

COVID-19 疫苗接种筛查和同意表

筛查和同意表 – COVID-19疫苗

版本 1.0 – 2020年12月30日

姓	名	身份证明 (例如, 保健卡号码)	
性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 非二元性别 <input type="checkbox"/> 不回答		基础医疗保健提供者 (家庭医生或专业看护)	
座机	手机	电子邮件	
街道		市	省 邮政编码
出生日期 (月/日/年) ____ / ____ / ____	年龄	第一针疫苗, 还是第二针? 如果是第二针, 请告知第一针接种时间:	<input type="checkbox"/> 第一针 <input type="checkbox"/> 第二针 ____ / ____ / ____ (月/日/年)

请逐题回答:

<p>您有COVID-19症状, 或者今天不舒服吗*?,</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	如是, 请告诉我们细节。
<p>您以前是否对任何疫苗 (包括您的第一针 COVID-19 疫苗, 如有), 或辉瑞-BioNTech 或 Moderna (莫德纳) 疫苗的任何成分有过敏反应?</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	如是, 请告诉我们细节。
<p>您是否对疫苗中所含的聚乙二醇 (PEG) ** 过敏?</p> <p>如果您确知自己对PEG过敏, 或可能因不明原因出现过敏反应, 请与您的医疗保健提供者联系。详情请参阅下文 **</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不清楚</p>	如是, 请告诉我们细节。
<p>过去14天里打过别的疫苗没有 (非 COVID-19 疫苗)?</p> <p>您打过别的疫苗后, 需要等待两个星期才能接种COVID-19疫苗</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	如是, 请告诉我们细节。
<p>您在怀孕, 或准备怀孕?</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	如是, 请告诉我们细节。
<p>您在哺乳期吗?</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	如是, 请告诉我们细节。
<p>您的免疫系统有问题吗, 或你正在服用任何可能影响免疫系统的药物 (例如高剂量类固醇, 化疗)? 如果您不确定自己的健康状况, 请咨询医疗保健提供者。</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	如是, 请告诉我们细节。

你有自身免疫性疾病吗？如果您不确定自己的健康状况，请咨询医疗保健提供者。

<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
<p>您是否患有出血性疾病或正在服用可能影响血凝的药物（例如血液稀释剂）？如果您不确定自己的健康状况，请咨询医疗保健提供者。</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	如是，请告诉我们细节。
<p>您过去接种疫苗或在医疗过程中曾经感到头晕或晕倒过吗？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	如是，请告诉我们细节。

* COVID-19的症状可能包括发烧、开始咳嗽或慢性咳嗽加剧、呼吸急促、呼吸困难，喉咙痛，吞咽困难，嗅觉、味觉减少或丧失，发冷，头痛，不明原因的疲倦/不适/肌肉疼痛，恶心/呕吐，腹泻或腹痛，红眼，没有原因的流鼻涕或鼻塞。超过70岁的老人，容易突然跌倒或增加跌倒次数，急性功能下降，慢性病或精神错乱症恶化。

** 聚乙二醇（PEG）很少引起过敏反应，存在于药物、结肠镜检查准备剂、泻药、咳嗽糖浆、化妆品、护肤霜、手术用和皮肤医疗产品、牙膏、隐形眼镜和隐形眼镜溶液等产品中。PEG也用于食物或饮料中，但尚未见到因此种食物或饮料导致过敏反应。

<p>我已读过（或者有人念给我听），理解了“COVID-19疫苗信息表”。我有机会提出问题，并让他们满意地回答了我的问题。</p> <p><input type="checkbox"/> 我同意接种疫苗</p>	<p>为了向您提供护理，此表格收集您的个人健康信息。所有信息仅为医疗护理目的，以及法律授权和要求的其他目的使用和披露。例如，在安省《健康保护和促进法》要求下，向安大略首席公共卫生官披露。</p> <p><input type="checkbox"/> 我已阅读并理解上述声明。</p>	<p>有关COVID-19疫苗接种事宜，医院、当地公共卫生单位和卫生局可能会与您联系（例如，提醒您后续预约，为您提供疫苗接种证明，并告知有关研究项目等）。</p> <p>我同意用以下方式联系： <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 电话/短信</p>
签字	姓名（工整书写）	日期
<p>如果替别人签名，请告知你们的关系：</p>		<p><input type="checkbox"/> 我代替签字。我确认我是父母/法定监护人或代决策者。</p>

FOR CLINIC USE ONLY (疫苗接种医疗单位专用)					
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"/> Yes <input type="checkbox"/> No
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			