



Healthy Schools 2015-2016 Seasonal FluMist Vaccine Consent Form

PLEASE COMPLETE ALL THE INFORMATION BELOW (Unreadable and incomplete forms will not be accepted.)

Full, Legal Name of Student (<i>First Name Middle Initial. Last Name</i>) PLEASE PRINT		Name of School	
Parent/Guardian Name (<i>First Name Middle Initial. Last Name</i>)		Relationship to Student	Homeroom Teacher / Grade
Address	Email Address	Birth Date (month / date / year)	Age Sex
City	Zip Code	Home Phone #	Cell Phone #

Demographic Information: (Circle one) White American Indian/ Native Alaskan Black Asian Hispanic Other

Insurance Medicaid Circle 1 **AND** Write Below: (Molina, Humana, Prestige, Sunshine,) Please fill out the following questions re: to your child's Health Insurance:

Insurance Company: _____ Member ID: _____

Policy Holder's Name: _____ Policy Holder's Date of Birth: _____

The current health care laws require us to bill your insurance company for the vaccine. You will not be billed, and there will be no co-pay or deductible due. The service is offered at no cost to you! As always, answers are confidential.

MY CHILD DOES NOT HAVE HEALTH INS

QUESTIONS: CHECK YES OR NO FOR EACH QUESTION

Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1.) Do any of the following apply to your child? (<i>If you answer YES, your child cannot receive FluMist, please contact your child's doctor or local Health Department to receive the Flu Vaccine</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Allergy to chicken eggs or egg products • Life threatening reaction(s) to flu vaccine in the past • Has had Guillain-Barre syndrome (very rare) • Currently receiving aspirin or aspirin-containing therapy • Currently has <u>active</u> asthma (regularly taking asthma meds) • Is Pregnant or Nursing/Breastfeeding • Has HIV/AIDS or cancer or has received an organ transplant • Has long-term health problems with weakened immune system, heart disease, lung disease (e.g. cystic fibrosis), liver disease, kidney disease, or metabolic disorders (e.g. diabetes) or blood disorders (e.g. sickle disease or thalassemia) • Has other severe chronic health conditions
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1.) Will your child have close contact with a person with a severely weakened immune system? (e.g. protective sterile hospital environment for bone marrow transplant)
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1.) Within the last 30 days, has/will your child receive one of the following vaccines: MMR, MMRV, and/or Chicken pox vaccine (VZV)? If YES please list the date received <input style="width: 100px;" type="text"/>

IF YOU HAVE ANY HEALTH QUESTIONS, PLEASE CONTACT YOUR CHILD'S PEDIATRICIAN
OR CALL HEALTHY SCHOOLS AT 1-800-566-0596 TO SPEAK TO A HEALTHY SCHOOLS NURSE.

I have received, read, and understand the CDC Vaccine Information Statement for the live attenuated intranasal flu vaccine (FluMist). I have read these documents and understand the risk and benefits of the FluMist vaccine. I give permission to Healthy Schools and their administrators to give my child the vaccine in my absence, to communicate with other healthcare providers, as needed, and for data entry, billing and storage according to Florida Department of Health policies, to assure optimal healthcare for my child. . I hereby release Healthy Schools from any and all liability associated with the administration and potential side effects of the vaccine.

YES, I Want To Help Protect My Family And Community From Flu By Allowing My Child To Receive FluMist!

Printed Name of Parent/Guardian

Signature of Parent/Guardian

Date

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY FOR ADMINISTRATION

VIS CDC LAIV _____ FluMist 0.2mL Intranasal
LOT Number: _____ EXP Date: _____

VIS CDC LAIV _____ FluMist 0.2 mL Intranasal
LOT Number: _____ EXP Date: _____

RN # _____ Date: _____

RN # _____ Date: _____



Autorización para la Vacuna Estacional *FluMist* del 2014-2016

POR FAVOR RELLENEN TODA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN (No se aceptarán los formularios ilegibles e incompletos.)

Nombre Legal Completo del Estudiante (Nombre, Inicial del 2.º nombre, Apellido) POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE		Nombre de la Escuela		
Nombre de uno de los Padres/Tutores (Nombre, Inicial del 2.º nombre, Apellido)		Relación al Estudiante		Profesor del Aula Principal / Grado
Domicilio	Dirección de Correo Electrónico		Fecha de Nac. (mes / día / año)	Edad
Ciudad	Código Postal		Tel. Casa #	Tel. Celular #

Información Demográfica: (Marque una) Blanca Indígena Estadounidense/ Nativa de Alaska Negra Asiática Hispánica Otra

Seguro Medicaid (Amerigroup, Better Health, Humana, Integral, Prestige, Sunshine, Wellcare) Por favor responda las siguientes preguntas acerca del Seguro Médico de su hijo/a:

Compañía de Seguros:

Identificación de Membresía:

Nombre del Titular de la Póliza:

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:

Las leyes de asistencia médica actuales requieren que le mandemos la cuenta a su compañía de seguros por la vacuna. No se les mandará la cuenta a ustedes y no habrá copagos o deducibles. ¡El servicio se les ofrece gratis! Como siempre las respuestas son confidenciales.

MI HIJO NO TIENE SEGURO MÉDICO

PREGUNTAS: MARQUEN SÍ O NO PARA CADA PREGUNTA

Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1.) ¿Cualquiera de las siguientes es aplicable a su hijo? <i>(Si responden SÍ, su hijo no puede recibir la vacuna FluMist, por favor contacten al doctor de su hijo o al Departamento de Salud local para recibir la Vacuna contra la Gripe)</i>
		<ul style="list-style-type: none"> Alergia a los huevos de gallina o productos relacionados Reacciones a la vacuna contra la gripe que le hayan puesto la vida en riesgo en el pasado Ha padecido del síndrome de Guillain-Barré (muy raro) Está actualmente tomando aspirina o recibiendo una terapia que contenga aspirina Tiene actualmente asma activa (toma regularmente medicamentos contra el asma) Está embarazada o está lactando/amamantando Tiene VIH/SIDA o cáncer o ha recibido un trasplante de órgano Tiene problemas de salud crónicos con un sistema inmunológico debilitado, cardiopatía, enfermedades pulmonares (ej. fibrosis quística), enfermedad hepática, enfermedad renal o trastornos metabólicos (ej. diabetes) o trastornos sanguíneos (ej. anemia drepanocítica o talasemia) Tiene otras condiciones graves y crónicas de la salud
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1.) ¿Su hijo tendrá contacto con una persona que tenga el sistema inmunológico gravemente debilitado? (ej. ambiente de hospital estéril y protegido para un trasplante de médula ósea)
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1.) ¿Ha recibido o recibirá dentro de los últimos 30 días una de las siguientes vacunas: Vacuna contra el sarampión, paperas y rubéola (MMR), vacuna contra el sarampión, paperas, rubéola y varicela (MMRV) y/o vacuna contra la varicela (VZV)? Si responde SÍ por favor liste la fechas en las que las recibió <input type="text"/>

SI TIENEN CUALQUIER PREGUNTA ACERCA DE LA SALUD, POR FAVOR CONTACTEN AL PEDIATRA DE SU HIJO O LLAMEN A HEALTHY SCHOOLS AL 1-800-566-0596 PARA HABLAR CON UNA ENFERMERA.

He recibido, leído y comprendo la Declaración Informativa sobre Vacunas del CDC acerca de la vacuna viva atenuada de administración nasal (*FluMist*). He leído estos documentos y comprendo los riesgos y beneficios de la vacuna *FluMist*. Doy permiso a *Healthy Schools* y sus administradores a que le den a mi hijo la vacuna en mi ausencia, a comunicarse con otros proveedores de la salud, cuando sea necesario y para registrar datos, facturación y almacenamiento de acuerdo a las normas del Departamento de Salud de Florida, para así asegurar un cuidado óptimo de la salud de mi hijo. Por la presente eximo a *Healthy Schools* de toda responsabilidad asociada con la administración y posible efectos secundarios de la vacuna.

SÍ, ¡Quiero Proteger a mi Familia y Comunidad de la Gripe al Permitir que mi Hijo reciba la Vacuna *FluMist*!

Nombre en Letra de Molde de uno de los Padres/Tutores

Firma de uno de los Padres/Tutores

Fecha

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY FOR ADMINISTRATION

VIS CDC LAIV _____ FluMist 0.2mL Intranasal
LOT Number: _____ EXP Date: _____

VIS CDC LAIV _____ FluMist 0.2 mL Intranasal
LOT Number: _____ EXP Date: _____

RN # _____ Date: _____

RN # _____ Date: _____

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS

Vacuna contra la influenza

Lo que necesita saber

(Vacuna contra la influenza con virus vivos, intranasal)
2014-2015

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis
Muchas de las declaraciones informativas sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte www.immunize.org/vis.

1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

La influenza es una enfermedad contagiosa que se propaga a lo largo de los Estados Unidos cada invierno, generalmente, entre octubre y mayo.

La influenza es causada por los virus de la influenza y se transmite principalmente al toser, estornudar y mediante un contacto cercano.

Todas las personas pueden contraer influenza, pero el riesgo de contraerla es mayor en los niños. Los síntomas se presentan de forma repentina y pueden durar varios días. Estos pueden incluir los siguientes:

- fiebre/escalofríos
- dolor de garganta
- dolores musculares
- fatiga
- tos
- dolor de cabeza
- rinorrea o congestión nasal

La influenza puede afectar a algunas personas mucho más que a otras. Entre estas se incluyen los niños pequeños, las personas mayores de 65 años, las mujeres embarazadas y las personas con ciertas afecciones de salud, como enfermedades cardíacas, pulmonares o renales, trastornos del sistema nervioso o un sistema inmunitario debilitado. La vacunación contra la influenza es especialmente importante para estas personas y para todas las que están en contacto cercano con ellas.

La influenza también puede provocar neumonía y empeorar las afecciones médicas existentes. En los niños, puede causar diarrea y convulsiones.

Cada año, **miles de personas mueren por influenza en los Estados Unidos**, y muchas más son hospitalizadas.

La **vacuna contra la influenza** es la mejor protección contra la influenza y sus complicaciones. La vacuna contra la influenza también ayuda a prevenir el contagio de la influenza de persona a persona.

2 Vacuna contra la influenza con virus vivos, atenuada: LAIV, aerosol nasal

Usted recibirá una **vacuna contra la influenza con virus vivos, atenuada** (live, attenuated influenza vaccine, LAIV), que se aplica por vía nasal en forma de aerosol. “Atenuada” significa debilitada. Los virus de la vacuna han sido debilitados de modo que no le provocarán influenza.

Influenza (live, intranasal) VIS - Spanish - 08/19/2014

Existen otras vacunas “inactivadas” y “recombinantes” contra la influenza que no contienen virus vivos. Estas “vacunas contra la influenza” se aplican mediante inyección con una aguja.

Las vacunas contra la influenza inyectables se describen en una Hoja de información sobre vacunas por separado.

Se recomienda vacunarse contra la influenza una vez al año. Algunos niños de entre 6 meses y 8 años de edad podrían necesitar dos dosis al año.

Los virus de la influenza cambian constantemente. La vacuna contra la influenza anual se fabrica para proteger contra los virus que probablemente causen la enfermedad ese año. La vacuna LAIV protege contra 4 virus diferentes de la influenza. Si bien la vacuna contra la influenza no puede prevenir todos los casos de influenza, es la mejor defensa contra la enfermedad.

Luego de la vacunación, la protección demora unas 2 semanas en desarrollarse y dura entre varios meses a un año.

Algunas enfermedades que **no** son causadas por el virus de la influenza suelen confundirse con influenza. La vacuna contra la influenza no previene estas enfermedades. Solo puede prevenir la influenza.

La vacuna LAIV puede aplicarse a personas de entre **2 y 49 años**. Puede aplicarse de forma segura al mismo tiempo que otras vacunas.

La vacuna LAIV no contiene timerosal ni otros conservantes.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

Informe lo siguiente a la persona que le aplique la vacuna:

- **Si tiene alguna alergia severa que representa un riesgo para la vida**, incluida, por ejemplo, una alergia a la gelatina o a los antibióticos. Si alguna vez tuvo una reacción alérgica que representa un riesgo para la vida después de haber recibido una dosis de la vacuna contra la influenza o si tiene una alergia severa a cualquier parte de esta vacuna, no debe aplicarse la vacuna.
- **Si alguna vez tuvo el síndrome de Guillain-Barré (Guillain-Barré Syndrome, GBS)** (una enfermedad severa que causa parálisis). Algunas personas con antecedentes de GBS no deben recibir esta vacuna. Esto debe ser analizado con su médico.
- **Si tiene problemas de salud crónicos**, como determinados problemas cardíacos, respiratorios, renales, hepáticos o del sistema nervioso, su médico puede ayudarlo a decidir si debe recibir la vacuna LAIV.



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

- **Si ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas o si no se siente bien**. Por lo general, puede recibir la vacuna contra la influenza cuando tiene una enfermedad leve, pero es posible que se le recomiende que espere hasta sentirse mejor. Debe regresar cuando se sienta mejor.
- **Debe recibir la vacuna contra la influenza inyectable en lugar del aerosol nasal si:**
 - Está embarazada.
 - Tiene un sistema inmunitario debilitado.
 - Es alérgico a los huevos.
 - Es un niño pequeño que tiene asma o problemas de sibilancia.
 - Es un niño o adolescente que está recibiendo tratamiento con aspirina a largo plazo.
 - En el término de los próximos 7 días, cuidará o visitará a una persona que necesita cuidados especiales debido a que tiene un sistema inmunitario sumamente debilitado (pregúntele a su proveedor de cuidados de la salud).
 - Ha tomado medicamentos antivirales contra la influenza en las últimas 48 horas.

La persona que le aplica la vacuna puede brindarle más información.

4 Riesgos de una reacción a la vacuna

Con una vacuna, como con cualquier medicamento, hay probabilidades de que se produzcan efectos secundarios. Generalmente, son leves y desaparecen por sí solos.

Problemas que pueden producirse después de la aplicación de cualquier vacuna:

- Las reacciones alérgicas severas derivadas de una vacuna son muy poco frecuentes y se calculan en menos de 1 en un millón de dosis. Si se produjera una reacción alérgica, generalmente debería presentarse en el término de unos minutos a algunas horas después de la vacunación.

Problemas leves que han sido reportados después de la aplicación de la vacuna LAIV:

Niños y adolescentes de 2 a 17 años:

- rinorrea, congestión nasal o tos
- fiebre
- dolor de cabeza y dolores musculares
- sibilancia
- dolor abdominal o diarrea o vómitos ocasionales

Adultos de 18 a 49 años:

- rinorrea o congestión nasal
- dolor de garganta
- tos, escalofríos, cansancio/debilidad
- dolor de cabeza

La vacuna LAIV se fabrica a partir de virus debilitados y **no provoca influenza**.

Al igual que con cualquier medicamento, hay una probabilidad muy remota de que una vacuna cause una lesión grave o la muerte.

La seguridad de las vacunas se monitorea constantemente. Para obtener más información, visite: www.cdc.gov/vaccinesafety/

Translation provided by the Immunization Action Coalition

5 ¿Qué hago si ocurre una reacción grave?

¿A qué debo prestar atención?

- Debe prestar atención a cualquier aspecto que le preocupe, como signos de una reacción alérgica severa, fiebre muy alta o cambios de comportamiento. Los signos de una reacción alérgica severa pueden incluir urticaria, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareos y debilidad. Estos podrían comenzar entre algunos minutos y algunas horas después de la vacunación.

¿Qué debo hacer?

- Si cree que es una reacción alérgica severa u otra emergencia que no puede esperar, llame al 9-1-1 y lleve a la persona al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su médico.
- Luego, la reacción debe ser reportada al Sistema de reporte de eventos adversos derivados de las vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). El médico debe presentar este reporte o puede hacerlo usted mismo a través del sitio web del VAERS en: www.vaers.hhs.gov o llamando al **1-800-822-7967**.

El VAERS no proporciona asesoramiento médico.

6 Programa Nacional de Compensación por Lesiones ocasionadas por Vacunas

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas (Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que pueden haber tenido lesiones ocasionadas por determinadas vacunas.

Las personas que consideren que pueden haber tenido lesiones ocasionadas por una vacuna pueden informarse sobre el programa y sobre cómo presentar una reclamación llamando al **1-800-338-2382** o visitando el sitio web del VICP en: www.hrsa.gov/vaccinecompensation. Hay un plazo para presentar una reclamación de compensación.

7 ¿Dónde puedo obtener más información?

- Pregúntele a su proveedor de cuidados de la salud.
- Llame al departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC):
 - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
 - Visite el sitio web de los CDC en: www.cdc.gov/flu

Vaccine Information Statement (Interim)
Live Attenuated Influenza Vaccine

08/19/2014

Spanish

Office Use Only



42 U.S.C. § 300aa-26

TANPRI, RANPLI TOUT ENFOMASYON ANBA A (Nou p ap aksepte fòm ki pa lizib ak ki pa konplè)

Non elèv la okonplè (prenon, dezyèm non, siyati) EKRI AN LET DETACHE		Non lekòl la	
Non paran/responsab (Prenon, dezyèm non, siyati)	Relasyon ak elèv la	Pwofesè prensipal/Klas	
Adrès	let elektwonik	Dat fèt (mwa/dat/ane)	
Vil	Kòd postal	Nimewo Telefòn lakay	Nimewo pòtab
Enfòmasyon Demografik (Chwazi youn) Blan Endyen Ameriken/ Natif Alaska Nwa Azyatik Panyòl Lòt			

Asirans	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> (Amerigroup, Better Health, Humana, Integral, Prestige, Sunshine, Wellcare)	Silvoupèlè, reponn kesyon sa yo ki gen rapò ak asirans sante pitit ou a:
Konpayi Asirans		Nimewo manm	
Non ki sou kontra a:		Dat fèt moun ki nan kontra a	
Lwa aktyèl sou lasante mande pou nou voye bòdwo pou vaksen an bay asirans ou. Ou p ap resevwa bòdwo. Epi ou p ap gen Co-Pay. Yo ofri sèvis sa a gratis. Kòm toujou, repons ou yo konfidansyèl.			<input type="checkbox"/> Pitit mwen an pa gen asirans sante

KESYONS: CHEKE WI OSWA NON POU CHAK KESYON

Wi <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	1.) Èske gen youn nan sa anba yo ki aplike pou pitit ou? (<u>Si ou reponn Wi, pitit ou pa kapab resevwa FluMist, tanpri kontakte doktè pitit ou oswa Depatman Sante Lokal la pou pitit ou kapab pran Flu Vaccine (Vaksen pou grip).</u>)
		<ul style="list-style-type: none"> Alèji kont ze poul oswa lòt pwodui ze Reyaksyon ki menase vi vaksen grip te pwovoke Te gen <i>Guillain-Barre syndrome</i> (trè ra) Aktyèlman, ap resevwa terapi ak boutèy aspirin Aktyèlman, gen asthma (ap pran medikaman pou asthma) Li ansent oswa ap bay timoun tete
		<ul style="list-style-type: none"> Li te gen HIV/AIDS oswa kansè oswa te resevwa ògàn Gen pwoblèm sante alontèm avèk sistèm iminitè ki fèb, maladi kè, maladi poumon (e.g. cystic fibrosis), maladi nan fwa, maladi nan ren, oswa dezòd metabolik (e.g. dyabèt) oswa pwoblèm nan san (e.g. sickle oswa thalassemia) Li te gen lòt kondisyon sante ki grav
Wi <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	1.) Èske pitit ou a ap gen kontak pre ak yon moun ki gen sistèm iminitè li ki fèb anpil? (e.g. anvivònman lopital esteril pwotektif pou grèf mwèl zo)
Wi <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	1.) Nan espas 30 jou ki pase yo, èske pitit ou te resevwa youn nan vaksen sa yo/ gen pou resevwa: MMR, MMRV, ak/oswa vaksen saranpyon (VZV)? Si Wi, tanpri mete dat li te resevwa li a <input style="width: 100px;" type="text"/>
SI OU GEN NENPÒT KESYON SOU SANTE, TANPRI KONTAKTE PEDYAT PITIT OU A OSWA RELE HEALTHY SCHOOLS NAN NIMEWO 1-800-566-0596 POU PALE AK YON ENFIMYÈ HEALTHY SCHOOLS.		

Mwen te resevwa, li ak konprann Deklarasyon Enfòmasyon Vaksen CDC pou vaksen grip (FluMist) yo bay nan nen an. Mwen te li dokiman sa yo epi mwen konprann risk ak benefis vaksen FluMist la gen ladan. Mwen bay *Healthy Schools* ak administrasyon yo a pèmasyon pou bay pitit mwen vaksen lè mwen pa la, pou yo kominike ak lòt ajans sante, jan sa nesèsè, ak pou antre enfòmasyon, kontwòlè peman ak kenbe enfòmasyon selon règleman Depatman Sante eta Florid, pou asire plis swen posib pou pitit mwen. Nan nòt sa a, mwen retire tout responsablite sou do *Healthy Schools* ki gen rapò ak administrasyon an ak lòt efè segondè negatif vaksen an kapab koze.

Wi, Mwen vle Ede Pwoteje Fanmi m ak Kominote a Pou yo pa Gen Grip Pandan M ap Pèmèt Pitit Mwen Pran Vaksen FluMist!

Non Paran/Responsab ekri an lèt detache _____

Siyati Paran/Responsab _____

Dat _____

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY FOR ADMINISTRATION

VIS CDC LAIV XXXXXXXX FluMist 0.2mL Intranasal
LOT Number: _____ EXP Date: _____

VIS CDC LAIV XXXXXXXX FluMist 0.2 mL Intranasal
LOT Number: _____ EXP Date: _____

RN # _____ Date: _____

jRN # _____ Date: _____

BILTEN ENFÔMASYON SOU VAKSEN :

Vaksen kont grip Bagay ou bezwen konnen

(Vaksen kont grip,
vivan, nan twou nen)

2014-2015

Many Vaccine Information Statements are
available in Spanish and other languages.
See www.immunize.org/vi
Ampli bilten enfòmasyon sou vaksen yo
disponib an panyòl ak lòt lang. Al gade nan
www.immunize.org/vi

1 POUKISA pou yo pran vaksen an ?

Grip ("flu") se yon maladi kontajye ki pwopaje nan Etazini chak ivè, dabitid ant oktòb ak me.
Se viris grip yo ki bay grip. Grip la pwopaje sitou lè moun touse, ekstènnye ak nan kontak kolekole ak lòt moun.
Nenpòt moun ka pran grip, men risk la pi plis pami timoun. Sentòm yo vini bridsoukou e yo ka dire plizyè jou. Pami sentòm yo, genyen :

- latyèw / frison
- malgòj
- tous
- fatig
- touss
- maltet
- nen k ap koule oswa nen bouche

Grip ka lakoz kek moun pi malad pase kek lòt. Pami moun ki ka pi malad yo, genyen : jenn timoun, moun ki gen 65 an oswa ki gen plis pase 65 an, fanm ansent ak moun ki soufri kek maladi tankou maladi nan kè, nan poumon oswa nan ren yo, maladi nan sistèm nève yo oswa sistèm defans kò yo fèb. Vaksen kont grip la espesyalman enpòtan pou moun sa yo ak nenpòt moun ki gen kontak kolekole avèk yo.
Grip ka lakoz tou nemoni epi li ka fè lòt maladi moun nan te genyen vin pi mal. Li ka lakoz timoun yo gen dyare ak kriz malakadi.
Chak ane grip touye plizyè milye moun nan Etazini, epi li fè yon pakèt lòt moun al entèn nan lopital.
Vaksen kont grip la se pi bon pwoteksyon kont grip ak komplikasyon li yo. Vaksen kont grip ede tou pou prevni grip la pwopaje soti nan yon moun al nan yon lòt.

2 LAIV - Vaksen vivan e atenye kont grip pou espere nan nen

Yo viris va nan vaksen atenye kont grip, ki fèt ak yon viris vivan (ki rele LAIV). Se flite y ap flite l nan nen w. "Atenye" vle di atèbli. Yo te atèbli viris yo ki nan vaksen an pou yo pa ka ba w grip.
Gen lòt vaksen kont grip "inaktive" e "ki fèt ak viris ki pa anv" ki pa gen viris vivan ladan yo. Se avèk yon sererey ap ba w "piki kont grip" sa yo.

Yo bay enfòmasyon sou vaksen yo bay ak sererey yo nan yon lòt bilten enfòmasyon sou vaksen.

Yo rekòmande pou moun pran vaksen kont grip la chak ane. Kek timoun ki gen ant 6 mwa a 8 an ka bezwen de doz pa ane.

Viris grip yo toujou ap chanje. Chak ane yo fè vaksen kont grip la pou l bay pwoteksyon kont viris yo ki gen chans pou yo lakoz maladi nan ane sa a. LAIV bay pwoteksyon kont 4 viris grip diferan. Vaksen kont grip la pa ka prevni tout ka grip, men se pi bon defans kont maladi a.

Li pran apeprè 2 semèn apre vaksinasyon an pou moun devlope pwoteksyon kont grip la, e pwoteksyon an ap dire plizyè mwa jiska yon ane.

Pa etè, yon konn konfòm kek lòt maladi, viris grip la pa lakoz, ak maladi grip la. Vaksen kont grip la pap ka prevni maladi sa yo. Li ka sèlman prevni grip.

Yo ka bay moun ki gen 2 jiska 49 an vaksen LAIV a. Li ka pa lakoz pwoblèm si yo bay li an menm tan ak lòt vaksen.

LAIV pa gen thimerosal oswa lòt prezèvatif ladan li.

3 Kèk moun pa dwe pran vaksen sa a

Fè moun k ap ba w vaksen an konnen :

- Si w te jann gen nenpòt aleji grav oswa ki te menase lavi tankou (pa ekzanp) aleji ak jelatin oswa antibyotik. Si w te jann gen yon reyaksyon alejik ki te menase lavi w apre yon doz vaksen kont grip oswa si w fè aleji grav ak nenpòt pati nan vaksen sa a, ou pa dwe pran vaksen an.
- Si w te jann gen sendwòm Guillain-Barré (yon maladi grav ki ka paraliz w, yo rele tou GBS). Kek moun ki te soufri GBS pa dwe pran vaksen sa a. Ou dwe diskite sa ak doktè w.
- Si w gen pwoblèm lasante ki dire lontan, tankou pwoblèm kè, reprasyon, nan ren, nan fwa oswa sistèm nève, doktè w ka ede deside si w dwe pran LAIV.

Influenza (live, intranasal) VIS - Haitian Creole - 8/19/14



- Si w te pran nenpòt lòt vaksen nan 4 dènye semèn yo oswa si w pa santi w byen. Dabitid, pa gen pwoblèm pou yon moun pran vaksen kont grip si l santi l onrijan malad, men yo ka konseye w pou w ret tan jiskaske w fè mye. Ou dwe retounen lè w fè mye.
- Ou dwe pran piki kont grip la olye sa yo flite nan nen an si ou :

- ansent
- gen yon sistèm defans ki atèbli
- fè aleji ak ze
- se yon jenn timoun ki fè opresyon oswa souf li ap dire sou kof lestomak li
- se yon timoun oswa adolèsan ki gen lontan l ap pran aspirin
- pral pran swen oswa vizite yon moun ki bezwen swen espesyal pou tèt sistèm defans li atèbli anpil anpil, nan entèval 7 pwochen jou yo (mande moun ki ba w swen lasante a)
- te pran medikaman kont viris grip la nan 48 dènye èdtan yo

Moun ki ap ba w vaksen an ka ba w enfòmasyon.

4 Risk pou moun fè reyaksyon a vaksen an

Lè moun pran yon vaksen, tankou nenpòt medikaman, gen chans pou l gen efè segondè. Dabitid, efè segondè sa yo pa grav e y ap pase poukont yo.

Pwoblèm ki ka rive apre w pran nenpòt vaksen :

- Li ra anpil pou yon moun fè reyaksyon alejik grav apre yon vaksen. Yo estime reyaksyon alejik grav yo ka rive nan pi piti pase l sou yon milyon doz. Si youn ta rive, dabitid l ap fè nan entèval kek minit a kek èdtan apre vaksinasyon an.

Pwoblèm ki pa grav yo te rapòte apre moun te fin pran LAIV :

Timoun ak adolesan ki gen 2 a 17 an :

- nen k ap koule, nen bouche oswa tous
- latyèw
- maltet ak doule nan vyann kò w
- souf yo ap kriye sou kof lestomak yo
- malvatw oswa kek fwa vomisman oswa dyare

Adilt ki gen 18 a 49 an :

- nen k ap koule, nen bouche
- malgòj
- tous, frison, fatig / feblès
- maltet

Yo fè LAIV ak viris yo atèbli. Li pap lakoz moun gen grip. Menm jan ak nenpòt medikaman, gen yon ti chans tou piti piti pou yon vaksen lakoz yon domaj grav oswa lamò. Yo toujou ap sivwey pou moun pran vaksen yo an tout sekirite. Pou plis enfòmasyon, vizite : www.cdc.gov/vaccinesafely/

5 E si reyaksyon an grav ?

Kisa m dwe chache ?

- Chache nenpòt bagay ki enkyete w tankou si yon reyaksyon alejik grav, gwo gwo latyèw oswa chanjman nan konpòtman.

Pami siy reyaksyon alejik grav yo genyen : chof, anflamasyon nan figi ak gòj, difikilite pou respire, batman kè rapid, tèt vire ak feblès. Yo ka kòmanse nan kek minit jiska kek èdtan apre vaksinasyon an.

Kisa m dwe fè ?

- Si w pansè se yon reyaksyon alejik grav oswa lòt ijans ki pa ka ret tann, rele 9-1-1 epi mennen moun nan nan lopital ki pi pre a. Otreman, rele doktè w.
- Apre sa, yo dwe rapòte reyaksyon an bay Sistèm pou Rapòte Efè Segondè Vaksen (yo rele l an anglè VAERS). Doktè w la dwe voye rapò sa ale oswa ou ka fè l poukont ou atravè sit entènèt VAERS la nan www.vaers.hhs.gov oswa w ka rele 1-800-822-7967.

VAERS pa bay konsèy medikal.

6 Pwogram Nasyonal Konpansasyon pou Domaj Vaksen Lakoz

Pwogram Nasyonal Konpansasyon pou Domaj Vaksen Lakoz (VICP) se yon pwogram yo te kreye pou konpansè moun ki viktim akòz efè kek vaksen fè sou yo. Moun ki kwè yo te viktim akòz efè yon vaksen ka enfòme yo sou pwogram nan ak sou kijan yo fè yon demand pou konpansasyon lè yo rele 1-800-338-2382 oswa vizite sit entènèt VICP a nan www.hrsa.gov/vaccinecompensation. Gen yon delè pou ranpli demand pou konpansasyon an.

7 Kijan m ka aprann plis ?

- Mande moun ki ba w swen lasante a.
- Rele depatman lasante nan lokalite w la oswa nan eta a.
- Kontakte Sant yo pou Kontwòl ak Prevansyon Maladi (CDC) :
- Rele 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) oswa
- Al nan sit entènèt CDC a nan www.cdc.gov/flu

Vaccine Information Statement (Interim)
Live Attenuated Influenza Vaccine

8/19/14

42 U.S.C. § 300aa-26



HAITIAN CREOLE

Translation provided by Massachusetts Dept. of Public Health