

[]-ийн вакцинжуулалтын үзлэг шинжилгээний асуулга маягт
(сургуулийн өмнөх нас/сургуулийн насны хүүхдэд хамаарна)

		Ярилцлаганд орохын өмнөх биеийн халуун		хэм	
Хаяг					
Хүүхдийн овог нэр		Эр Эм	Төрсөн он,сар,өдөр	/ / Нас (/ нас	(он сар өдөр) сартай)
Эцэг, эх/асран хамгаалагчийн овог нэр					

Вакцинжуулалтын асуулга	Хариулт		Эмчийн тэмдэглэгээ
Та өнөөдөр хийгдэх вакцинжуулалтын талаар хот, сумын захиргаанаас урьдчилан өгөгдсөн тайлбар бичгийг уншсан уу?	Тийм	Үгүй	
Хүүхдийн талаарх доорх асуултуудад хариулна уу. Үүнд: Төрөх үеийн жин Хүүхдийг тань төрөх үед аливаа нэгэн өвчний шинж тэмдэг илэрч байсан уу? () гр Хүүхдийг тань төрсний дараа ямарваа нэгэн өвчний шинж тэмдэг илэрсэн үү? Нярай үед эрүүл мэндийн үзлэгээр ороход аливаа нэгэн өвчний шинж тэмдэг илэрч байсан уу?	Тийм Тийм Тийм	Үгүй Үгүй Үгүй	
Өнөөдөр хүүхэд тань ямарваа нэгэн өвчинтэй юу? Хэрэв байгаа бол өвчний шинж тэмдгийн талаар тайлбарлана уу.()	Тийм	Үгүй	
Өнгөрсөн 1 сарын хугацаанд хүүхэд тань өвдсөн үү? Өвчний нэр ()	Тийм	Үгүй	
Нэг сарын дотор гэр бүлийн гишүүдийн нэг болон хүүхдийн тань найз нөхдөөс улаан бурхан, улаанууд, салхинцэцэг, гахайн хавдар зэрэг өвчнөөр өвдсөн үү? Өвчний нэр ()	Тийм	Үгүй	
Хүүхэд тань сүрьеэ өвчинтэй хүнтэй ойр байсан уу (гэр бүлийн гишүүд мөн хамаарна)?	Тийм	Үгүй	
Хүүхэд тань өнгөрсөн 1 сарын дотор вакцинжуулалтад хамрагдсан уу? Вакцины нэр ()	Тийм	Үгүй	
Хүүхэд тань төрөлхийн гажиг, зүрх, бөөр, элэг, төв мэдрэлийн тогтолцоо болон дархлааны хомсдол, өөр аливаа нэгэн өвчний талаар эмчээс зөвлөгөө авч байсан удаа бий юу? Өвчний нэр ()	Тийм	Үгүй	
Дээрх өвчнийг эмчилж буй эмч өнөөдөр вакцин хийлгэхийг зөвшөөрсөн үү?	Тийм	Үгүй	
Хүүхэд тань ухаан алдалт (уналт, таталт)-аар өвдөж байсан тохиолдол бий юу? Хэрэв тийм бол хүүхдийг тань хэдэн настай байхад илэрч байсан бэ? ()	Тийм	Үгүй	
Зөвхөн “Тийм” гэж хариулсан хүнд хамаарах асуулт- Тухайн үед хүүхэд тань халуурч байсан уу?	Тийм	Үгүй	
Хүүхэд тань аливаа эм болон хоол унднаас шалтгаалсан тууралт, чонон хөрвөс (“халгайн тууралт” хэмээх өвчин) болон бусад харшлын шинж тэмдэг илэрч байсан уу?	Тийм	Үгүй	
Хүүхдийн гэр бүлийнхэнд төрөлхийн дархлааны дутмагшилтай хүн бий юу?	Тийм	Үгүй	
Хүүхэд тань вакцины улмаас хүчтэй реакци өгч байсан удаа байгаа юу? Вакцины нэр ()	Тийм	Үгүй	
Гэр бүлийнхэн буюу төрөл төрөгсдийн аль нэг нь вакцины улмаас хүчтэй реакци өгч байсан удаа байгаа юу?	Тийм	Үгүй	
Хүүхэд тань сүүлийн 6 сарын дотор цус ээлбүүлэх буюу цусан бүтээгдэхүүн, “гамма глобулин” хэмээх тариа хийлгэсэн үү?	Тийм	Үгүй	
Өнөөдөр хийгдэх вакцинжуулалтын талаар тодруулах зүйл бий юу?	Тийм	Үгүй	
Эмчийн тэмдэглэгээ: Миний бие, дээрхи асуулга болон ярилцлагын үндсэн дээр уг хүүхдэд өнөөдөр вакцин хийж (болно/ болохгүй) хэмээн дүгнэв. Хүүхдийн эцэг, эх/асран хамгаалагчид вакцин хийлгэсний ашиг тус, сөрөг нөлөөллийн талаар болон вакцинтай холбоотой нэмэлт мэдээллийн талаар тайлбар хийсэн болно. Эмчийн гарын үсэг, тамга тэмдэг:			

Эмчид үзлэг хийлгэж тайлбар сонссон ба вакцинжуулалтын ашиг тус, зорилго болон эрсдэл (үүнд ноцтой сөрөг нөлөө мөн хамаарна), түүнчлэн вакцинжуулалтаас шалтгаалж эрүүл мэндэд учирсан хохиролыг нөхөн олгох тусламжийн талаар ойлгосон.
Миний бие вакцин хийлгэхийг (зөвшөөрч байна / зөвшөөрөхгүй байна)*. *Аль нэгийг сонгож дугуйлна уу.
Энэхүү асуулгыг вакцинжуулалтын аюулгүй шинж чанарыг баталгаажуулахад ашиглана гэдгийг ойлгож, энэхүү асуулгын бичгийг хот, сумын захиргаанд шилжүүлэн өгөхийг зөвшөөрч байна.
Эцэг, эх / асран хамгаалагч-ийн гарын үсэг:

Вакцины нэр	Хэмжээ (Тун)	Байгууллага / Эмчийн овог нэр / Хийсэн огноо
Вакцины нэр Лотын дугаар [Анхаарулга] Вакцины хүчинтэй хугацааг шалгана уу.	* Тарих арга мл	Байгууллага: Эмчийн нэр: Хийлгэсэн огноо: / / (он/сар/өдөр)

Жич: “Гамма глобулин” бол цуснаас хийсэн эм бэлдмэлийн нэг бөгөөд А вирус гепатит зэрэг халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх болон хүнд халдварт өвчнийг эмчлэх зориулалтаар тариад юм. Ойрын 3-6 сарын дотор уг тариа хийлгэсэн хүнд улаан бурхны вакцин болон бусад зарим вакцин сул үйлчилэх тохиолдол бий.

* (БЦЖ) Сүрьеэгийн эсрэг вакцинжуулалтын тухайд “Тогтсон тунг БЦЖ-ийн зориулалтын зүүгээр арьсанд тарих” гэх зэрэг болон, Тавт вакцин эсвэл тунадасжуулсан 15 валентын Пневмококкийн эсрэг вакцинжуулалтын тухайд “Арьсан доор тарих/Булчинд тарих” зэргээр, тус бүр бичих.

Хүний хөхөлгөр урын вирусын халдварын вакцинжуулалтын үзлэгийн асуулга

				Ярилцлагад орохын өмнөх биеийн халууны хэмжээ	хэм
Хаяг					
Овог нэр					
Эцэг эх / асран хамгаалагчийн нэр*	Эр Эм	Төрсөн он, сар, өдөр	/ /	(он/сар/өдөр)-нд төрсөн. Нас (нас сартай)	

*Вакцинд хамрагдагч 16 ба түүнээс дээш настай бол уг хэсгийг бөглөх шаардлагагүй.

Вакцинжуулалтын асуулга	Хариулт			Эмчийн тэмдэглэгээ
Та өнөөдөр хийлгэх вакцинжуулалтын талаар хот, сумын захиргаанаас урьдчилан тараасан тайлбар бичгийг уншсан уу?	Тийм	Үгүй		
Энэ удаагийн вакцин хэд дэх нь вэ?	Эхний удаа	Хоёр дахь удаа	Гурав дахь удаа	
(Хоёр дахь болон дараагийн тунгийн хувьд) Хийлгэсэн вакцины төрөл, хийлгэсэн огноо, тухайн үеийн насыг бичнэ үү. (Анхаар 1) Вакцины төрлийг (1) Cervarix (хоёр валент) , (2) Gardasil (дөрвөн валент) , (3) Silgard 9 (есөн валент) , (4) Бусад дундаас аль нэгийг дугуйлна уу. (Анхаар 2) (3) Silgard 9 (есөн валент) -ийн хувьд эхний тунг 14 нас хүрэхээс өмнө, хоёр дахь тунг 5 сар ба түүнээс дээш хугацааны дараа хийлгэх буюу нийт 2 удаа хийлгэснээр бүрэн дуусна. (Анхаар 3) Асран хамгаалагч эсвэл вакцинд хамрагдсан хүн болон эмч нь хийсэн вакцинаа хянан шалгаж байх хэрэгтэй. Тэмдэглэж аваагүй, мэдэхгүй байгаа бол эмч нь "тодорхойгүй" гэж бичнэ үү.	Эхний удаа	он сар өдөр нас (1) / (2) / (3) / (4)	он сар өдөр нас (1) / (2) / (3) / (4)	
Та өнөөдөр ямар төрлийн вакцин хийлгэх хүсэлтэй байгаа вэ? (Анхаар) Вакцины төрлийг (1) Cervarix (хоёр валент) , (2) Gardasil (дөрвөн валент) , (3) Silgard 9 (есөн валент) дундаас аль нэгийг дугуйлна уу.	(1) / (2) / (3)			
Одоо ямарваа нэгэн өвчтэй байна уу? Хэрэв байгаа бол өвчний шинж тэмдгийн талаар дэлгэрэнгүй тайлбарлана уу. ()	Тийм	Үгүй		
Өнгөрсөн нэг сарын хугацаанд өвдсөн үү? Өвчний нэр ()	Тийм	Үгүй		
Өнгөрсөн нэг сарын дотор вакцинжуулалтад хамрагдсан уу? Вакцины нэр ()	Тийм	Үгүй		
Өмнө нь төрөлхийн гажиг, зүрх, бөөр, элэг, төв мэдрэлийн тогтолцоо болон дархлааны хомсдол, бусад өвчний талаар эмчээс зөвлөгөө авч байсан удаа бий юу? Өвчний нэр ()	Тийм	Үгүй		
Дээрх өвчнийг үздэг эмч тань өнөөдөр вакцин хийлгэхийг зөвшөөрсөн үү?	Тийм	Үгүй		
Өмнө нь таталт (агчил буюу хөдлөлт)-аар өвдөж байсан тохиолдол байгаа юу? () настай үед	Тийм	Үгүй		
Зөвхөн "Тийм" гэж хариулсан хүнээс асууя. Тухайн үед халуурч байсан уу?	Тийм	Үгүй		
Эм болон хоол унднаас шалтгаалсан тууралт, чонон хөрвөс ("Халгайн тууралт" хэмээх өвчин) болон бусад өвчний шинж тэмдэгтэй илэрсэн удаа байгаа юу?	Тийм	Үгүй		
Гэр бүлийнхэнээс төрөлхийн дархлааны дугмагшилтай хүн байгаа юу?	Тийм	Үгүй		
Өмнө нь вакцины улмаас хүчтэй реакци өгч байсан удаа байгаа юу?	Тийм	Үгүй		
Вакцины нэр ()				
Гэр бүлийнхэн буюу төрөл төрөгсдийн аль нэг нь вакцины улмаас хүчтэй реакци өгч байсан удаа байгаа юу?	Тийм	Үгүй		
Та жирэмсэлсэн байх магадлалтай юу (жишээлбэл: сарын тэмдэг хоцрох буюу ирэхгүй байх)? [Анхаар] Жирэмсэн хүнд вакцин хийж байгаа бол онцгой анхааралтай байх хэрэгтэй.	Тийм	Үгүй		
Өнөөдрийн вакцинжуулалтын талаар асуулт байгаа юу?	Тийм	Үгүй		
Эмчийн тэмдэглэгээ: Дээрх асуулга болон ярилцлагын үндсэн дээр миний бие энэхүү хүнд өнөөдөр вакцин (тарина /тарихгүй нь дээр) хэмээн үзэж байна. Вакцинд хамрагдагч (вакцин хийлгэх хүн 16 нас хүрээгүй тохиолдолд түүний асран хамгаалагч)-ид урьдчилан сэргийлэх вакцины үр нөлөө, гаж нөлөө болон урьдчилан сэргийлэх вакцины эрүүл мэндэд учрах хор нөлөөнөөс хамгаалах тогтолцооны тухай тайлбарласан болно. Подпись и личная печать врача с указанием фамилии:				

Эмчид үзлэг хийлгэж тайлбар сонссон ба вакцинжуулалтын ашиг тус, зорилго болон эрсдэл (үүнд ноцтой сөрөг нөлөө мөн хамаарна), түүнчлэн вакцинжуулалтаас шалтгаалж эрүүл мэндэд учирсан хохиролыг нөхөн олгох тусламжийн талаар ойлгосон.
Миний бие вакцин хийлгэхийг (зөвшөөрч байна / зөвшөөрөхгүй байна)*.
Аль нэгийг сонгож дугуйлна уу.
Энэхүү асуулгыг вакцинжуулалтын аюулгүй байдлыг баталгаажуулахад ашиглана гэдгийг ойлгож, энэхүү асуулгын дүнг хот, сумын захиргаанд шилжүүлэн өгөхийг зөвшөөрч байна.

Асран хамгаалагч болон вакцинд хамрагдсан хүний гарын үсэг: _____
(*Вакцинд хамрагдагч 16 нас хүрээгүй бол түүний асран хамгаалагчийн гарын үсэг)

Вакцины нэр	Хэмжээ (Тун)	Байгууллага / Эмчийн нэр / Огноо
Вакцины нэр Лотын дугаар [Анхаар] Вакцины хүчинтэй хугацааг нь шалгана уу.	Булчин тариа 0.5 мл	Байгууллага: Эмчийн нэр: Огноо: / / (он/сар /өдөр)

Хүний хөхөлгөр урын вирусын халдварын вакцинжуулалтын үзлэгийн асуулга (эцэг эх/асран хамгаалагч нь хамт байлцахгүй хүүхдэд)

Хүний хөхөлгөр урын вирусын халдварын эсрэг вакцинжуулалтын тайлбар

○ Эцэг эх / асран хамгаалагчид: Бичиг баримтийг анхааралтай уншихийг хүсье.

*** [Вакцинжуулалтад хамрагдах бага сургуулийн 6-р ангиас ахлах сургуулийн 1-р анги хүртэлх насны хүүхдийн (16 нас хүртэлх) эцэг эх, асран хамгаалагчдад]**

Угтаа бол хүүхдэд вакцинжуулалт хийлгэхэд эцэг эх/асран хамгаалагч нь хамт байлцах шаардлагатай байсан. Харин хүний хөхөлгөр урын вирусын эсрэг вакцины хувьд 13-аас дээш насны (дунд сургуулийн 1-р анги буюу 7-р ангиас ахлах сургуулийн 1-р анги (16 нас хүртэлх)) -хүүхдэд эцэг эх/асран хамгаалагч нь энэхүү тайлбар бичгийг уншин танилцаж, гарын үсэг зурсан тохиолдолд эцэг эх/асран хамгаалагчийг хамт байлцахгүйгээр вакцинжуулалтад хамрагдах эрхтэй болно.

(Вакцинжуулалтын өдөр хүүхдэдээ энэхүү бичиг баримтыг авч явахыг сануулна уу.)

Хэрэв уг вакцинтай холбогдох асуулт байх аваас өөрийн хариуцсан эмч, харъяалагдах эрүүл мэндийн төв, эсвэл хот, сумын захиргааны вакцин хариуцдаг тасгаас тодруулга хийж, вакцины эерэг, сөрөг нөлөөллийн талаар тодорхой ойлголттой болсны үндсэн дээр асуулгын хуудсанд гарын үсгээ зурна уу.

1 Хүний хөхөлгөр урын вирусын (ХХУВ) халдварын шинж тэмдэгүүд

Хүний хөхөлгөр урын вирус бол арьс, салстыг халдварлуулдаг ба 100 гаруй төрөл зүйлтэй. Тэдгээрийн дотроос салстыг халдварлуулдаг төрлийн вирус нь голдуу бэлгийн харьцааны үед үүсэх салст мембран дээрх жижигхэн шархаар дамжуулж бэлэг эрхтний салст руу халдварладаг. Бэлгийн харьцаанд орсон бусад улс орнуудад буй эмэгтэйчүүдийн 50-аас дээш хувь нь эдгээр вирусээр амьдралдаа нэгээс дээш удаа халдварласан гэж үзүүштэй.

Салстыг халдварлуулдаг ХХУВ дотроос 15 гаруй төрлийн вирус нь умайн хүзүүний хорт халдвар байдалтайгаар илэрдэг ба үүнийг "өндөр-эрсдэлтэй ХХУВ" гэдэг. Өндөр-эрсдэлтэй ХХУВ-д Төрөл-16, Төрөл-18 гэдэг зүйл зонхилдог ба эдгээр 2 вирус нь гадаадын орнуудад тохиолддог умайн хүзүүний хорт халдварын 70%-д нь олон дахин илэрсэн байдаг. Умайн хүзүүний хорт халдвараас гадна, гадаад орнуудад илэрсэн анусны хорт халдварын 90%, үтрээний, бэлгийн уруулын болон эр бэлэг эрхтний халдварын 40% нь эдгээр 2 вирусгүй холбоотой байж мэднэ гэж таамаглаж байгаа юм. Өндөр-эрсдэлтэй гэсэн ангилалд ороогүй вирусууд нь бэлэг эрхтэнд кондиллом акуминатум гэдэг хоргүй ургацаг үүсгэх шалтгаан болдог.

2 Вакцинжуулалтын ашиг тус ба сөрөг нөлөө

Вакцин нь хэд хэдэн төрлийн хүний хөхөлгөр урын вирусын (ХХУВ) бүтэц агуулдаг ба тэдгээрийн эсрэг дархлааг хүүхдэд бий болгохоор вакцинжуулдаг. Дархлаа үүсэхэд ХХУВ-д нэрвэгдэхээс урьдчилан сэргийлж чадна.

Вакцинжуулалт нь бага зэрэг сөрөг нөлөө үзүүлэх ба маш ховор тохиолдолд хүнд хэлбэрийн сөрөг нөлөө үзүүлнэ. Зарим тохиолдолд доорх реакци өгнө.

ХХУВ-н вакцины үндсэн сөрөг үр нөлөө

Үндсэн сөрөг үр нөлөөд халуурах болон дотоод нөлөөлүүд (өвдөлт, арьсны улайлт, хавдах) орно. Тариа хийлгэсний өвдөлт болон сэтгэл санаанаас үүдэж вакцинжуулалтын дараа ухаан алдах тохиолдол хааяа нэг гардаг. Ухаан алдан ухаанаас сэргийлэхийн тулд вакцинд хамрагдсан хүүхдүүдийг буудан дээр суулган 30 орчим минут тайван байлгана уу.

Цөөн тохиолдолд доор дурдсан хүчтэй сөрөг үр нөлөө үүсч байсан хэмээн бүртгэгдсэн байдаг. Үүнд: хэт мэдрэмтгий хариу урвал (очролд орох, гүвдрүү, амьсгалахад хэцүү болох), Гуилллайн-Барре синдром, тромбоцитопеник улаан эсэргэнэ (арьсан дотор цус алдах, амны салст болон хамраас цус гарах), хурц тархмал энцэпаломелитиц (ХТЭ) гэх зэрэг болно.

* Дэлгэрэнгүй мэдээллийг орон нутгийн засаг захиргааны цахим хуудас болон тусгайлан илгээсэн мэдээлэл өгөх тараах материал зэргээс авна уу.

3 Вакцинжуулалтын улмаас эрүүл мэндэд нь хохирол учруулсан хүмүүст үзүүлэх тусламжийн арга хэмжээ

○ Тогтмол хугацааны вакцинжуулалтын улмаас сөрөг нөлөө үүсч, эмчилгээ хийлгэх шаардлагатай болсон, өдөр тутмын амьдрал ахуйд саад болохуйц гачиг үлдсэн нөхцөлд “Урьдчилан сэргийлэх вакцинжуулалтын хууль”-ийн дагуу нөхөн олговор авах боломжтой.

○ Нөхөн олговор нь хохирлын хэмжээнээс хамаарч эмчилгээний зардал, эмнэлгийн тэтгэмж, хөгжлийн бэрхшээлтэй хүүхдийг асрах тэтгэвэр, нас баралтын тэтгэмж болон оршуулгын зардал гэсэн ангилалтай бөгөөд хуульд заасан мөнгөн хэмжээг олгох болно. Нас баралтын тэтгэмж болон оршуулгын зардлаас гадна тухайн хүний эмчилгээ дуусах эсвэл гажиг нь арилах хүртэл хугацааны эмчилгээний зардлыг нөхөн олгох болно.

○ Харин эрүүл мэндэд учирсан хохирол нь вакцинжуулалтын улмаас үүссэн эсвэл бусад шалтгаан (вакцинжуулалтын өмнө эсвэл хойших үеийн халдвар болон бусад шалтгаан)-аар үүссэнийг вакцинжуулалт, халдварт өвчний эмчилгээ, хууль эрх зүй зэрэг холбогдох салбарын шинжээчдээс бүрсэн Төрийн хяналтын комиссоор хэлэлцэж, вакцинжуулалтын улмаас хохирсон хэмээх шийдвэр гарсан тохиолдолд нөхөн олговрийг олгоно.

* Хэрэв нөхөн олговрын өргөдөл гаргах шаардлагатай гэж үзвэл вакцинжуулах үед хүүхдийг тань үзсэн эмч, эрүүл мэндийн төв, хот сумын захиргааны вакцинжуулалт хариуцсан тасга руу хандана уу.

4 Вакцинжуулалт хийлгэхэд анхаарах зүйлс

Вакцинжуулалтанд хамрагдах хүүхэд эрүүл байх шаардлагатай. Хэрэв хүүхэд тань эрүүл биш байгаа бол эмчээсээ зөвлөгөө авсаны үндсэн дээр хүүхдээ вакцинжуулалтад хамруулах эсэхийг шийднэ үү?

Хүүхдэд тань дор дурдсан аль нэгэн шинж тэмдэг бий бол вакцинжуулалтад хамрагдах боломжгүй. Үүнд:

- 1) Өндөр халуунтай (37,5 эсвэл түүнээс илүү хэм);
 - 2) Цочмог хэлбэрийн хүнд өвчинтэй;
 - 3) Вакцины бэлдмэлийн найрлага дахь ямарваа нэг бодисын улмаас анафилакси үүсгэсэн удаатай;
 - 4) Эмчийн шийдвэрээр вакцинжуулалт хийлгэх боломжгүй хэмээн үзсэн зэрэг тус тус хамаарна.
- Хэрэв таны хүүхэд жирэмсэн бол түүнд вакцин хийх хэрэггүй.

○ Эцэг эх / асран хамгаалагчид: Дараах зүйлийг сайтар уншина уу.

Тайлбарыг сайтар уншиж, танилцсаны дараа хүүхдээ вакцинжуулах эсэхийг шийдэнэ үү. Хэрэв вакцинжуулалтад хамруулахаар шийдсэн бол эцэг эх/асран хамгаалагчид хамаарах буланд гарын үсгээ зурна уу. **(16 нас хүрээгүй хүнд гарын үсэг байхгүй бол урьдчилан сэргийлэх вакцин хийх боломжгүй.)**

Хэрэв хүүхдээ вакцинжуулахыг хүсэхгүй байгаа бол гарын үсэг зурах шаардлагагүй.

Би хүний хөхөлгөр урын вирусын халдварын эсрэг вакцинжуулалтын тайлбарыг уншсан ба вакцины улмаас хохирсон хүмүүст үзүүлэх дэмжлэг, вакцины гаж нөлөө, ашиг тус, эрсдлийг бүрэн ойлгож байна. Эдгээрээс үндэслэн, би өөрийн хүүхдээ вакцинд хамруулахыг зөвшөөрч байна.

Миний бие энэхүү баримт бичиг нь эцэг эхчүүд болон асран хамгаалагчдад вакцинжуулалтын тухай сайтар ойлгуулх зорилготой үйлдсэн гэдгийг ойлгож, уг маягыг хот, сумын захиргаанд өгөхийг зөвшөөрч байна.

Эцэг эх /асран хамгаалагчийн гарын үсэг: _____

Хаяг: _____

Яаралтай үед холбоо барих утас: _____

* Эцэг эх/асран хамгаалагч хамт байлцахгүйгээр хүний хөхөлгөр урын вирусын халдварын эсрэг вакцинжуулалтанд хүүхдийг хамруулах тохиолдолд энэхүү маягт хэрэгтэй. 16 нас хүрээгүй хүүхэд нь ганцаараа урьдчилан сэргийлэх вакцин хийлгэх тохиолдолд заавал Асуулга хуудас өгөх шаардлагатай.

16 нас хүрээгүй хүний Асуулга хуудсанд асран хамгаалагчийн гарын үсэг байхгүй бол урьдчилан сэргийлэх вакцин хийх боломжгүй.

Асуулга

		Ярилцлагад орохын өмнөх биеийн хэм		хэм	
Хаяг					
Хүүхдийн нэр	Эр Эм	Төрсөн өдөр	/	/	(он/сар/өдөр)-д төрсөн. Нас (нас сар)

Вакцинжуулалтын асуулга		Хариулт			Эмчийн тэмдэглэгээ	
Та өнөөдөр хийлгэх вакцины талаар хот орон нутгийн захиргаанаас тараасан зааврыг уншиж танилцсан уу?		Тийм		Үгүй		
Энэ удаагийн вакцин хэд дэх нь вэ?		Эхний удаа	Хоёр дахь удаа	Гурав дахь удаа		
(Хоёр дахь болон дараагийн тунгийн хувьд) Хийлгэсэн вакцины төрөл, хийлгэсэн огноо, тухайн үеийн насыг бичнэ үү. (Анхаар 1) Вакцины төрлийг (1) Cervarix (хоёр валент), (2) Gardasil (дорвон валент), (3) Silgard 9 (есон валент), (4) Бусад дундаас аль нэгийг дугуйлна уу. (Анхаар 2) (3) Silgard 9 (есон валент)-ийн хувьд эхний тунг 14 нас хүрэхээс өмнө, хоёр дахь тунг 5 сар ба түүнээс дээш хугацааны дараа хийлгэх буюу нийт 2 удаа хийлгэсэнээр бүрэн дуусна. (Анхаар 3) Асран хамгаалагч эсвэл вакцинд хамрагдсан хүн болон эмч нь хийсэн вакцинаа хянан шалгаж байх хэрэгтэй. Тэмдэглэж аваагүй, мэдэхгүй байгаа бол эмч нь "тодорхойгүй" гэж бичнэ үү.		Эхний удаа	он сар өдөр нас (1) / (2) / (3) / (4)			
		2 дахь удаа	он сар өдөр нас (1) / (2) / (3) / (4)			
Та өнөөдөр ямар төрлийн вакцин хийлгэх хүсэлтэй байгаа вэ? (Анхаар) Вакцины төрлийг (1) Cervarix (хоёр валент), (2) Gardasil (дорвон валент), (3) Silgard 9 (есон валент) дундаас аль нэгийг дугуйлна уу.		(1) / (2) / (3)				
Өнөөдөр хүүхэд тань ямарваа өвчин зовиур бий юу? Хэрэв байгаа бол өвчний шинж тэмдэгийн талаар дэлгэрэнгүй тайлбарлана уу. ()		Тийм	Үгүй			
Өнгөрсөн 1 сарын хугацаанд хүүхэд тань өвдсөн үү? Өвчний нэр ()		Тийм	Үгүй			
Хүүхэд тань өнгөрсөн 1 сарын хугацаанд вакцинжуулалтад хамрагдсан уу? Вакцины нэр ()		Тийм	Үгүй			
Хүүхэд тань төрөлхийн гажиг эсвэл зүрх, бөөр, элэг, төв мэдрэлийн тогтолцоо болон дархлааны хомсдол юм уу аливаа нэгэн өвчний талаар эмчээс зөвлөгөө авч байсан удаа байгаа юу? Өвчний нэр ()		Тийм	Үгүй			
Дээрх өвчнийг үздэг эмч чинь өнөөдөр вакцин хийлгэхийг зөвшөөрсөн үү?		Тийм	Үгүй			
Хүүхэд тань уналт (таталт)–аар өвдөж байсан тохиолдол байгаа юу? Хэрэв байгаа бол хэдэн настай байхад нь илэрч байсан бэ? () настай үед		Тийм	Үгүй			
Зөвхөн "Тийм" гэж хариулсан хүнээс асууя. Тухайн үед хүүхэд тань халуурч байсан уу?		Тийм	Үгүй			
Хүүхэд тань эм болон хоол ундаас шалтгаалсан тууралт, чонон хөрвөс ("Халгайн тууралт" хэмээх өвчин) болон бусад өвчний шинж тэмдэг илэрсэн удаа байгаа юу?		Тийм	Үгүй			
Хүүхдийн төрөл төрөгсөд төрөлхийн дархлааны дутмагшилтай хүн байгаа юу?		Тийм	Үгүй			
Хүүхэд тань вакцины улмаас хүчтэй реакци өгч байсан удаа байгаа юу? Вакцины нэр ()		Тийм	Үгүй			
Гэр бүлийнхэн буюу төрөл төрөгсдөөс вакцины улмаас хүчтэй реакци өгч байсан удаа байгаа юу?		Тийм	Үгүй			
Та жирэмсэлсэн байх магадлалтай юу (жишээлбэл: сарын тэмдэг хоцрох буюу ирэхгүй байх)? [Анхаар] Жирэмсэн хүнд вакцин хийж байгаа бол онцгой анхааралтай байх хэрэгтэй.		Тийм	Үгүй			
Таны хүүхдийн өвчний түүх, эрүүл мэндийн байдал, вакцинжуулах өдрийн биеийн байдлыг харгалзан үзэж, хүүхдээ энэхүү вакцинжуулалтад хамрагдахыг зөвшөөрч байна уу? (зөвшөөрч байна / зөвшөөрөхгүй байна)*. *Аль нэгийг сонгож дугуйлна уу. Энэхүү асуулга нь вакцинжуулалтын аюулгүй байдлыг сайжруулахад ашиглагдана гэдгийг ойлгож, уг асуулгыг хот, сумын захиргаанд өгөхийг зөвшөөрч байна.						
Эцэг эх /асран хамгаалагчийн гарын үсэг:						

Эмчийн тэмдэглэгээ: Дээрх асуулга болон ярилцлагын үндсэн дээр миний бие энэхүү өвчтөнд өнөөдөр вакцин (хийнэ/ хийхгүй) нь зүйтэй хэмээн үзэж байна. Миний бие өвчтөнд вакцины ашиг тус болон сөрөг нөлөөллийн, вакцинжуулалтаас шалтгаалж үүссэн хохиролыг арилгах тусламжийн тогтолцооны талаар тайлбарласан болно. Эмчийн гарын үсэг:
--

Вакцины нэр	Хэмжээ (Тун)	Байгууллага / Эмчийн нэр / Огноо
Вакцины нэр Лотын дугаар [Анхаар] Вакцины хүчинтэй хугацааг шалгана уу.	Булчин тариа 0.5 мл	Байгууллага: Эмчийн нэр: Огноо: / / (он/сар /өдөр)

В Гепатитийн эсрэг вакцинжуулалтын үзлэгийн асуулга

		Ярилцлаганд орохын өмнөх биеийн халуун		хэм	
Хаяг					
Хүүхдийн овог нэр					
Эцэг, эх/асран хамгаалагчийн овог нэр	Эр Эм	Төрсөн он,сар,өдөр	/	/	(он сар өдөр) сартай)
			Нас (нас	

Вакцинжуулалтын асуулга	Хариулт		Эмчийн тэмдэглэгээ
Та өнөөдөр хийгдэх вакцинжуулалтын талаар хот, сумын захиргаанаас урьдчилан өгөгдсөн тайлбар бичгийг уншсан уу?	Тийм	Үгүй	
Хүүхдийн талаарх доорх асуултуудад хариулна уу. Үүнд: Төрөх үеийн жин Хүүхдийг тань төрөх үед аливаа нэгэн өвчний шинж тэмдэг илэрч байсан уу? () гр Хүүхдийг тань төрсний дараа ямарваа нэгэн өвчний шинж тэмдэг илэрсэн үү? Нярай үед эрүүл мэндийн үзлэгээр ороход аливаа нэгэн өвчний шинж тэмдэг илэрч байсан уу?	Тийм Тийм Тийм	Үгүй Үгүй Үгүй	
Өнөөдөр хүүхэд тань ямарваа нэгэн өвчинтэй юу? Хэрэв байгаа бол өвчний шинж тэмдгийн талаар тайлбарлана уу.()	Тийм	Үгүй	
Өнгөрсөн 1 сарын хугацаанд хүүхэд тань өвдсөн үү? Өвчний нэр ()	Тийм	Үгүй	
Нэг сарын дотор гэр бүлийн гишүүдийн нэг болон хүүхдийн тань найз нөхдөөс улаан бурхан, улаанууд, салхинцэцэг, гахайн хавдар зэрэг өвчнөөр өвдсөн үү? Өвчний нэр ()	Тийм	Үгүй	
Хүүхэд тань өнгөрсөн 1 сарын дотор вакцинжуулалтад хамрагдсан уу? Вакцины нэр ()	Тийм	Үгүй	
Хүүхэд тань төрөлхийн гажиг, зүрх, бөөр, элэг, төв мэдрэлийн тогтолцоо болон дархлааны хомсдол, өөр аливаа нэгэн өвчний талаар эмчээс зөвлөгөө авч байсан удаа бий юу? Өвчний нэр ()	Тийм	Үгүй	
Дээрх өвчнийг эмчилж буй эмч өнөөдөр вакцин хийлгэхийг зөвшөөрсөн үү?	Тийм	Үгүй	
Хүүхэд тань ухаан алдалт (уналт, таталт)-аар өвдөж байсан тохиолдол бий юу? Хэрэв тийм бол хүүхдийг тань хэдэн настай байхад илэрч байсан бэ? ()	Тийм	Үгүй	
Зөвхөн “Тийм” гэж хариулсан хүнд хамаарах асуулт- Тухайн үед хүүхэд тань халуурч байсан уу?	Тийм	Үгүй	
Хүүхэд тань аливаа эм болон хоол унднаас шалтгаалсан тууралт, чонон хөрвөс (“халгайн тууралт” хэмээх өвчин) болон бусад харшлын шинж тэмдэг илэрч байсан уу?	Тийм	Үгүй	
Хүүхдийн гэр бүлийнхэнд төрөлхийн дархлааны дутмагшилтай хүн бий юу?	Тийм	Үгүй	
Хүүхэд тань вакцины улмаас хүчтэй реакци өгч байсан удаа байгаа юу? Вакцины нэр ()	Тийм	Үгүй	
Гэр бүлийнхэн буюу төрөл төрөгсдийн аль нэг нь вакцины улмаас хүчтэй реакци өгч байсан удаа байгаа юу?	Тийм	Үгүй	
Хүүхэд тань сүүлийн 6 сарын дотор цус ээлбүүлэх буюу цусан бүтээгдэхүүн, “гамма глобулин” хэмээх тариа хийлгэсэн үү?	Тийм	Үгүй	
Эх, хүүхдийг халдвараас сэргийлэх зорилгоор төрсний дараа хийгддэг В гепатитийн эсрэг вакцинжуулалтад хамрагдсан эсэх?	Тийм	Үгүй	
Өнөөдөр хийгдэх вакцинжуулалтын талаар тодруулах зүйл бий юу?	Тийм	Үгүй	
Эмчийн тэмдэглэгээ: Миний бие, дээрхи асуулга болон ярилцлагын үндсэн дээр уг хүүхэд өнөөдөр вакцин хийж (болно/ болохгүй) хэмээн дүгнэв. Хүүхдийн эцэг, эх/асран хамгаалагчид вакцин хийлгэсний ашиг тус, сөрөг нөлөөллийн талаар болон вакцинтай холбоотой нэмэлт мэдээллийн талаар тайлбар хийсэн болно. Эмчийн гарын үсэг, тамга тэмдэг:			

Эмчид үзлэг хийлгэж тайлбар сонссон ба вакцинжуулалтын ашиг тус, зорилго болон эрсдэл (үүнд ноцтой сөрөг нөлөө мөн хамаарна), түүнчлэн вакцинжуулалтаас шалтгаалж эрүүл мэндэд учирсан хохиролыг нөхөн олгох тусламжийн талаар ойлгосон.
Миний бие вакцин хийлгэхийг (зөвшөөрч байна / зөвшөөрөхгүй байна)*. *Аль нэгийг сонгож дугуйлна уу.
Энэхүү асуулгыг вакцинжуулалтын аюулгүй шинж чанарыг баталгаажуулахад ашиглана гэдгийг ойлгож, энэхүү асуулгын бичгийг хот, сумын захиргаанд шилжүүлэн өгөхийг зөвшөөрч байна.
Эцэг, эх / асран хамгаалагч-ийн гарын үсэг:

Вакцины нэр	Хэмжээ (Туц)	Байгууллага / Эмчийн овог нэр / Хийсэн огноо
Вакцины нэр Лотын дугаар [Анхаарулга] Вакцины хүчинтэй хугацааг шалгана уу.	* (Тариагаар) мл	Байгууллага: Эмчийн нэр: Хийлгэсэн огноо: / / (он/сар/өдөр)

Ротавирусийн халдварт өвчний эсрэг вакцинжуулалтын урьдчилсан үзлэгийн хуудас

*Асран хамгаалагч та доорх тодруулсан хүснэгтийг бөглөнө үү.		Тарилга хийсэн огноо	Рэйва он сар өдөр
Хаяг	〒	Үзүүлэхээс өмнөх биеийн халуун	хэм
		Утас	() -
Вакцин хийлгэх хүний овог нэр	(катакана үсгээр)	эр / эм	Рэйва он сар өдөр
Асран хамгаалагчийн овог нэр		Төрсөн огноо	(Төрсний дараах.....долоо хоног.....өдөртэй) * Төрсний дараах хоног гэдэгт төрсний маргаашийг эхний буюу 1-р өдөр гэж тооцно.

Анхны вакцин бол өнөөдрийн байдлаар төрсөн өдрөөс хойш 14 долоо хоног, 6 өдрөөс хэтрээгүйг шалгана уу.	Эмнэлгийн тэмдэглэл (☑ тэмдэглэл хийнэ үү)
--	--

АСУУМЖ	ХАРИУЛТ			Эмчийн тэмдэглэл
	Анхны удаа	2 дах удаа	3 дах удаа	
Энэ удаад хэд дэх вакцин хийлгэж байна вэ?				
Өмнөх вакцин хийлгэсэн огноог бичнэ үү. (Энэ вакцинтай нийт 2-оос дээш удаа хийлгэсэн бол) *Сүүлийн ротавирусийн эсрэг вакцин хийснээс хойш 27 хоног ба түүнээс дээш хугацааны завсарлагатай байгааг шалгана уу.	Анхны удаа	он сар өдөр	2 дах удаа	он сар өдөр
Өнөөдөр хийлгэх вакцины талаар хот тосгон дүүргийн захиргаанаас тараасан зөвлөмжийг уншсан уу?	Тийм	Үгүй		
Өнөөдөр хийлгэх вакцины үр дүн ба гаж нөлөөний талаар ойлголт авсан уу?	Тийм	Үгүй		
Гэдэсний чихэлдэлтэлт түгжрэл өвчний (intussusception) талаар тайлбар авч ойлгосон уу?	Тийм	Үгүй		
Хүүхдийн биеийн өсөлтийн түүхээс асууя. Төрөх үеийн биеийн жин:			гр	
Төрөх үед ямар нэгэн асуудал байсан эсэх	Байсан	Байгаагүй		
Төрсний дараа ямар нэгэн асуудал байсан эсэх	Байсан	Байгаагүй		
Нярайн үзлэгт ямар нэгэн асуудал илэрч байсан уу?	Байсан	Байгаагүй		
Өнөөдөр хүүхдийн биед зовиур байна уу? Байвал дэлгэрэнгүй бичнэ үү. ()	Тийм	Үгүй		
Сүүлийн нэг сарын хугацаанд ямар нэгэн өвчин туссан уу? Өвчний нэр ()	Тийм	Үгүй		
Сүүлийн нэг сарын хугацаанд гэр бүлийн гишүүд болон хамт тоглодог найзуудаас нь улаан бурхан, улаанууд, салхин цэцэг, гахайн хавдар туссан хүн байсан уу? Өвчний нэр ()	Тийм	Үгүй		
Сүүлийн нэг сарын хугацаанд ямар нэгэн вакцин хийлгэсэн үү? Вакцины төрөл () Хийлгэсэн огноо ()	Тийм	Үгүй		
Өмнө гэдэсний чихэлдэлтэлт түгжрэл өвчин болж байсан удаа бий юу? Мөн, бүрэн эмчлэгдээгүй төрөлхийн ходоод гэдэсний эмгэг бий юу? *Энэ тохиолдолд ротавирусийн эсрэг вакцин хийгдэхгүй.	Тийм	Үгүй		
Өмнө нь дархлал хомсдолын онош тавиулж байсан уу? Мөн уушгины хатгаа, дунд чихний үрэвсэл зэрэг халдварт өвчин ба олон дахин гүйлгэх зэрэг биеийн жингийн нэмэгдэл удаашралтай үе байсан уу? *Хэрэв тийм бол ротавирусийн эсрэг вакциныг хийхгүй байх магадлалтай.	Тийм	Үгүй		
Мөн, төрөлхийн гажиг, ходоод гэдэсний эмгэг, зүрх, бөөр, элэг, цус, тархи мэдрэлийн өвчин ба бусад өвчнөөр оношлогдож байсан эсэх Өвчний нэр ()	Тийм	Үгүй		
Тухайн өвчнийг үздэг эмч өнөөдөр хийлгэх вакциныг хийлгэж болно гэж хэлсэн үү?	Тийм	Үгүй		
Таталт өгч байсан удаа бий эсэх (сартайдаа)	Тийм	Үгүй		
Тэр үед халуурч байсан уу?	Тийм	Үгүй		
Эм болон хүнсний зүйлээс шалтгаалан арьсан дээр тууралт гарч бие нь зовиурлаж байсан эсэх Эм, хүнсний зүйлийн нэр ()	Тийм	Үгүй		
Өмнө нь вакцин хийлгээд биед нь ямар нэгэн зовиур илэрч байсан эсэх Вакцины төрөл ()	Тийм	Үгүй		
Эх нь жирэмсний үед дархлаа дарангуйлах эм тариа хэрэглэж байсан эсэх Эмийн нэр ()	Тийм	Үгүй		
Ойрын хамаатан дотор төрөлхийн дархлал хомсдолын онош тавиулж байсан хүн бий эсэх	Тийм	Үгүй		
Ойрын хамаатан дотор вакцин хийлгээд биед нь зовиур илэрч байсан хүн бий эсэх	Тийм	Үгүй		
Өмнө нь цус сэлбэх болон гамма-глобулин тариулж байсан эсэх	Тийм	Үгүй		
Өнөөдөр хийлгэх вакцины талаар бусад асуух зүйл байна уу?	Тийм	Үгүй		

ЭМЧИЙН ТЭМДЭГЛЭЛ

Дээрх асуумж болон үзлэгийн үр дүнд өнөөдөр хийх дархлаажуулалтын вакциныг (ГҮЙЦЭТГЭХ / ХОЙШЛУУЛАХ) шийдвэр гаргав.

Асран хамгаалагчид вакцины үр дүн, гаж нөлөө (ялангуяа гэдэсний чихэлдэлтэлт түгжрэл өвчин) болон "Вакцинжуулалтаас үүдэлтэй эрүүл мэндийн хохирлын халамжийн хөтөлбөр"-ийн тухай тайлбарласан болно.

Эмчийн гарын үсэг, тамга

АСРАН ХАМГААЛАГЧИЙН ТЭМДЭГЛЭЛ

Эмчийн үзлэг, зөвлөгөөг хүлээн авч дархлаажуулалтын вакцины үр дүн, зорилго, хүнд хэлбэрийн гаж нөлөө илрэх (ялангуяа гэдэсний чихэлдэлтэлт түгжрэл өвчин) магадлал, "Вакцинжуулалтаас үүдэлтэй эрүүл мэндийн хохирлын халамжийн хөтөлбөр"-ийн тухай ойлголт авсан бөгөөд уг вакциныг хийлгэхийг (ЗӨВШӨӨРСӨН / ЗӨВШӨӨРӨӨГҮЙ) болно. * Хаалтан доторхоос аль нэгийг дугуйлна уу.

Энэхүү урьдчилсан үзлэгийн хуудас нь вакцинжуулалтын аюулгүй байдлыг хангах зорилготой тул уг хуудсыг хот тосгон дүүргийн захиргаанд өгөхийг зөвшөөрч байна.

Асран хамгаалагчийн гарын үсэг

Вакцины нэр	Тарилгын хэмжээ		Тарилга хийгдсэн газар, эмчийн нэр, огноо			
	Амаар олгох		Тарилга хийсэн газар:			
Вакцины нэр:			Эмчийн нэр:			
Лот дугаар:	Rotatech®	Rotarix®	Огноо:			
Жич: Хадгалагдах хугацааг шалгаарай.	2 мл	1.5 мл	Рэйва	он	сар	өдөр