

接受疫苗接種者姓名: (請正楷書寫)		出生日期:		
COVID-19 疫苗接種篩查問卷				
1.	您今天感覺不適嗎?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
2.	在過去的10天中, 您是否曾因 COVID-19 感染或暴露而接受過 COVID-19 檢測, 或被醫務人員或衛生部門告知要隔離或在居家隔離?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
3.	在過去90天 (3個月中, 您是否曾接受過抗體療法或COVID-19的恢復期血漿治療? 如果是, 您什麼時候收到最後一劑? 日期: _____	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
4.	您是否曾對任何疫苗, 注射劑或COVID-19疫苗的任何成分產生嚴重或危及生命的過敏反應 (例如蕁麻疹、面部腫脹、呼吸困難、過敏性休克), 或有任何嚴重的過敏症 / 過敏史?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
5.	在過去的14天(2周)中, 您是否曾接種疫苗, 包括流感疫苗? 如果是, 您最近的一次接種疫苗是何時? 日期: _____	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
6.	您是否正在懷孕, 備孕或喂哺母乳?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
7.	您是否患有癌症、白血病、愛滋病毒/愛滋病、自身免疫病史或任何削弱免疫系統的疾病?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
8.	您是否有服用任何會影響免疫系統的藥物, 例如可體松, 潑尼松或其他類固醇, 抗癌藥, 或者您是否接受過放射治療?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
9.	您是否患有出血性疾病或正在服用抗凝血藥?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
10.	您是否曾經接種過 COVID-19 疫苗? 如果是, 請問哪種疫苗? <input type="checkbox"/> Moderna 莫德納 <input type="checkbox"/> Pfizer 輝瑞 <input type="checkbox"/> Janssen 強生	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	

緊急使用授權 FDA 已根據緊急使用授權(EUA)提供了 COVID-19 疫苗。EUA 是需要緊急情況下緊急使用藥物和生物產品, 例如目前 COVID-19 大流行。該疫苗尚未完成與 FDA 批准或批准的產品相同類型的審查。但是, FDA 決定根據 EUA 提供疫苗的決定是基於公共衛生突發事件的存在以及可獲得的全部科學證據, 這表明疫苗的已知和潛在益處超過了已知和潛在風險。

同意書 我已獲得並已閱讀或已向我解釋了有關 COVID-19 疫苗接種的資訊。我瞭解, 如果此疫苗需要兩劑, 則需要注射 (接種) 兩劑才能使其有效。我有機會提出問題及取得讓我滿意的答案 (並確保我被授權為其提供代理同意的上述人也有機會提出問題)。我瞭解上述疫苗接種的好處和風險。

我要求接受 COVID-19 疫苗接種 (或上面已獲我授權的人提出請求並提供代理同意)。我知道這種疫苗不會給我帶來任何費用。我瞭解將分配給疫苗的任何款項或利益, 並轉移給提供疫苗接種者, 包括我的健康保險計畫, Medicare, Medicaid 或其他對我的醫療費用負有經濟責任的協力廠商。我授權發佈所有必要的資訊 (包括但不限於醫療記錄, 醫療帳單細則) 以核實付款情況, 以及其他公共衛生防疫目的所需的資訊, 包括向當地衛生部門疫苗註冊機構告。

我確認並同意, 有關我的身份和所有疫苗接種的資訊將被發佈到紐約市範圍內的免疫註冊中心 (CIR)。

接受疫苗接種者/代理人/監護人(簽名)	日期/時間	書寫名字及與接受疫苗接種者的關係 (如非接受疫苗接種者)
電話翻譯員的ID號 或	日期/時間	
翻譯員的簽名	日期/時間	書寫翻譯員的名字及與接受疫苗接種者的關係

姓名(Last, First): _____

出生日期: _____

此處由提供疫苗接種者填寫

患者今天正在接受哪種疫苗

疫苗名稱			EUA情況說明書日期	製造商和批號
輝瑞	<input type="checkbox"/> 第一劑	<input type="checkbox"/> 第二劑		
莫德納	<input type="checkbox"/> 第一劑	<input type="checkbox"/> 第二劑		
阿斯利康/牛津	<input type="checkbox"/> 第一劑	<input type="checkbox"/> 第二劑		
強生	<input type="checkbox"/> 單劑			

注射部位: 左手臂 右手臂

劑量: 0.3毫升 0.5毫升

我已經與接受疫苗接種者（和父母，監護人或代理人，如果適用）一起審查了不良反應

我確認接受疫苗接種者（及其代理人，如果適用）有機會詢問有關疫苗接種的問題以及他們提出的所有問題（和/或他們的替代問題）均已盡我所能正確回答

提供疫苗接種者簽名: _____