

接種 COVID-19 疫苗的知情同意書

男 女 其他

姓氏 _____ 名字 _____ 中間名字 _____ 出生日期 _____ 年齡 _____ 性別 _____

住宅地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵編 _____ 電話號碼 家庭電話 手機 _____

Medicare Part B 會員身分號碼或社會安全號碼最後 4 碼: _____ 駕照號碼: _____

種族: 亞洲 非洲裔美國人 西班牙裔 美國印地安人 白種人 太平洋島人 兩種或以上 其他: _____
 族裔: 西班牙裔或拉丁裔 非西班牙裔或拉丁裔 拒絕說明(未知)

您比較習慣用哪隻手臂接種疫苗? 如果體重不足 66 磅, 請輸入體重: _____ 磅。主要保健醫師姓名: _____
 (請圈選) 左 右 主要保健醫師地址: _____

篩檢問卷: 請勾選方格以回答問題。

篩檢問題 - 注意: 如在線上完成, 請與患者一起審閱答案, 以確保沒有變更		是	否
1.	您今天是否生病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	您是否曾經接種過 COVID-19 疫苗? 如果有, 您接種了哪種疫苗? <input type="checkbox"/> (Pfizer) <input type="checkbox"/> 莫德納 (Moderna) <input type="checkbox"/> 其他: _____ 日期: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	您是否曾經對以前的 COVID-19 疫苗或 COVID-19 疫苗的任何成分 (包括聚乙二醇 (polyethylene glycol (PEG)) 或聚山梨酸酯 (polysorbate)) 產生過敏反應?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	您是否曾經對 (除 COVID-19 以外) 另一種疫苗或注射藥物有過敏反應?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	您是否曾經對任何食物, 寵物, 環境過敏原, 口服藥物或乳膠有嚴重的過敏反應 (過敏性休克)? 若「是」, 請列出:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	過去 14 天內, 您是否曾經接種過任何疫苗? (非禁忌症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	在過去 90 天內, 您是否曾經接受過被動抗體療法 (單株抗體治療 (monoclonal antibodies) 或康復期血清 (convalescent serum)) 作為 COVID-19 的療法?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	您現在是否正在懷孕或餵哺母乳? (非禁忌症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

知情同意書: 請閱讀並簽名。

在下方簽名, 即表示本人同意由 Albertsons Companies 或其附屬藥局聘僱的藥劑師、受監督的實習藥劑師或技師, 或是在法律或州/聯邦指引許可下的情況下進行疫苗接種, 並可透過上述提供的號碼, 就我應該或有資格接種的其他疫苗與我聯絡。本人亦免除 Albertsons Companies 與其子公司、關係企業、主管、董事、員工與代理的全部責任, 包括因為本人接受此疫苗所產生或造成的疏忽或錯誤行為。本人瞭解: 1) 本人自願選擇接種疫苗, 並且了解本人有義務支付使用產品及享受服務的所有費用 (如適用)。2) 若這些產品或服務是向本人的醫療福利收費, 在服務之日後, 本人可能需要負擔這些費用。3) 本人已達法定年齡, 且取得簽署此同意書的授權或本人是未成年病患的家長/監護人。4) 若有任何醫療情況可能會對本人的健康或疫苗功效造成負面影響, 本人將立即提醒藥劑師。5) 相關人員已向本人說明接種疫苗後可能產生的副作用、這些副作用可能發生的時間以及本人應該尋求治療的時間與地點。若本人遇到任何副作用, 本人有責任自費與本人的醫生進行後續治療。6) 接種疫苗後, 我應該停留在區域內觀察 15 分鐘, 但若我對疫苗或者注射型治療有過任何嚴重立即性過敏反應病史, 或者我因任何原因曾發生過敏性休克, 我應停留在區域內觀察 30 分鐘。如果我不等待就離開區域, 我瞭解此行為有違接種疫苗專業人員的建議, 並將自己承擔風險。7) 本人已經閱讀或者已經有人讀給本人聽關於即將提供施打疫苗的疫苗資訊聲明書 (Vaccine Information Statement, 「VIS」) 或緊急使用授權書 (Emergency Use Authorization, 「EUA」)。本人有機會提出各類問題, 並且本人的所有問題均已得到滿意的答覆。本人瞭解疫苗的優點與風險。8) 已向我提供和/或提供了符合《健康保險可移植性和責任法案》(HIPAA) 的公司《隱私慣例通知》的副本。9) 此類疫苗接種, 包括州或聯邦法律規定享有額外隱私權保護的其他任何疫苗, 均須由本人的醫師或其同事向免疫登記處通報, 該處可能與他人以及本人的初級保健醫師、授權醫師或當地衛生局 (若適用) 共用本人的免疫資料, 且本人授權同意披露。(僅適用於新澤西州: 本人授權 ___ 不授權 ___ 將本人接種此疫苗一事通報給本人的初級保健醫師。本人瞭解, 如果沒有勾選授權/不授權, 則將視同為授權。)(僅適用於南達科他州和馬薩諸塞州: 本人瞭解, 本人有權反對透過這種登記處將本人的資料與上述當事方共用。)

X _____
 患者本人簽名或未成年患者之家長/監護人簽名 _____ 日期 _____

僅供藥房使用

疫苗名稱:	批號	有效日期	製造商	劑量 (毫升)	劑量號碼:	途徑	部位 (圈選)	VIS/EUA 出版日期
							右 / 左三角肌	

疫苗接種者的姓名: _____ 接種日期: _____ 提供的 NPP RPH 諮詢 (請圈出): 接受/拒絕

RPH 簽名 [表示 (1) 已經提供 VIS/EUA (2) 已提供諮詢 (3) 已驗證患者的資格]: _____

僅適用於 WA: 允許替代品: _____ 按指示分配: _____

RxBIN: _____ PCN: _____ 小組號碼: _____ 身分證號碼: _____

醫療 (姓名、身分證號碼、小組號碼、付款人證件號碼 - 如果是 UHC): _____

賬單信息 (僅限場外) 診所名稱 _____ 診所地址: _____