**Возможности иммунизации... Будущее в твоих руках**

Руководство по иммунизации для дипломированных медицинских сестер и врачей.

Подготовлено Ассоциацией Медицинских Сестер Штата Мичиган

**Оценка ребенка, нуждающегося в прививках.**

(Пример утвержденной подборки материалов, используемых в одном из округов США.)

Руководство по проведению оценки.

Оценка перед вакцинацией - это процедура, которую проводит каждый профессиональный работник здравоохранения для того, чтобы удостовериться в том, можно ли безопасно прививать ребенка. Каждый центр или отдел здравоохранения разрабатывают собственные специфические инструкции для определения возможности вакцинации. Ознакомьтесь с тактикой определения кого, чем и когда прививать.

Определите возраст ребенка.

Определите прививочный анамнез ребенка.

Проверьте информацию-запись или прививочную карту ребенка. Если запись о прививке отсутствует, как быстро и точно Вы сможете узнать, какие прививки получил этот ребенок?

Задайте скрининговые вопросы. (См. пример на следующей странице).

Оцените наличие противопоказаний и предосторожностей для этого ребенка.

Объясните, какие прививка Вы собираетесь делать и возможные побочные эффекты.

Получите информированное согласие родителя или опекуна ребенка.

На последующих страницах вы найдете пример бланка иммунизационной информации, который следует заполнить при проведении предпрививочного собеседования и материал, объясняющий причину задаваемых вопросов. Этот материал следует использовать как руководство в помощь принимающему решение о проведении/непроведении вакцинации.

Бланк иммунизационной информации

Прививки согласно календарю прививок проводятся детям и взрослым при наличии вакцин и в соответствии с политикой Мичиганского Отдела Здравоохранения и этого центра.

Спасибо за посещение нашей поликлиники. Вы можете задавать любые вопросы медсестре.

Информация о пациенте подлежащем иммунизации:

|  |
| --- |
| Фамилия: Имя: Отчество: Дата рождения: Пол:  М Ж |
| Адрес: Номер Страхового полиса: |
| Город или поселок: Почтовый индекс: Телефон: |
| Имя родителя (для несовершеннолетних): Врач: Телефон: |
| Аллергии, и.т.д. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дифтерия  Столбняк  Коклюш | Полио | Корь  Паротит  Краснуха | Гемофильная  палочка  тип b | Дифтерия  Столбняк  (ребенок) | Дифтерия  Столбняк  (взрослый) | Гепатит В |

Медицинская страхование: Медикейд Частная Не застрахован

Пациент, пришедший на прививку:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Получал ли прививки в этой поликлинике в прошлом?........................ | Да | Нет |
| Был ли болен за последние 24 часа?(все)...................................................... | Да | Нет |
| Имел ли серьезные реакции на прививки?.(все)........................................... | Да | Нет |
| Получал ли кровь, плазму или гаммаглобулин за последние три месяца?..................................................................................... | Да | Нет |
| Принимает ли какие-нибудь лекарства, особенно кортикостероиды или иммунедепрессанты (КПК[[1]](#footnote-1), ОПВ[[2]](#footnote-2))?.......................................................... | Да | Нет |
| Имеет ли аллергию на яйца (КПК), неомицин (КПК), стрептомицин (ИПВ[[3]](#footnote-3)), дрожжи (Геп В), мертиолят (АКДС[[4]](#footnote-4), Гb)?................................................................................................................ | Да | Нет |
| Дает ли судороги?(АКДС, КПК)............................................................................................................... | Да | Нет |
| Болен ли раком, лейкемией, имеет ли состояние или заболевание, вызывающие иммунодефицит (например, гипогаммаглобулинемия, ВИЧ, тромбоцитопения, волчанка, последствия радиационной/химической терапии или иное)?(ОПВ, КПК)................................................................................... | Да | Нет |
| Есть ли вероятность беременности?................................................................................................. | Да | Нет |
| Есть ли у кого-нибудь из живущих вместе проблемы с иммунитетом?................................................................................................. | Да | Нет |

Укажите, в чем состоит проблема

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 КПК=Тривакцина

2 ОПВ=Оральная(живая) вакцина против полиомиелита

3 ИПВ=Инактивированная Полио вакцина

4 Геп В=Гепатит В

5 АКДС=Коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина

6 Гb= Вакцина против гемофильной палочки типа b(Haemophilius influenzae b)

Разрешение на использование информации

Я разрешаю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название центра) по необходимости знакомить соответствующих работников школы или работников здравоохранения с этим иммунизационным документом. Я лично ознакомилась/ознакомился с информацией (или же мне было зачитано и объяснено содержание), из Буклета по Вакцинопрофилактике или соответствующего документа о конкретных заболеваниях и вакцинах, которое надлежит вводить сегодня. У меня была возможность задать и получить удовлетворяющие меня ответы на вопросы. Я считаю, что я полностью понимаю выгоду и риск связанный с конкретной вакциной/вакцинами. Я прошу сделать прививку указанной вакциной/вакцинами мне или лицу, за которое я уполномочена сделать этот запрос, и я прошу зарегистрировать получение этой прививки /прививок в этом документе.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись лица, получающего прививку Число/Месяц/Год

или уполномоченого сделать запрос

на вакцинацию.

Объяснение задаваемых вопросов

(По какой причине мы задаем подобные вопросы. Использовать в качестве руководства)

Пациент, пришедший на прививку:

Получал ли прививки в этой поликлинике в прошлом?

|  |  |
| --- | --- |
| Обоснование: | В целях компьютеризации хранения медицинской информации. |

Был ли болен за последние 24 часа?

|  |  |
| --- | --- |
| Обоснование: | Во время тяжелой болезни или болезни средней тяжести, с температурой или без температуры, вакцинация противопоказана. |

Имел ли серьезные реакции на прививки?

|  |  |
| --- | --- |
| АКДС обоснование:  Обоснование для всех других вакцинаций: | АКДС имеет следующие противопоказания к применению:  Анафилактическая реакция на вакцину.  Энцефалопатия в течение 7 дней после одной из предыдущих доз АКДС.  АКДС имеет следующие предостережения к применению:  Температура равная или выше 40.50С в течение 48 часов после предыдущей дозы АКДС.  Коллапс или шоковое состояние, проявляющееся в течение 48 часов после предыдущей дозы АКДС.  Появление судорог в течение 3 дней после получения предыдущей дозы АКДС.  Плач, непрекращающийся 3 и более часов (невозможно утешить ребенка), в течение 48 часов после предыдущей дозы АКДС. Значение такого плача неизвестно. В подобных ситуациях необходимо тщательно взвесить пользу и риск, связанные с вакцинированием. Если кажется, что риск перевешивает, отмените прививку; если перевешивает польза (например, во время эпидемии или поезди в другие страны), проведите прививку.  Неврологические расстройства: Решение делать или не делать прививку детям с неврологическими расстройствами может быть очень сложным и его необходимо принимать только на индивидуальной основе после тщательного и продолжительного рассмотрения всех за и против (пользы и риска, связанного с вакцинацией).  Оцените реакции на индивидуальной основе, взвешивая пользу и риска, связанный с вакцинацией. Проконсультируйтесь с лечащим врачом клиента, если у Вас имеются сомнения или вопросы. |

Получал ли кровь, плазму или гаммаглобулин в последние три месяца?

|  |  |
| --- | --- |
| КПК обоснование: | Эти продукты негативно влияют на активный иммунный ответ. |

Принимает ли какие-нибудь лекарства, особенно кортикостероиды или иммунедепрессанты (КПК, ППВ)?

|  |  |
| --- | --- |
| КПК обоснование:  ОПВ обоснование: | Пациеты со значительно сниженным иммунитетом, за исключением ВИЧ инфицированных пациентов, не должны получать прививку от кори.Размножение вакцинного вируса может быть усилено у пациентов, страдающих заболеваниями, которые сопровождаются иммунодефицитом.  Пациенты, проходящие иммуносупрессивную терапию фармакологическими дозами кортикостероидов не должны получать ОПВ из-за риска развития паралитического полиомиелита. |

Имеет ли аллергию на яйца (КПК), неомицин (КПК), стрептомицин (ИПВ), дрожжи (Геп В), тимерозол (АКДС, Гb)?

|  |  |
| --- | --- |
| Яйца-КПК обоснование:  Неомицин-КПК обоснование:  Неомицин-ИПВ  обоснование:  Стрептомицин-ИПВ обоснование:  Дрожжи-Гепатит В обоснование:  Мертиолят-АКДС, Гb, Гепатит B обоснование: | Живая вакцина против кори выращивается на клеточных культурах куриных эмбрионов. Те лица, у которых в прошлом имелись анафилактические реакции после употребления яиц в пищу, должны получать прививку при соблюдении максимальной осторожности.  Вакцина против кори содержит незначительное количество неомицина: те лица, у кого наблюдается анафилактическая реакция на местное или общее применение неомицина, не должны получать прививку от кори.  ИПВ содержит незначительное количество неомицина; возможна аллергическая реакция у людей, чувствительных к неомицину.  ИПВ содержит незначительное количество стрептомицина; возможна аллергическая реакция у людей, чувствительных к стрептомицину.  Вакцина против Гепатит В продуцируется дрожжевыми клетками. Возможно появление аллергической реакция у людей, чувствительных к дрожжам.  Тимерозол используется в качестве консерванта во всех этих вакцинах. Возможно появление аллергической реакция у людей, чувствительных к мертиоляту. |

Дает ли судороги?(АКДС, КПК)

|  |  |
| --- | --- |
| АКДС обоснование: | (Особенно коклюшный компонент) Дети грудного и более старшего возраста, которые в прошлом давали судороги, могут дать их вновь на введение вакцины, содержащей коклюшный компонент. Вопрос о том, прививать или нет АКДС детям с доказанными судорогами или с подозрением на неврологические расстройства (включая судорожные расстройства), должен решаться индивидуально с лечащим врачом ребенка. |

Болен ли раком, лейкемией, имеет ли состояние или заболевание, вызывающие иммунодефицит (например, гипогаммаглобулинемия, ВИЧ, тромбоцитопения, волчанка, последствия радиационной/химической терапии или иное)?(ОПВ, КПК)?

|  |  |
| --- | --- |
| ОПВ обоснование:  КПК обоснование:  ВИЧ-инфекция обоснование: | Любой пациент с измененным иммунным статусом не должны получать ОПВ из-за риска паралитического полиомиелита.  Пациенты со значительно измененным иммунным статусом, за исключением ВИЧ-инфицированных, не должны получать живую вакцину против кори. Результат действия вакцинного коревого вируса может быть усилен у пациентов, страдающих иммунодефицитом и с подавленным иммунным ответом.  ИПВ надо прививать бессимптомным пациентам, о которых известно, что они являются ВИЧ инфицированными, так как применение ОПВ может привести к паралитическому полиомиелиту. Можно рассмотреть вопрос о прививке КПК для ВИЧ инфицированных детей с симптомами, включая детей, больных СПИДом, так как корь у таких детей может иметь очень тяжелое течение. Ограниченные данные по КПК - вакцинации ВИЧ-инфицированных детей с симптомами и без показывают, что КПК не приводит к тяжелым или неожиданными побочными эффектам, хотя антительный ответ может быть непредсказуемым. |

Есть ли вероятность беременности?

|  |  |
| --- | --- |
| ОПВ обоснование:  КПК обоснование: | Необходимо избегать иммунизации из-за чисто теоретического риска. Однако, если беременной женщине рекомендуется немедленная защита, то вводят ОПВ.  Необходимо избегать иммунизации из-за чисто теоретического риска. |

Есть ли у кого-нибудь из живущих вместе проблемы с иммунитетом?

|  |  |
| --- | --- |
| ОПВ обоснование: | ОПВ нельзя использовать для иммунизации членов семьи, живущих с лицами, страдающими иммунодефицитом, измененным иммунным статусом , лекарственной иммуносупрессией или ВИЧ инфекцией, так как есть риск заболевания паралитическим полиомиелитом, связанным с прививкой. Для таких лиц рекомендуется использование ИПВ. |

1. КПК=Тривакцина “Корь+Паротит+Краснуха” [↑](#footnote-ref-1)
2. ППВ=Пероральная (живая) вакцина против полиомиелита [↑](#footnote-ref-2)
3. ИПВ=Инактивированная Полиомиелитная вакцина [↑](#footnote-ref-3)
4. АКДС=Коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина [↑](#footnote-ref-4)