

нформированного согласия на вакцинацию от коронавирусной инфекции COVID-19

М  Ж  Другой

Фамилия	Имя	Второе имя	Дата рождения	Возраст	Пол
					( )
Домашний адрес	Город	Штат	Почтовый индекс	Телефон	<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный

Идентификационный номер части B Medicare или последние 4 цифры номера социального страхования: \_\_\_\_\_

Номер водительского удостоверения: \_\_\_\_\_

Расовая принадлежность:  Азиаты  Темнокожие или афроамериканцы  Испаноязычные американцы  Американские индейцы  Европейцы  Уроженцы островов Океании  Две или более расы  Другое: \_\_\_\_\_

Этническая принадлежность:  Испаноязычные или латиноамериканцы  Не испаноязычные или латиноамериканцы  Отказываюсь отвечать (неизвестно)

Какую руку вы предпочитаете для вакцинации? Укажите вес, ЕСЛИ он составляет МЕНЕЕ 66 фунтов (30 кг): \_\_\_\_\_ фунта (-ов)  
 (обведите)  Левую  Правую Ф.И.О./лечащего врача-терапевта/ наименование лечебного учреждения: \_\_\_\_\_  
 Адрес лечащего врача-терапевта/ лечебного учреждения: \_\_\_\_\_

**Скрининговый опросник. Просьба ответить на вопросы, отметив соответствующие поля.**

Анкета о состоянии здоровья. ПРИМЕЧАНИЕ: ЕСЛИ АНКЕТА БЫЛА ЗАПОЛНЕНА В ИНТЕРНЕТЕ, РАССМОТРИТЕ ОТВЕТЫ НА ЕЕ ВОПРОСЫ ВМЕСТЕ С ПАЦИЕНТОМ, ЧТОБЫ УБЕДИТЬСЯ, ЧТО ИСПРАВЛЕНИЙ ВНОСИТЬ НЕ ТРЕБУЕТСЯ		Да	Нет
1.	Вы сегодня чувствуете себя больным?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Вам уже вводили дозу вакцины от COVID-19? Если да, то какую вакцину вы получили? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Другое: _____ Дата: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Наблюдалась ли у вас когда-либо аллергическая реакция на предыдущую дозу вакцины от COVID-19 или на любой компонент вакцины от COVID-19, например полиэтиленгликоль (ПЭГ) или полисорбат?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Наблюдалась ли у вас когда-либо аллергическая реакция на другую вакцину (не от COVID-19) или инъекционные препараты?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Наблюдалась ли у вас когда-либо серьезная аллергическая реакция (анафилаксия) на какой-либо продукт питания, домашнее животное, экологический аллерген, пероральные препараты или материал латекс? Если да, просьба перечислить их:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Проходили ли вы какую-либо вакцинацию за последние 14 дней? (не является противопоказанием)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Проходили ли вы лечение от COVID-19 ослабленными антителами (моноклональные антитела или сыворотка выздоровевших) за последние 90 дней?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Вы беременны или кормите грудью? (не является противопоказанием)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Информированное согласие. Прочтите и подпишите.**

Моей подписью под этим документом, я даю согласие на то, чтобы вакцина (-ы) была (-и) введена (-ы) мне провизором, студентом фармацевтического учебного заведения / лаборантом под надзором провизора или другим уполномоченным представителем, если это разрешено законом, указаниями штата или федеральным руководством, нанятыми или привлекаемыми на основании договора компанией "Albertsons Companies" или любой из аптек, связанных с этой компанией. Я также разрешаю связываться со мной по указанному выше номеру телефона по поводу вакцинации, которую мне необходимо пройти, или на которую я имею право. Кроме того, я освобождаю компанию "Albertsons Companies", её дочерние предприятия, филиалы, должностных лиц, директоров, сотрудников и представителей от любой ответственности, в т. ч. за бездействие или действия, связанные с получением мной данной вакцинации. Я понимаю, что: 1) Я добровольно дал (-а) согласие на вакцинацию и понимаю, что я обязан (-а) оплатить все полученные препараты и услуги. 2) Я могу нести ответственность за оплату после даты получения мной услуг, если счет за препарат или услугу будет направлен моему страховщику. 3) Я достиг (-ла) установленного законом возраста и имею право подписывать настоящую форму согласия, либо я родитель / опекун несовершеннолетнего пациента. 4) Я немедленно уведомлю провизора о всех моих заболеваниях, которые могут отрицательно повлиять на мое здоровье или эффективность вакцины. 5) Я изучил (-а) информацию о возможных побочных эффектах вакцинации, о том, когда они могут возникнуть, а также о том, в какие сроки и куда мне следует обратиться за помощью. Если у меня возникнут какие-либо побочные эффекты, я несу ответственность за последующие посещения врача за свой счет. 6) Я должен (-а) оставаться в пункте вакцинации для наблюдения на протяжении 15 минут, но если у меня ранее была история немедленных аллергических реакций любой тяжести на какую-либо вакцину или после какой-либо инъекционной терапии, или, если у меня наблюдалась анафилактическая реакция по любой причине, мне необходимо остаться в пункте вакцинации на 30 минут после вакцинации для наблюдения. Если я уйду из пункта вакцинации без ожидания, я признаю, что делаю это на свой страх и риск и вопреки совету специалиста, который ввел мне вакцину. 7) Я прочитал (-а) (или мне прочитали) информационные бюллетени вакцины (Vaccine Information Statement, VIS) или разрешение на экстренное использование (Emergency Use Authorization, EUA), которые предоставляются в комплекте с вводимыми вакцинами. У меня была возможность задать вопросы, и на все свои вопросы я получил (-а) ответы, которые меня устроили. Я понимаю пользу и риски вакцин(-ы). 8) Мне предложили и / или предоставили экземпляр Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации компании согласно Health Insurance Portability and Accountability Act (Закону о преемственности и подотчетности медицинского страхования, HIPAA). 9) Сведения об этой вакцинации, включая любую вакцинацию, на которую распространяется дополнительная защита конфиденциальной информации в соответствии с федеральным законодательством или законодательством штата, должны быть переданы в реестр вакцинации сотрудниками этой аптеки или ее деловым партнером, который может передать мои данные по вакцинации другим лицам, включая моего основного поставщика медицинского обслуживания, направляющего врача или местный отдел здравоохранения, если это относится, и я даю согласие на такую передачу. (Только для штата Нью-Джерси: я разрешаю \_\_\_\_\_ запрещаю \_\_\_\_\_ сообщать о действиях, связанных с прохождением мною данной вакцинации, моему основному поставщику медицинского обслуживания. Я понимаю, что отсутствие отметок разрешения или запрета будет воспринято как разрешение). (Только для Южной Дакоты и Массачусетса: Я понимаю, что имею право опротестовать предоставление моих данных вышеупомянутым сторонам через такие регистры).

X

Подпись пациента или родителя/опекуна несовершеннолетнего пациента

Дата

**Только для использования аптекой**

Название вакцины	Номер партии	Дата истечения срока годности	Производитель	Доза (мл)	Номер дозы	Путь введения	Место (обведите)	Дата публикации в VIS/EUA
							П / Л дельтовидная мышца	

Имя, фамилия лица, производящего вакцинацию: \_\_\_\_\_ Дата введения вакцины: \_\_\_\_\_  NPP предложено  Консультация лицензированного фармацевта (провизора) (обведите): Принята / Отклонена

Подпись лицензированного фармацевта (провизора) [Указывает, что (1) VIS/EUA предоставлено (2) консультация предложена и (3) соответствие пациента установленным требованиям подтверждено]: \_\_\_\_\_

ТОЛЬКО в штате Вашингтон (WA): Разрешена замена: \_\_\_\_\_ Выдать как написано: \_\_\_\_\_

№ RxBin: \_\_\_\_\_ № PCN: \_\_\_\_\_ № группы: \_\_\_\_\_ Идентификационный номер: \_\_\_\_\_

Медицинский работник (Имя, фамилия, идентификационный номер, номер группы, идентификационный номер плательщика - в случае United Health Care (UHC): \_\_\_\_\_

Данные для выставления счетов (только за пределами места предоставления услуг) Название клиники: \_\_\_\_\_ Адрес клиники: \_\_\_\_\_