

患者姓名: _____

患者出生日期: _____

成熟未成年人说明（适用于所有18岁以下接种疫苗的患者）

本表格自签署之日起一年内有效。

本人作为家长或法定监护人（或符合法定例外情形的患者*），通过签署本表格，自愿同意上述受种者接受Metro公共卫生部工作人员提供的医疗服务，包括必须的疫苗接种。本人声明，如有虚假陈述，愿承担相应责任；本人确为下述儿童的家长/法定监护人，且拥有为其接种疫苗提供书面同意的监护权。预约时须提供监护文件，文件副本将存入患者病历。请阅读并确认以下内容后在下方签名：

本人有权为今日就诊的患者/本人子女做出医疗决定。

本人了解患者/本人子女入学所需的疫苗接种系列（详见本表格背面），并希望患者/本人子女今日根据需求/年龄/资格接种该系列疫苗**。

本人已通过CDC网站

(<https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>)查阅《疫苗信息说明书》(VIS)，或已收到今日所需接种疫苗的VIS副本。

本人同意，本表格自签署之日起一年内将作为同意书，用于继续为受种者提供该疫苗系列中所需的后续接种，除非家长/监护人取消同意。

在今日接种疫苗前，本人无其他疑问。

家长/法定监护人工整填写的姓名

与患者关系

患者/家长/法定监护人签名

日期

卫生部工作人员（签名/职称）

*根据TCA § 63-1-165，“未成年人”指未满18周岁的个人，但不包括以下人员：i)

根据第29章第31节规定获得法律独立的未成年人；ii) 根据第63-6-

111节规定需要紧急治疗的人员；曾是或现为美国武装部队成员、预备役部队或国民警卫队成员的人员；或是未成年子女的父母且对该未成年子女拥有完全监护权的人员。

**田纳西州在校儿童疫苗接种要求详见表格背面。

田纳西州在校儿童疫苗接种要求

入读幼儿园的儿童

- 乙型肝炎(HBV)
- 白喉-破伤风-百日咳疫苗 (DTaP, 或适用时为DT)
- 脊髓灰质炎疫苗 (IPV或OPV) - 最后一剂需在四岁生日当天或之后接种
- 麻疹、腮腺炎、风疹疫苗 - 各2剂, 通常以MMR的形式联合接种
- 水痘疫苗 - 2剂, 或有可靠的患病史
- 甲型肝炎疫苗 - 共2剂, 两剂间隔至少6-18个月

所有入读七年级的儿童 (包括已在校学生)

- 破伤风-白喉-百日咳加强针(Tdap) -
无论既往Td接种史如何, 均需在入读七年级前提供1剂Tdap的接种证明 (接种时年龄需满10岁及以上)
- [七年级水痘疫苗接种要求更新](#)

首次入读田纳西州学校且非幼儿园年级的儿童

- 白喉-破伤风-百日咳疫苗 (DTaP, 或适用时为DT)
- 麻疹、腮腺炎、风疹 (各 2 剂, 通常以MMR的形式联合接种)
- 脊髓灰质炎疫苗 (IPV或OPV) - 现要求最后一剂需在四岁生日当天或之后接种
- 水痘疫苗 (2剂, 或有可靠的患病史) - 此前仅要求一剂
- 乙型肝炎疫苗(HBV)- 此前仅要求幼儿园、七年级入学时接种
- 入读非七年级的新生无需接种Tdap疫苗

田纳西州全日制大学生

- 麻疹、腮腺炎、风疹 (各2剂, 通常以MMR的形式联合接种): 仅适用于1957年1月1日及之后出生者。
- 水痘疫苗 (2剂, 或有可靠的患病史): 仅适用于1980年1月1日及之后出生者。
- 乙型肝炎疫苗(HBV) -
仅适用于预计会接触患者的健康科学专业学生 (需在接触患者前完成接种)。
- 脑膜炎球菌疫苗 -
首次入读公立院校、年龄不满22岁且居住在校内宿舍者, 至少需在16岁及以上时接种1剂; 私立院校对此疫苗有自主规定。