

Skríningový formular vakcíny proti COVID-19 a udelenie informovaného súhlasu

Formulár skríningu a súhlasu – Vakcína proti COVID-19

Verzia 1.0 – 30. december 2020

Priezvisko		Meno		Identifikačné údaje (napr. číslo zdrav. poistenia)	
Pohlavie: <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Nerozhodný <input type="checkbox"/> Nechcem odpovedať					
Telefón domov		Mobilný telefón		Emailová adresa	
Ambulantný lekár primárnej starostlivosti (rodinný lekár alebo zdravotná sestra)					
Ulica a číslo domu			Obec/Mesto		Provincia
PSC/ZIP					
Dátum narodenia (mesiac, deň, rok) ____/____/____		Vek		Je to vaša prvá alebo druhá dávka vakcíny? <input type="checkbox"/> prvá <input type="checkbox"/> druhá	
Ak druhá, uveďte dátum prvej dávky: _____/____/____ (mesiac, deň, rok)					

Odpovedzte na nasledujúce otázky, prosím:

Máte príznaky COVID-19 alebo cítite sa dnes chorí*? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	Ak áno, uveďte viac podrobností
Mali ste v minulosti alergickú reakciu na niektorú vakcínu (vrátane vašej prvej vakcinácie COVID-19, ak ste ju už absolvovali) alebo na ktorúkoľvek zložku vakcíny Pfizer-BioNTech alebo Moderna? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	Ak áno, uveďte viac podrobností
Ste alergický na polyetylén glykol (PEG) **, ktorý je obsiahnutý vo vakcíne? <i>Poradte sa so svojím poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ak viete, že ste alergický na polyetylén glykol ** alebo ste mali alergickú reakciu z dôvodu neznámej príčiny. Ďalšie podrobnosti nájdete nižšie **</i> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie som si istý/á	Ak áno, uveďte viac podrobností
Bola vám podaná za posledných 14 dní iná vakcína (nie vakcína proti COVID-19)? <i>Budete požiadaní, aby ste počkali dva týždne od podania druhej vakcíny, kým vám bude podaná vakcína proti COVID-19</i> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	Ak áno, uveďte viac podrobností
Ste aktuálne alebo môžete byť tehotná? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	Ak áno, uveďte viac podrobností
Dojčíte? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	Ak áno, uveďte viac podrobností

<p>Máte nejaké problémy s imunitným systémom alebo užívate lieky, ktoré môžu mať vplyv na váš imunitný systém (napr. vysoké dávky steroidov, chemoterapia)? <i>Ak si nie ste istí svojím zdravotným stavom, obráťte sa na svojho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno</p>	Ak áno, uveďte viac podrobností
<p>Máte autoimunitné ochorenie? <i>Ak si nie ste istí svojím zdravotným stavom, obráťte sa na svojho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti</i></p>	

<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	
Máte poruchu zvýšeného krvácania alebo užívate lieky, ktoré by mohli ovplyvniť zrážanie krvi (napr. lieky na riedenie krvi)? Ak si nie ste istí svojím zdravotným stavom, obráťte sa na svojho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti	Ak áno, uveďte viac podrobností
<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	
Už ste niekedy po minulom očkovaní alebo lekárskom zákroku cítili mdloby alebo pocit na odpadnutie?	Ak áno, uveďte viac podrobností
<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	

* Príznaky COVID-19 môžu zahŕňať horúčku, nový výskyt kašľa alebo zhoršenie chronického kašľa, dýchavičnosť, ťažkosti s dýchaním, bolesť v krku, ťažkosti s prehĺtaním, zníženie alebo strata čuchu alebo chuti, zimnica, bolesti hlavy, nevysvetliteľná únava / nevoľnosť / bolesti svalov, nevoľnosť / zvracanie, hnačka alebo bolesti brucha, začervenané oči, prípadne nádcha alebo upchatie nosa bez inej známej príčiny alebo pre osoby staršie ako 70 rokov nevysvetliteľný alebo zvýšený počet pádov, akútne funkčné pokles, zhoršenie chronických diagnóz alebo delírium

** Polyetylén glykol (PEG) môže zriedka spôsobiť alergické reakcie a nachádza sa v produktoch, ako sú lieky, výrobky na prípravu čriev na kolonoskopiu, prehľadlá, sirupy proti kašľu, kozmetika, krémy na pokožku, lekárske výrobky aplikované na pokožku a počas operácií, zubné pasty, kontaktné šošovky a roztok kontaktných šošoviek. PEG sa tiež nachádza v potravinách alebo nápojoch, ale nie je známe, že by spôsoboval alergické reakcie na potraviny alebo nápoje

<p>Prečítal (a) som si (alebo mi bolo prečítané) a rozumiem informačnému listu o vakcine proti COVID-19. Mal/a som možnosť klásť otázky a boli zodpovedané k mojej spokojnosti.</p> <input type="checkbox"/> Súhlasím s podaním vakcíny	<p>Osobné zdravotné informácie v tomto formulári sa zhromažďujú za účelom starostlivosti o vás. Budú použité a zverejnené na tento účel, ako aj na ďalšie účely, poveléne a vyžadované zákonom. Napríklad budú oznámené hlavnému lekárovi zdravotníckych inštitúcií a jednotiek verejného zdravotníctva v Ontariu, kde je ich zverejnenie nevyhnutné na účely Zákona o ochrane a podpore zdravia.</p> <input type="checkbox"/> Prehlasujem, že som si prečítal vyššie uvedené vyhlásenie a rozumiem mu.	<p>Nemocnica, miestne jednotky verejného zdravotníctva a Ministerstvo zdravotníctva s vami možno budú chcieť komunikovať za účelom, súvisiacim s vakcínou proti COVID-19 (napríklad pripomínacie notifikácie ďalšieho stretnutia, poskytnutie dôkazu o očkovaní a viac informácií o výskumných projektoch.)</p> <p>Súhlasím s prijímaním správ prostredníctvom:</p> <input type="checkbox"/> emailu <input type="checkbox"/> telefonicky/SMS
Podpis	Celé meno	Dátum podpisu
Ak podpisujete za inú osobu, uveďte svoj vzťah k tejto osobe:		<input type="checkbox"/> Ak podpisujem za inú osobu, potvrdzujem, že som rodič/zákonný zástupca alebo náhradný subjekt s rozhodovacou právomocou.

FOR CLINIC USE ONLY						
Agent	COVID-19	Product Name	Lot #	Dose		
Anatomical Site	<input type="checkbox"/> Left deltoid <input type="checkbox"/> Right deltoid		Route	Intramuscular		Dose #
Date Given	____ / ____ / ____ (m/d/yyyy)		Time Given	____ : ____ am pm	AEFI?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Given By (Name, Designation)		Location		Authorized By		
Reason for Immunization		<input type="checkbox"/> Healthcare worker <input type="checkbox"/> Healthcare worker: LTC Home <input type="checkbox"/> Healthcare worker: Retirement Home <input type="checkbox"/> LTC Home: Resident <input type="checkbox"/> Retirement Home: Resident <input type="checkbox"/> Advanced age: community dwelling <input type="checkbox"/> Other employees in acute care, LTC, RHs <input type="checkbox"/> Indigenous community <input type="checkbox"/> Adult of chronic health care				
Reason Imms Not Given		Healthcare provider: <input type="checkbox"/> Determines immunization is contraindicated <input type="checkbox"/> Recommends immunization but no consent received <input type="checkbox"/> Determines that immunization will be temporarily deferred				
Your dose 2 of 2 is scheduled for:		____ / ____ / ____ (month, day, year)		____ : ____ am pm		