

|  |             |        |          |
|--|-------------|--------|----------|
| BACILLE CALMETTE-GUERIN<br>(BCG) AŞI ÖNCESİ<br>KONTROL LİSTESİ VE ONAY<br><b>Bacille Calmette-Guerin (BCG) pre<br/>vaccination checklist and consent</b> | SURNAME     | D.O.B. |          |
|  | FIRST NAMES | AGE    | SEX      |
|  | ADDRESS     |        |          |
|  |             |        | POSTCODE |
|  | TELEPHONE   | M.R.N. |          |

Aşağıdaki bilgiler Bacille Calmette Guerin (BCG) aşısı (Bacille Calmette Guerin (BCG) vaccination) için sağlıklı olup olmadığınızı değerlendirmek üzere gereklidir.

Aşağıda sıralanan koşullar sizin veya çocuğunuzun bugün kesinlikle aşı olamayacağı anlamına gelmez, **ancak, aşılanacak kişide şu koşullar varsa lütfen hemşireye bildirin:**

- Bugün iyi değilse (örneğin, ateşi  $\geq 38.5^{\circ}$  ise)
- Bağışıklığını azaltacak bir hastalığı varsa (örneğin, kan kanseri, kanser, HIV/AIDS veya kemik iliği ya da lenf sistemlerini kuşatan tümörler); veya bağışıklığı azaltan bir tedavi görüyorsa (örneğin, kortizon ve prednizon gibi steroid ilaçlar, kemoterapi veya radyasyon tedavisi);
- Herhangi bir aşıya şiddetli bir tepki göstermişse;
- Şiddetli alerjileri varsa;
- Son bir ay içinde başka bir aşı olmuşsa;
- Bir verem vakasına maruz kalmışsa veya verem nakledebilen bir kişi olarak izleniyorsa;
- Verem için geçmişte BCG aşısı olmuşsa.

**LÜTFEN DİKKAT: Şu kişilere BCG aşısı önerilmez:**

- Geçmişte yapılan tüberkülin cilt testi reaksiyonu pozitif, yani  $\geq 5$  mm olanlar;
- HIV enfeksiyonu olan hastalar ve (bu kişilere geçmiş olan BCG enfeksiyonu riski nedeniyle) hastalıklara karşı bağışıklık geliştiremeyenler;
- HIV antikör durumunun bilinmediği hallerde yüksek HIV enfeksiyonu riski taşıyan kişiler;
- Yaygın cilt hastalıkları olanlar;
- Gebe kadınlar – BCG'nin cenin hasarına neden olduğu kanıtlanamamıştır ama gebelik sırasında canlı aşıların kullanılması önerilmemektedir; ve
- Verem hastalığı geçirenler.

Bedenlerinde lifli cilt tümörü (önemli yara dokusu) çıkan kişilere, BCG aşısından sonra çoğu kişide bir yara izi kaldığı ve BCG aşısı olan yerde bir cilt tümörünün kalma olasılığının bulunduğu belirtilir.

**Sizde veya çocuğunuzda yukarda sıralanan koşullardan biri varsa, lütfen BCG aşısı olmadan önce hemşireye bildiriniz. Bu bilgiler veya BCG aşısı ile ilgili başka bir konu hakkında herhangi bir sorunuz varsa, aşı yapılmadan önce hemşireye sorunuz.**

**Hemşire size şunları soracaktır:**

- Bu formu ve BCG aşı Bilgilendirme Belgesi'ni okuyup anladınız mı; ve
- BCG aşısı olup olmamak için daha fazla bilgiye ihtiyacınız var mı.

BCG aşısının riskleri ve yararları bana bildirilmiştir ve bu bilgiler hakkında göğüs kliniği hemşiresi ile görüştüm. Verdiğim bilgiler bildiğim kadarıyla doğrudur.

**Şu kişi için BCG aşısı yapılmasını onaylıyorum:**

***I consent to the administration of the BCG vaccine for:***

Yanlış yanıtın üzerini çizin:

*Cross out the incorrect response:*

**KENDİM**

/

**ÇOCUĞUM**

**MYSELF**

/

**MY CHILD**

İmza:

*Signature:* \_\_\_\_\_

Tarih:

*Date:* \_\_\_\_\_

İsmi Yazın:

*Print Name:* \_\_\_\_\_

Akrabalık Derecesi:

*Relationship:* \_\_\_\_\_

**Göğüs Kliniği Hemşiresi / Aşıcı:**

***Chest Clinic Nurse / Immuniser:***

İsmi Yazın:

*Print Name:* \_\_\_\_\_

İmza:

*Signature:* \_\_\_\_\_

**Comments:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_