新冠疫苗接種篩查問卷及疫苗接種同意書 (Est. Patient)

追加劑 / 加強劑

|  |  |
| --- | --- |
| 接受疫苗接種者姓名: (請正階書寫) |  出生日期: |
| **COVID-19 疫苗接種篩查問卷** |
| 1. | 您今天感覺不適嗎？? | [ ]  是 | [ ]  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? | [ ]  是 | [ ]  否 | [ ]  未知 |
| 3. | 在過去90天（3個月），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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  是 | [ ]  否 | [ ]  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?  | [ ]  是 | [ ]  否 | [ ]  未知 |
| 5. | 您是否患有出血性疾病或正在服用抗凝血藥？ | [ ]  是 | [ ]  否 | [ ]  未知 |
| 6. | 您是否有心肌炎（心肌發炎）或心包炎（心臟周圍的纖維囊發炎）的病史？ | [ ]  是 | [ ]  否 | [ ]  未知 |
| 7. | 您之前是否接種過 WHO 授權但未獲得 FDA 授權的 COVID-19 疫苗？（如：AstraZenec – VAXZEVRIA 阿斯利康、Sinovac – CORONAVAC 中國科輿、Serum Institute of India 印度血清研究所 - COVISHIELD、Sinopharm 中國國藥） | [ ]  是 | [ ]  否 | [ ]  未知 |
| 8. | 您是否曾經接種過COVID-19疫苗？ [ ]  是 [ ]  否如果是，請問哪種疫苗？  | [ ]  Moderna莫德納  | [ ]  Pfizer輝瑞  | [ ]  Janssen強生 |
| 9. | 您之前是否己完全接種COVID-19疫苗 ? Moderna 莫德納 / Pfizer 輝瑞: (共兩劑); Janssen 強生: (單劑)  | [ ]  是 | [ ]  否 |
| 10. | 我已經查閱莫德納疫苗和輝瑞疫苗追加劑/加強劑特定族群的所有資格標准，並根據所列標准確認我符合資格。 | [ ]  是 | [ ]  否 |
|  **如果您是來接種追加劑，請回答問題11a。如果您是來接種加強劑，請回答問題11b。** |
| 11a. | 距完全接種COVID-19 疫苗系列的最後一劑疫苗至少間隔 28 天? | [ ]  是 | [ ]  否 |
| 11b. | 距完全接種COVID-19 疫苗系列的最後一劑疫苗至少間隔 6 個月? | [ ]  是 | [ ]  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是需要在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。請注意：FDA批准 Pfizer-BioNTech COVID-19輝瑞疫苗為 16 歲及以上人群的兩劑系列疫苗。根據緊急使用授權 (EUA) 輝瑞疫苗可繼續提供給特定人群，包括 12 至 15 歲的人群以及符合以下同意書中規定的特定人群。

**同意書** 我已閱讀或已向我解釋過有關 COVID-19 疫苗接種的資訊。我明白, 如果我接受疫苗是兩劑系列疫苗需要兩劑，我會需要接種兩劑才能被視為完全接種疫苗。此外，我了解 如果我符合下列特定族群的條件，將可能被建議於接種第二劑 Pfizer-BioNTech COVID-19 輝瑞疫苗至少6 個月後接種第三劑疫苗（“加強劑”）以增加對我的保護。 特定人群為65 歲或以上的長者、長期護理機構的居民、50-64 歲有基礎疾病人士、18-49 歲患有嚴重疾病的高風險者，18-64 歲，並經常暴露於病毒環境中的高風險人群。

我有機會提出問題，這些問題的回答令我滿意（並確保我有權代表的上述人員提供代理同意也有機會提問）。我了解所描述的疫苗接種的益處和風險。

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）

|  |
| --- |
| **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  | 批號 |
| 輝瑞 | [ ]  第一劑 | [ ]  第二劑 | [ ]  第三劑 |  |  |
| 莫德納 | [ ]  第一劑 | [ ]  第二劑 | [ ]  第三劑 |  |  |
| 強生 |  [ ]  單劑 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 注射部位: | [ ]  左手臂 | [ ]  右手臂 |  |
| 劑量：  | [ ]  0.25毫升 | [ ]  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: