



Today's Homecare, Inc.
2575 East 14 Street, Unit C1, Brooklyn, NY 11235
Phone: 718-650-3558 | Fax: 855-289-2365
www.TodaysHC.com * Info@TodaysHC.com

Declination of Influenza Vaccination for Health Care Personnel

I have been advised that I should receive the influenza vaccine to protect myself and the patients I serve. I have read the Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) Vaccine Information Statement explaining the vaccine and the disease it prevents. I have had the opportunity to discuss the statement and have my questions answered by a healthcare provider. I am aware of the following facts: Influenza is a serious respiratory disease that kills thousands in the United States each year.

- *Influenza vaccination is recommended for me and all other healthcare personnel to protect this facility's patients from influenza, its complications, and death.*
- *If I contract influenza, I can shed the virus for 24 hours before influenza symptoms appear. My shedding the virus can spread influenza to patients in this facility.*
- *If I become infected with influenza, I can spread severe illness to others even when my symptoms are mild or non-existent.*
- *I understand that the strains of virus that cause influenza infection change almost every year and even if they don't, my immunity declines over time. This is why vaccination against influenza is recommended each year.*
- *I understand that I cannot get influenza from influenza vaccine.*
- *The consequences of my refusing to be vaccinated could have life-threatening consequences to my health and the health of those with whom I have contact, including all patients in this healthcare facility, coworkers, my family and my community.*
- *Because I have refused vaccination against influenza, I will be required to wear surgical or procedure masks in areas where patients or residents may be present during the influenza season.*

I acknowledge that I have read this document in its entirety and fully understand it. Despite these facts, I have decided to decline the influenza vaccine by my signature below. I realize that I may re-address this issue at any time and accept vaccination in the future.

ОТКАЗ РАБОТНИКА ОТ ПОЛУЧЕНИЯ ВАКЦИНЫ ОТ ГРИППА

Меня проинформировали о том, что я могу получить вакцину от гриппа для того, чтобы обезопасить себя и пациентов, которых я обслуживаю. Я ознакомился(лась) с информацией Центра по контролю и предотвращению заболеваний (CDC) по поводу вакцинации и заболевания, которое она предотвращает. У меня была возможность обсудить эту информацию с медицинским работником и получить ответы на интересующие меня вопросы. Я осведомлен(а) о следующих фактах:

- Грипп является серьезным респираторным заболеванием, от которого в США ежегодно умирают тысячи жителей.
- Противогриппозная прививка рекомендована для меня и других работников по уходу на дому для защиты пациентов от гриппа, осложнений и смерти.
- Если я заражусь гриппом, я буду носителем вируса и могу заражать гриппом окружающих уже за 24 часа до появления первых симптомов заболевания.
- Если я заражусь гриппом, я буду распространять очень серьезное заболевание и заражать других даже в том случае, если мои симптомы не очень острые или отсутствуют.
- Я понимаю, что вирус гриппа постоянно мутирует и заболевание видоизменяется почти ежегодно. Если даже этого не происходит, то моя иммунная система со временем ослабевает. Именно поэтому вакцинация от гриппа рекомендована каждый год.
- Я понимаю, что я не могу заболеть гриппом от процесса получения прививки как таковой.
- Мой отказ получить противогриппозную прививку может иметь опасные для жизни последствия для меня и для тех, с кем у меня контакт, включая моих пациентов, сотрудников, мою семью и окружающих.
- С связи с моим отказом от получения прививки от гриппа, я буду обязан(а) носить маску в тех помещениях, где находится мой пациент в период распространения гриппа.

Я прочитал(а) этот документ и полностью понял(а) содержащуюся в нем информацию. Несмотря на это, я отказываюсь от получения прививки от гриппа, о чем свидетельствует моя подпись. Я понимаю, что я могу в любое время изменить мое мнение и получить противогриппозную вакцину в будущем.

(Full Name) Фамилия/Имя: _____ ID#: _____

(Signature) Подпись: _____ (Date) Дата: _____