

Έντυπο Συναίνεσης Εμβολιασμού COVID-19**Έντυπο Συναίνεσης Εμβολιασμού COVID-19**

Έκδοση 1.0 – 30 Δεκεμβρίου, 2020

| | | | | | |
|--|--|-----------------|------|--|------------|
| Επίθετο | | Όνομα | | Εξακρίβωση ταυτότητας (π.χ. αριθμός κάρτας υγείας) | |
| Φύλο: <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Μη-δυναδικό <input type="checkbox"/> Δεν επιθυμώ να απαντήσω | | | | | |
| Τηλέφωνο κατοικίας | | Κινητό τηλέφωνο | | Διεύθυνση Email | |
| Προσωπικό Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Οικογενειακός ιατρός ή Νοσηλευτικό προσωπικό) | | | | | |
| Διεύθυνση | | | Πόλη | | Περιφέρεια |
| Ταχυδρομικός Κώδικας | | | | | |
| Ημ/νία γέννησης (μήνας, ημέρα, έτος) ____ / ____ / ____ | | Ηλικία | | Είναι η πρώτη ή η δεύτερη δόση του εμβολίου; <input type="checkbox"/> Πρώτη <input type="checkbox"/> Δεύτερη | |
| Εάν είναι η δεύτερη, παρακαλώ να υποδείξετε την ημ/νία της πρώτης δόσης: ____ / ____ / ____ (μήνας, ημέρα, έτος) | | | | | |

Παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις:

| | | |
|---|--|--|
| Έχετε συμπτώματα COVID-19 ή αισθάνεστε άρρωστη/ος σήμερα* ; <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι | | Εάν ναι, παρακαλώ να δώσετε λεπτομέρειες |
| Είχατε στο παρελθόν κάποια αλλεργική αντίδραση σε εμβόλιο (συμπεριλαμβανομένου του πρώτου εμβολιασμού COVID-19, εάν εφαρμόστηκε) ή σε κάποιο συστατικό του εμβολίου της Pfizer-BioNTech ή της Moderna; <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι | | Εάν ναι, παρακαλώ να δώσετε λεπτομέρειες |
| Είστε αλλεργική/ός στην πολυεθυλενογλυκόλη (PEG)**, η οποία περιέχεται στο εμβόλιο; <i>Μιλήστε με τον ιατρό σας εάν γνωρίζετε ότι είστε αλλεργική/ός στην πολυεθυλενογλυκόλη** ή εάν είχατε αλλεργική αντίδραση αγνώστου αιτίας. Δείτε παρακάτω για περισσότερες λεπτομέρειες**</i> <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Αβέβαιο | | Εάν ναι, παρακαλώ να δώσετε λεπτομέρειες |
| Έχετε πραγματοποιήσει άλλον εμβολιασμό (εκτός εμβολίου COVID-19) τις προηγούμενες 14 ημέρες; <i>Θα σας ζητηθεί να περιμένετε για δυο εβδομάδες από το άλλο εμβόλιο για να κάνετε το εμβόλιο COVID-19</i> <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι | | Εάν ναι, παρακαλώ να δώσετε λεπτομέρειες |
| Είστε ή θα μπορούσατε να είστε έγκυος; <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι | | Εάν ναι, παρακαλώ να δώσετε λεπτομέρειες |
| Θηλάζετε; <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι | | Εάν ναι, παρακαλώ να δώσετε λεπτομέρειες |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Έχετε προβλήματα με το ανοσοποιητικό σας σύστημα ή λαμβάνετε κάποια αγωγή που μπορεί να επηρεάζει το ανοσοποιητικό σας σύστημα; (π.χ. υψηλή δόση στεροειδών, χημειοθεραπεία); Ρωτήστε τον ιατρό σας, εάν δεν είστε σίγουρη/ος σχετικά με την ιατρική σας κατάσταση</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι</p> | <p>Εάν ναι, παρακαλώ να δώσετε λεπτομέρειες</p> | |
| <p>Έχετε αυτοάνοσο νόσημα; Ρωτήστε τον ιατρό σας, εάν δεν είστε σίγουρη/ος σχετικά με την ιατρική σας κατάσταση</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι</p> | | |
| <p>Έχετε αιμορραγική διαταραχή ή λαμβάνετε αγωγή που θα μπορούσε να επηρεάσει την πήξη του αίματος; (π.χ. αντιπηκτικά αίματος); Ρωτήστε τον ιατρό σας, εάν δεν είστε σίγουρη/ος σχετικά με την ιατρική σας κατάσταση</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι</p> | <p>Εάν ναι, παρακαλώ να δώσετε λεπτομέρειες</p> | |
| <p>Έχετε ποτέ αισθανθεί ότι θα λιποθυμήσετε ή λιποθυμήσατε μετά από εμβολιασμό ή ιατρική διαδικασία στο παρελθόν;</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι</p> | <p>Εάν ναι, παρακαλώ να δώσετε λεπτομέρειες</p> | |
| <p>* Τα συμπτώματα του COVID-19 μπορεί να περιλαμβάνουν πυρετό, έναρξη βήχα ή επιδείνωση χρόνιου βήχα, δύσπνοια, δυσκολία κατά την αναπνοή, πονόλαιμο, δυσκολία στην κατάποση, μείωση ή απώλεια όσφρησης ή γεύσης, ρίγος, πονοκέφαλο, ανεξήγητη κόπωση/ αδιαθεσία/ μυαλγία, ναυτία / έμετο, διάρροια ή κοιλιακό άλγος, ερυθρότητα οφθαλμών, καταρροή ή ρινική συμφόρηση χωρίς άλλη γνωστή αιτία, ή για άτομα άνω των 70 ετών ανεξήγητες ή αυξημένες σε αριθμό πτώσεις, οξεία λειτουργική έκπτωση, επιδείνωση χρόνιων καταστάσεων ή παραλήρημα</p> | <p>** Η πολυεθυλενογλυκόλη (PEG) μπορεί σπάνια να προκαλέσει αλλεργική αντίδραση και ανευρίσκεται σε προϊόντα όπως φάρμακα, προϊόντα προετοιμασίας του εντέρου για κολονοσκόπηση, καθαρτικά, σιρόπια για το βήχα, καλλυντικά, κρέμες δέρματος, φαρμακευτικά προϊόντα που χρησιμοποιούνται στο δέρμα και κατά τη διάρκεια επεμβάσεων, οδοντόκρεμα, φακοί επαφής, διάλυμα φακών επαφής. Η PEG επίσης μπορεί να βρεθεί σε φαγητά ή ποτά, αλλά δεν είναι γνωστό να προκαλεί αλλεργικές αντιδράσεις από φαγητά ή ποτά.</p> | |
| <p>Έχω διαβάσει (ή μου έχουν διαβάσει) και κατανοώ το “Έγγραφο Πληροφόρησης σχετικά με το Εμβόλιο COVID-19”. Είχα την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις και να λάβω ικανοποιητικές απαντήσεις.</p> <p><input type="checkbox"/> Συναινών να λάβω το εμβόλιο</p> | <p>Οι προσωπικές πληροφορίες υγείας που συλλέγονται στο παρόν έγγραφο συλλέγονται για τον αποκλειστικό σκοπό της παροχής φροντίδας. Θα χρησιμοποιηθούν και θα μοιραστούν για αυτό το σκοπό, καθώς και για άλλους λόγους όπως προβλέπεται και εξουσιοδοτείται από το νόμο. Για παράδειγμα, θα αποκαλυφθούν στον Επικεφαλή τους Τομέα Ιατρικής και μονάδων δημόσιας υγείας του Οντάριο όπου η αποκάλυψη είναι απαραίτητη για σκοπούς του Νόμου περί Προστασίας και Προαγωγής Υγείας</p> <p><input type="checkbox"/> Αναγνωρίζω ότι διάβασα και κατανοώ την παραπάνω δήλωση</p> | <p>Το νοσοκομείο, οι τοπικές μονάδες υγείας και το Υπουργείο Υγείας ενδέχεται να επιθυμούν να επικοινωνήσουν μαζί σας για λόγους που σχετίζονται με το εμβόλιο του COVID-19 (για παράδειγμα να επικοινωνήσουν για να σας υπενθυμίσουν το επαναληπτικό ραντεβού σας, να σας παρέχουν αποδεικτικά εμβολιασμού και να σας ενημερώσουν σχετικά με ερευνητικά προγράμματα.)</p> <p>Συναινών να λαμβάνω ειδοποιήσεις μέσω:</p> <p><input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> τηλεφώνου/SMS</p> |
| <p>Υπογραφή</p> | <p>Όνομα Ολογράφως</p> | <p>Ημερομηνία Υπογραφής</p> |
| <p>Εάν υπογράφετε εκ μέρους κάποιου άλλου πέραν του εαυτού σας, παρακαλούμε να δηλώσετε τη σχέση του με το εν λόγω άτομο:</p> | <p>Εάν υπογράψω εκ μέρους κάποιου άλλου πέραν του εαυτού μου, επιβεβαιώνω ότι είμαι ο γονέας/ νόμιμος κηδεμόνας ή αναπληρωτής υπεύθυνος λήψης αποφάσεων.</p> | |

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΗ

| | | | | |
|----------------|---|--|-----------|-----------|
| Παράγωγ ν | COVID-19 | Όνομα Προϊόντος | Αριθμός # | Δόση |
| Ανατομική θέση | <input type="checkbox"/> Αριστερός Δελτοειδής | <input type="checkbox"/> Δεξιός Δελτοειδής | Διαδρομή | Ενδομυϊκή |
| | | | | Δόση # |

| | | | | | |
|---|--|-------------|---------------------|---------------|---|
| Δοθείσα Ημ/νία | _____ / _____ / _____ (μ/η/εεεε) | Δοθείσα ώρα | _____ : _____ πμ μμ | ΑΕΦΙ; | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Χορήγηση από (Όνομα, Designation) | | Τοποθεσία | | Εγκρίθηκε από | |
| Αιτιολογία ανοσοποίησης | <input type="checkbox"/> Υγειονομικός Υπάλληλος <input type="checkbox"/> Υγειονομικός Υπάλληλος: Οίκος Μακροχρόνιας Φροντίδας <input type="checkbox"/> Υγειονομικός Υπάλληλος: Οίκος Ευγηρίας <input type="checkbox"/> Οίκο Μακροχρ. Φροντίδας: Κάτοικος <input type="checkbox"/> Οίκος Ευγηρίας: Κάτοικος <input type="checkbox"/> Προχωρημένη ηλικία: κοινοτική κατοικία <input type="checkbox"/> Άλλο επάγγελμα σε σε οξεία φροντίδα, Ο.Μ.Φ., Η.Ε. <input type="checkbox"/> Αυτόχθονη κοινότητα <input type="checkbox"/> Ενήλικος χρόνιας υγειονομικής περίθαλψης | | | | |
| Αιτιολογία που δεν δόθηκε η ανοσοποίηση | Ο υγειονομικός φορέας: <input type="checkbox"/> κρίνει ότι αντενδείκνυται η ανοσοποίηση <input type="checkbox"/> συνιστά ανοσοποίηση αλλά δεν έχει ληφθεί συγκατάθεση <input type="checkbox"/> κρίνει ότι η ανοσοποίηση θα ανασταλεί προσωρινά | | | | |
| Η 2 από 2 δόση έχει οριστεί για: | _____ / _____ / _____ (μήνας, ημέρα, έτος) | | _____ : _____ πμ μμ | | |