

APPENDIX 7B.1: FLUSURV-NET: CONSENT FORM FOR PATIENT/PROXY INTERVIEW

**Influenza Hospitalization Surveillance Project
VERBAL CONSENT FORM**

Hello. My name is _____ from the [state] Department of Public Health. May I speak to [patient's name /parent of (child's name)]? We are working with the Centers for Disease Control and Prevention and other health departments to learn more about influenza disease or the flu. To do this, we are talking to people who have been in the hospital with flu. We want to look at things that may affect their illness and whether they were vaccinated against flu.

Because you/your child [or NAME if speaking with proxy] were in the hospital for the flu beginning on [day admitted], I would like to ask you a few questions about whether you/your child [or NAME if speaking with proxy] received the flu vaccine this season. This will take about five minutes. Your participation is voluntary and if you choose to refuse it will not affect any medical care or benefits you receive. All of your responses will be kept confidential as much as the law allows. You may refuse to answer any questions and may stop at any time. This information will help [State/Local Health Department] and CDC better describe influenza-associated hospitalizations. Additionally, this information may help us improve vaccination recommendations for flu and better protect the public's health. There is no other benefit to you for answering these questions. There is also no risk to you. If you have any questions about the study, you may call [state contact] at the Department of Public Health at XXX-XXX-XXXX. Do you have any questions before I begin?

May I continue with this interview? Yes No [If YES, go to Appendix 7B3/B4]

If NO: Thank you for your time. Have a good day.

Name of person obtaining verbal consent: _____ Date: _____

Flesch-Kincaid: 7.7

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 7B.2: FLUSURV-NET: 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? Sí No [If YES (Si), go to Appendix 7B5/B6.]

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 7B.3: FLUSURV-NET: 2020-21 PEDIATRIC VACCINATION HISTORY QUESTIONNAIRE
(ENGLISH)**

Obtain verbal consent (Appendix 7B.1) before proceeding. I'd like to ask you a few questions about [patient's name/ child's name]'s vaccination history before [he/she] was hospitalized for influenza or the flu. These questions will take about five minutes to answer.

FOR CHILDREN 6 MONTHS OR OLDER

1) Since August [flu season year], did [you/child's name] receive a flu shot or flu vaccine? This vaccine is offered every year to protect against the flu.

- Yes --> go to Q1a
- No --> If patient < 9 years go to Q2
--> If patient ≥ 9 years go to Q3
- Unknown
--> If patient < 9 years go to Q2
--> If patient ≥ 9 years go to Q3

1a) For each dose received, can you tell me the date [you/child's name] received flu vaccine?

- 1) _____-_____-_____ [MM-DD-YYYY] Unknown
- 2) _____-_____-_____ [MM-DD-YYYY] Unknown

- > If patient < 9 years go to Q1b
- > If patient ≥ 9 years go to Q3

1b) Did [you/child's name] receive a shot (e.g., injected vaccine, trivalent inactivated influenza vaccine, TIV) or was it sprayed into your/his/her nose (e.g., nasal spray, FluMist, live-attenuated influenza vaccine, LAIV) or did you/he/she receive a combination of both vaccine types?

- Injected vaccine
- Nasal spray/FluMist
- Combination of both injected vaccine and nasal spray
- Unknown

2). Did [you/child's name] receive influenza vaccine in any previous years?

- Yes No Unknown

- > If race needed, go to Q3
- > If ethnicity needed, go to Q4
- > If height needed, go to Q5
- > If weight needed, go to Q6
- > If no other information is needed, survey is complete

3) What is [your / child's name] race? (Check only one)

- “ White
- “ Black or African American
- “ Asian/Pacific Islander
- “ American Indian or Alaska Native
- “ Multiracial
- “ Not specified (refused)

--> If ethnicity needed, go to Q4

--> If height needed, go to Q5

--> If weight needed, go to Q6

--> If neither ethnicity nor height/weight needed, survey is complete

4) What is [your / child's name] ethnicity?

- “ Hispanic or Latino
- “ Non-Hispanic or Latino
- “ Not Specified (refused to answer)

--> If height needed, go to Q5

--> If weight needed, go to Q6

--> If height/weight not needed, survey is complete

5) What is [your / child's name] height?

HEIGHT: _____ “ Inches “ Centimeters “ Unknown height

--> If weight needed go to Q6

--> If weight not needed survey complete

6) What is [your / child's name] weight?

WEIGHT: _____ “ Pounds “ Kilograms “ Unknown weight

These are all my questions. Do you have any questions for me? [If yes, answer.] Thank you for your time.

**APPENDIX 7B.4: FLUSURV-NET: 2020-21 ADULT VACCINATION HISTORY QUESTIONNAIRE
(ENGLISH)**

Obtain verbal consent (Appendix 7B.1) before proceeding. I'd like to ask you a few questions about [patient's name/ child's name]'s vaccination history before [he/she] was hospitalized for influenza or the flu. These questions will take about five minutes to answer.

FOR ADULT PATIENTS (≥18 YEARS)

1. Since August [flu season year], did [you/patient's name] receive a flu shot or flu? This vaccine is offered every year to protect against the flu.

“ Yes --> go to Q1a

“ No

--> If race needed, go to Q2

--> If ethnicity needed, go to Q3

--> If height needed, go to Q4

--> If weight needed, go to Q5

--> If no other information is needed, survey is complete

“ Unknown

--> If race needed, go to Q2

--> If ethnicity needed, go to Q3

--> If height needed, go to Q4

--> If weight needed, go to Q5

--> If no other information is needed, survey is complete

1a) Can you tell me the date [you/patient's name] received flu vaccine?

1) ____ - ____ - ____ [MM-DD-YYYY] “ Unknown

2) What is [your / patient's name] race? (Check only one)

“ White

“ Black or African American

“ Asian/Pacific Islander

“ American Indian or Alaska Native

“ Multiracial

“ Not specified (refused)

--> If ethnicity needed go to Q3

--> If height needed go to Q4

--> If weight needed go to Q5

--> If neither ethnicity nor height/weight needed, survey is complete

3) What is [your / patient's name] ethnicity?

“ Hispanic or Latino

- “ Non-Hispanic or Latino
- “ Not Specified (refused to answer)

--> If height/weight needed go to Q3

--> If neither height nor weight is needed survey is complete

4) What is [your / patient's name] height?

HEIGHT: _____ “ Inches “ Centimeters “ Unknown height

--> If weight needed go to Q4

--> If weight not needed survey complete

5) What is [your /patient's name] weight?

WEIGHT: _____ “ Pounds “ Kilograms “ Unknown weight

THE END. These are all my questions. Do you have any questions for me? [If yes, answer.] Thank you for your time.

Appendix 7b.5: FluSurv-NET: Pediatric Vaccination History Questionnaire (Spanish)

Obtain verbal consent (Appendix 7B.2) 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 7B.6: FLUSURV-NET: 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 Hawaii 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.**