

APPENDIX 5B. CONTACTING PATIENTS, PROXIES OR PARENTS/GUARDIANS FOR VACCINATION STATUS

All participating FluSurv-NET sites may contact patients, proxies or patients' parent/guardian (family member) to obtain patient vaccination history if this information is not available from medical chart review, physician records or state vaccination registries. If patients are deceased or unable to answer for some reason an interview will be held with the patient's proxy (e.g., spouse, caregiver, or next of kin). The need for a proxy will be ascertained during the phone interview, unless the medical record admission note indicates the need for and identifies a proxy.

Participating sites will interview patients, proxies or family members by phone. Attempt to contact a patient at least three (3) times to obtain this information. If after these attempts the patient cannot be reached, the vaccination status questions should be marked as "UNKNOWN." Sites will use the following methods to try to locate patients or family members: 1) medical charts, 2) laboratory records, 3) directory assistance ("411") or phone books, and/or 4) internet phone/address searches (including name and address/reverse directories). If the patient is deceased or unable to answer the questions for some other reason, a proxy will be identified through 1) medical charts, 2) long term care facility records (if applicable), and/or 3) contact with someone living at the patient's residence. Sites will try to identify the family member or friend who is most familiar with the patient's medical history during the phone interview to serve as the proxy. If the proxy's name is found in the medical or long term care facility record, or given to a project staff member by someone living at the patient's house, but a correct phone number is not given, project staff will attempt to find a phone number from 1) directory assistance and/or 2) the internet.

Once a correct phone number is identified, sites will make multiple attempts to reach the patient, proxy or family member. These attempts should include calling during different daytime periods during the week and weekend. Sites will stop trying to call a case patient, proxy or family member if they cannot locate a correct phone number after using the search methods listed above or if successful contact is not made after three attempts at what appears to be a correct number.

Once a patient, proxy or family member is successfully contacted a project staff member will use a script to explain the evaluation/surveillance project and will obtain verbal informed consent, if required by local IRB to participate. A project staff member will then ask the patient a series of questions (phone scripts provided below) about receipt of influenza vaccine prior to their influenza hospitalization.

If case race/ethnicity and/or height and weight information is missing or unknown after review of the medical chart and the patient, proxy or family member is going to be contacted to obtain vaccination history, it is appropriate to query this information during the phone interview.

Informed Consent

Informed consent in some FluSurv-NET sites may not be required because influenza hospitalization is a reportable condition in that state. Those FluSurv-NET sites should make modifications to the content of informed consent and its process as allowed by statutory authority and local IRB requirements.

APPENDIX 5B.2: SPANISH CONSENT FORM FOR PATIENT/PROXY INTERVIEW

**Gripe Hospitalización en El Proyecto de Vigilancia Formulario de Consentimiento
(Para paciente, apoderado, para los padres/guardián entrevista SOLAMENTE)**

Formulario de Consentimiento Verbal

Hola. Mi nombre es _____, trabajo con el departamento de Salud Pública del estado de _____. ¿Puedo hablar con [nombre del paciente /uno de los padres de [nombre de niño/a]]? Estamos trabajando con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y otros departamentos de salud para aprender más acerca de la gripe. Para hacer esto, estamos hablando con gente que ha estado en el hospital con la gripe. Deseamos averiguar más sobre las cosas que pueden afectar la enfermedad, incluyendo las medicinas que toma, y si usted fue vacunado contra la gripe.

Ya que usted/ su hijo/a (o nombre de la persona si es un apoderado) estuvo en el hospital con la gripe desde (fecha de hospitalización), me gustaría hacerle algunas preguntas sobre si usted/su hijo/a [o nombre de la persona si es un apoderado] ha recibido la vacuna contra la gripe durante esa temporada. Estas preguntas tomarán aproximadamente cinco minutos. Su participación es voluntaria y si usted decide negarse no afectará ninguna atención médica o beneficios que usted recibe. Todas sus respuestas se mantendrán confidencialmente en la medida que lo dispone la ley. Usted puede negarse responder a cualquier pregunta y parar en cualquier momento. Ésta información ayudará al Departamento de Salud Pública y CDC a describir hospitalizaciones asociadas con la influenza. Además, esta información puede ayudarnos a mejorar las recomendaciones para vacunaciones contra la influenza y a proteger la salud de la población. No hay otro beneficio para usted por contestar estas preguntas. Tampoco hay riesgo alguno para usted. Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, puede ponerse en contacto con el Dr. [contacto en el estado] en el Departamento de Salud Pública al teléfono (xxx) xxx-xxxx. ¿Tiene usted alguna pregunta antes que comience?

¿Puedo seguir con la entrevista? Si No [If YES (Si), go to Appendix F.]

If NO: Muchas gracias por su tiempo. Que tenga un buen día.

Name of person obtaining verbal consent: _____ Date: _____

Influenza Hospitalization Surveillance Project Case and Proxy Identifying Information

Patient Last name: _____ First name: _____ Initial: _____

Date of birth: ____/____/____ Phone Number: _____

Proxy Last name: _____ First name: _____ Initial: _____

Phone Number: _____ Relationship to case patient _____

Note to collaborators: This is for your records only. Do not send this information to CDC. Keep this information in a secure locked place.

Appendix 5b.5: Pediatric Vaccination History Questionnaire (Spanish)

Obtain verbal consent (Appendix E) before proceeding. Me gustaría preguntarle unas preguntas acerca de la historia de vacunación de [nombre del paciente/ hijo/a] antes de que ingresara al hospital con el virus de la gripe. Contestar estas preguntas tomará alrededor de cinco minutos.

PARA NIÑOS DE SEIS MESES O MAYORES DE SEIS MESES

1) ¿Desde agosto de [año], ha recibido [usted/nombre de niño/a] una inyección contra la gripe o una vacuna contra la gripe? Esta vacuna se ofrece cada año para proteger contra la gripe.

- Sí → avance a 1a
 No
 → si el paciente tiene menos de 9 años de edad, avance a 2
 → si el paciente tiene 9 años de edad o más, avance a 3
 No sabe
 → si el paciente tiene menos de 9 años de edad, avance a 2
 → si el paciente tiene 9 años de edad o más, avance a 3

1a) ¿Para cada dosis recibida, puede usted decirme la fecha en que [Ud. / nombre del niño/a] recibió la vacuna contra la gripe?

1) ____ - ____ - ____ [MM-DD-AAAA] No sabe

2) ____ - ____ - ____ [MM-DD-AAAA] No sabe

- si el paciente tiene menos de 9 años de edad, avance a 1b
 → si el paciente tiene 9 años de edad o más, avance a 3

1b) ¿Cuál vacuna recibió [Ud./ nombre del niño/a]?

- Inyección
 Espray a través de la nariz
 Combinación de inyección y espray a través de la nariz
 No sabe

2) ¿Recibió [Ud./ su niño/a] la vacuna contra la gripe en algún año anterior?

- Sí
 No
 No sabe

- si se necesita saber la raza del paciente, avance al 3
 → si se necesita saber la etnicidad del paciente, avance al 4
 → si se necesita saber la estatura del paciente, avance al 5
 → si se necesita saber el peso del paciente, avance al 6
 → si no se necesita saber la raza, ni la etnicidad, ni la estatura, ni el peso del paciente, la encuesta se ha completado

3) ¿Puede usted decirme cual es la raza de [el paciente/ nombre del niño/a]? (Seleccione solo una)

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Asiática o Nativa de Hawai o de otra isla del Pacífico
- Indioamericana o nativa de Alaska
- Multirracial
- Se negó a contestar

- si se necesita saber la etnicidad del paciente, avance al 4
- si se necesita saber la estatura del paciente, avance al 5
- si se necesita saber el peso del paciente, avance al 6
- si no se necesita saber la etnicidad, ni la estatura, ni el peso del paciente, la encuesta se ha completado

4) ¿Cual es la etnicidad de [el niño/a / nombre del paciente]?

- Hispano/a o Latino/a
- No Hispano/a o Latino/a
- Se negó a contestar

- si se necesita saber la estatura del paciente, avance al 5
- si se necesita saber el peso del paciente, avance al 6
- si no se necesita saber la estatura ni el peso del paciente, la encuesta se ha completado

5) ¿Puede decirme [su estatura / la estatura de su hijo/a]?

ESTATURA: _____ Pulgadas Centímetros No sabe la estatura

- si se necesita saber el peso del paciente, avance al 6
- si no se necesita saber el peso del paciente, avance hasta el final de la encuesta.

6) ¿Puede decirme [su peso / el peso de su hijo/a]?

PESO: _____ Libras Kilogramos No sabe el peso

FIN DE LA ENCUESTA. Estas fueron todas mis preguntas. ¿Tiene usted alguna pregunta para mí? [Si la tiene, respóndala]. Muchas gracias por su tiempo.

APPENDIX 5B.6: 2020-21 ADULT VACCINATION HISTORY QUESTIONNAIRE (SPANISH)

PARA ADULTOS DE 18 AÑOS O MAYORES DE 18 AÑOS

1) ¿Desde agosto de [año], ha recibido [usted/ nombre del paciente] una inyección contra la gripe o una vacuna contra la? Esta vacuna se ofrece cada año para proteger contra la gripe.

Sí → avance a la 1a.

No

→ si se necesita saber la raza del paciente, avance al 2

→ si se necesita saber la etnicidad del paciente, avance al 3

→ si se necesita saber la estatura del paciente, avance al 4

→ si se necesita saber el peso del paciente, avance al 5

→ si no se necesita saber la raza, ni la etnicidad, ni la estatura, ni el peso del paciente, la encuesta se ha completado

No sabe

→ si se necesita saber la raza del paciente, avance al 2

→ si se necesita saber la etnicidad del paciente, avance al 3

→ si se necesita saber la estatura del paciente, avance al 4

→ si se necesita saber el peso del paciente, avance al 5

→ si no se necesita saber la raza, ni la etnicidad, ni la estatura, ni el peso del paciente, la encuesta se ha completado

1a) ¿Puede usted decirme la fecha en que [usted /nombre del paciente] recibió la vacuna contra la gripe?

1) ____ - ____ - ____ [MM-DD-AAAA] No sabe

2) ¿Puede usted decirme cual es la raza [suya/ del paciente]? (Seleccione solo una)

Blanca

Negra o afroamericana

Asiática o Nativa de Hawai o de otra isla del Pacífico

Indio americano o nativo de Alaska

Multirracial

Se negó a contestar

→ si se necesita saber la etnicidad del paciente, avance al 3

→ si se necesita saber la estatura del paciente, avance al 4

→ si se necesita saber el peso del paciente, avance al 5

→ si no se necesita saber la etnicidad, ni la estatura, ni el peso del paciente, la encuesta se ha completado

3) ¿Puede usted decirme cual es la etnicidad [suya/ del paciente]?

Hispano/a o Latino/a

No Hispano/a o Latino/a

Se negó a contestar

- si se necesita saber la estatura del paciente, avance al 4
- si se necesita saber el peso del paciente, avance al 5
- si no se necesita saber la estatura ni el peso del paciente, la encuesta se ha completado

4) ¿Puede decirme la estatura [suya/ del paciente]?

ESTATURA: _____ Pulgadas Centímetros No sabe la estatura

- si se necesita saber el peso del paciente, avance al 5
- si no se necesita saber el peso del paciente, la encuesta se ha completado

5) ¿Puede decirme [su peso]?

PESO: _____ Libras Kilogramos No sabe el peso

**EL FIN. Estas fueron todas mis preguntas. ¿Tiene usted alguna pregunta para mí? [If yes (Sí), answer].
Muchas gracias por su tiempo.**