неї).
- 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).

Підпис:

Signature:

Дата надання згоди:

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