

Анкета для вакцинации от COVID-19

(Заполняется на каждого проходящего вакцинацию человека)

Каждый пациент должен заполнить эту анкету для прохождения вакцинации. Приведенные ниже вопросы помогут определить причины, по которым вакцинация от COVID-19 может быть вам сегодня противопоказана. Утвердительный ответ на любой из приведенных ниже вопросов не означает, что вам не следует проходить вакцинацию. Это только означает, что вам потребуется ответить на дополнительные вопросы. Если вопрос вам не ясен, обратитесь к сотрудникам клиники за разъяснениями.

Ответьте на следующие вопросы, пометив **ДА** или **НЕТ**:

- Вы сегодня плохо себя чувствуете?** ДА НЕТ
- Вводили ли вам когда-либо дозу вакцины от COVID-19? Если ДА, то какую вакцину?** ДА НЕТ
 - Pfizer-BioNTech
 - Moderna
 - Janssen/Johnson и Johnson
- Была ли у вас в прошлом аллергическая реакция на что-либо из указанного ниже. Если ДА, то на что?** ДА НЕТ

(Ответ может включать острую аллергическую реакцию [например, анафилактический шок], которая потребовала введения эпинефрина или применения EpiPen®, либо обращения в больницу. Ответ также может включать аллергическую реакцию, проявившуюся в течение 4 часов и вызвавшую крапивницу, отек или нарушение дыхания, включая хрипы.)

 - Компонент вакцины против COVID-19, в том числе полиэтиленгликоль (ПЭГ), который содержится в некоторых лекарствах, таких как слабительное и препараты, используемые при подготовке к колоноскопии
 - Полисорбат
 - Предыдущую дозу вакцины от COVID-19
- Была ли у вас в прошлом аллергическая реакция на другую вакцину (кроме вакцины от COVID-19) или инъекционное лекарственное средство?** ДА НЕТ

(Ответ может включать острую аллергическую реакцию [например, анафилактический шок], которая потребовала введения эпинефрина или применения EpiPen®, либо обращения в больницу. Ответ также может включать аллергическую реакцию, проявившуюся в течение 4 часов и вызвавшую крапивницу, отек или нарушение дыхания, включая хрипы.)
- Была ли у вас когда-либо острая аллергическая реакция (например, анафилактический шок) на что-либо другое, кроме компонента вакцины против COVID-19, полисорбата, другой вакцины или инъекционного лекарственного средства? В ответе можно указать аллергию на продукты питания, домашних животных, окружающую среду или пероральные лекарственные средства.** ДА НЕТ
- Вводилась ли вам какая-либо вакцина в последние 14 дней?** ДА НЕТ
- Был ли у вас положительный результат теста на COVID-19, или врач сообщал вам, что вы заразились вирусом COVID-19?** ДА НЕТ
- Проходили ли вы пассивную терапию антителами (моноклональными антителами или сывороткой реконвалесцентом) во время лечения от COVID-19?** ДА НЕТ
- Ослаблена ли у вас иммунная система, например, в результате ВИЧ-инфекции или ракового заболевания; получаете ли вы иммуносупрессивные препараты или терапию?** ДА НЕТ
- Страдаете ли вы нарушением свертываемости крови или принимаете антикоагулянты?** ДА НЕТ
- Вы беременны или кормите в настоящее время грудью?** ДА НЕТ



Персональные данные пациента, проходящего вакцинацию от COVID-19

(Заполняется на каждого проходящего вакцинацию человека)

Каждый пациент должен заполнить эту анкету для прохождения вакцинации. В настоящей форме должны быть указаны сведения лица, проходящего сегодня вакцинацию. Если сегодня вакцину получают несколько человек, следует заполнить отдельную анкету на каждого члена семьи.

Просьба писать разборчиво.

Имя: _____ Второе имя (отчество): _____ Фамилия: _____

Пол:

Муж.

Жен.

Предпочитаю не отвечать

Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): _____

Расовое происхождение:

Американские индейцы или коренные жители Аляски

Чернокожие или афроамериканцы

Белые

Уроженцы стран Азии

Коренные жители Гавайских или др. островов Тихого океана

Другое

Этническая принадлежность:

Испаноязычные или латиноамериканцы

Другое

Телефон: _____ Эл. почта: _____

Адрес: _____

Город: _____ Индекс: _____

Род занятий: _____

Как вы узнали об этой клинике?

Веб-сайт

Газета

Другое

Социальные сети

Рекламный листок

Моя подпись ниже свидетельствует о следующем (просьба поставить подпись в клинике):

- Я ознакомился(-лась) с содержанием «Разрешения на экстренное применение вакцины Moderna или Pfizer BioNTech против COVID-19» (EUA) или оно было мне разъяснено.
- У меня была возможность задать вопросы и получить разъяснения, которые меня удовлетворили.
- Я полагаю, что осознаю предполагаемую пользу и риски, связанные с вакцинацией от COVID-19, и прошу сделать прививку мне или лицу, от имени которого я уполномочен(-а) обращаться с такой просьбой.
- Мне был предоставлен текст Уведомления о практике конфиденциальности.
- Я ответил(-а) на вопросы на следующей странице насколько возможно точно.
- Я понимаю, что сведения о моей вакцинации будут храниться в базе данных Калифорнийского реестра иммунизации (CAIR).

Подпись

Сегодняшняя дата

Кем приходится пациенту