



Бюро иммунизации при  
Департаменте здравоохранения  
штата Нью-Йорк

### Скрининг иммунизации от COVID-19 и форма информированного согласия\*

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Имя получателя (печатными буквами)  |   | Предпочитаемое имя  |   |
| Дата рождения   | Текущая гендерная принадлежность<br>Нажмите здесь, чтобы выбрать  | <b>Ключ:</b><br>W - Женщина/Девушка TW - Трансгендерная женщина/девушка M - Мужчина/Юноша<br>TM - Трансгендерный мужчина/юноша NB - Небинарный GNC - гендерно-неконформный<br>Q - Не уверен/под вопросом NR - решил не отвечать<br>GNL - Гендер не включен в список (написать)<br>*Гендерное местоимение: запись от имени клиента |   |
| Пол, указанный при рождении<br>Нажмите здесь, чтобы выбрать   | <b>Ключ:</b><br>M - Мужской F - Женский<br>I - Гермафродит NR - предпочитаю не отвечать<br>SNL - Сексуальная ориентация не включена в список (записать) | Семейное положение<br>Нажмите здесь, чтобы выбрать  | <b>Ключ:</b><br>S - Не замужем/не женат D - разведён/разведена M - замужем/женат<br>W - Вдова/вдовец V - Гражданский брак U - Неизвестно<br>РАЗДЕЛЕННЫЙ – юридически разделены СПУТНИК – спутник/спутница жизни |
| Адрес   | Город   | Штат  | Почтовый индекс   |
|   |   |   | Адрес электронной почты   |
| Родитель/опекун/суррогатный родитель (печатными буквами, если применимо)  |   | Телефон   | Предпочитаемый язык   |
| Этническая принадлежность<br><b>Ключ этнической принадлежности:</b><br>Нажмите здесь, чтобы выбрать<br>DECL – отказываюсь отвечать<br>HIS - Латиноамериканское происхождение<br>NHL -Нелатиноамериканское происхождение<br>UNK - Неизвестно |   | Раса<br><b>Ключ расы:</b><br>Нажмите здесь, чтобы выбрать<br>AIA – Коренной американец или житель Аляски ASN – Азиат<br>BAA – афроамериканец или темнокожий DECL – Отказываюсь отвечать<br>NHP - Коренной гаваец или другой житель тихоокеанского региона<br>WHT - Белый OTH – Другая или несколько рас                           |   |
| Основное страхование  | Идентификационный номер основного страхования   |   | Имя абонента/Дата рождения  |
|   |   | Отношение абонента к пациенту   |   |
| Адрес основного страхования   |   | Группа основного страхования  | Телефон основного страхования   |
| Вторичное страхование   | Идентификационный номер вторичного страхования  |   | Имя абонента/Дата рождения  |
|   |   | Отношение абонента к пациенту   |   |
| Адрес вторичного страхования  |   | Группа вторичного страхования   | Телефон вторичного страхования  |

|   |  |                                     |                              |                                      |
|---|--|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Сайт клиники/офиса, где была получена вакцина |  | Адрес/номер телефона лечащего врача |                              |                                      |
| <b>Скрининговый опросник</b>                  |  |                                     |                              |                                      |
| 1.  | Вы чувствуете себя плохо сегодня?  | <input type="checkbox"/> Да         | <input type="checkbox"/> Нет |                                      |
| 2.  | В течение последних 10 дней, проходили ли вы тест на COVID-19 или вам было предписано медицинским работником или отделом здравоохранения изолироваться в домашних условиях в связи с инфекцией COVID-19?   | <input type="checkbox"/> Да         | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Неизвестный |
| 3.  | За последние 10 дней говорил ли вам врач или департамент здравоохранения о необходимости карантина на дому в связи с воздействием COVID-19 или из-за путешествия?  | <input type="checkbox"/> Да         | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Неизвестно  |
| 4.  | Проходили ли вы лечение от COVID-19 антителами или восстановительной плазмой в течение последних 90 дней (3 месяцев)?<br><i>Если да, то когда вы получили последнюю дозу?</i>  | <input type="checkbox"/> Да         | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Неизвестно  |
| 5.  | Возникали ли у Вас когда-либо непосредственные аллергические реакции, такие как крапивница, отек лица, затрудненное дыхание или анафилаксия, на любую вакцину или укол, или на любой компонент вакцины COVID-19, например, полиэтиленгликоль (ПЭГ) или полисорбат? | <input type="checkbox"/> Да         | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Неизвестно  |
| 6.  | Получали ли вы какую-либо вакцину за последние 14 дней (2 недели), включая прививку от гриппа?<br><i>Если да, то как давно вы получили последнюю вакцина? Дата:</i><br>_____   | <input type="checkbox"/> Да         | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Неизвестно  |
| 7.  | Вы беременны или планируете беременность?  | <input type="checkbox"/> Да         | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Неизвестно  |
| 8.  | Есть ли у вас рак, лейкемия, ВИЧ/СПИД, история аутоиммунных заболеваний или любое другое заболевание, ослабляющее иммунную систему?  | <input type="checkbox"/> Да         | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Неизвестно  |
| 9.  | Принимаете ли Вы какие-либо лекарства, влияющие на иммунную систему, такие как кортизон, преднизон или другие стероиды, противоопухолевые препараты, или проходили ли Вы какую-либо лучевую терапию?   | <input type="checkbox"/> Да         | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Неизвестно  |
| 10.   | Есть ли у вас нарушение свертываемости крови или принимаете ли вы антикоагулянты?  | <input type="checkbox"/> Да         | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Неизвестно  |
| 11.   | Вы получали предыдущую дозу вакцины от COVID-19?   | Нажмите здесь, чтобы выбрать        | <input type="checkbox"/> Нет | Дата:<br>_____<br>(если применимо)   |

#### Разрешение на использование в чрезвычайных ситуациях

Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) предоставило вакцину от COVID-19 в соответствии с разрешением на использование в чрезвычайных ситуациях (emergency use authorization, EUA). Разрешение на использование в чрезвычайных ситуациях используется в тех случаях, когда существуют обстоятельства, оправдывающие использование наркотиков и биологических продуктов во время чрезвычайной ситуации, такой как пандемия COVID-19. Эта вакцина не прошла такой же проверки, как продукт, одобренный Управлением FDA. Однако решение FDA сделать вакцину доступной основано на совокупности имеющихся научных данных, показывающих, что известные и потенциальные преимущества вакцины перевешивают известные и потенциальные риски.

#### Согласие

Я прочитал или прослушал содержимое информационного листа по вакцинации от COVID-19. Я понимаю, что если моя вакцина требует введения двух доз, мне необходимо будет назначить (дать) две дозы этой вакцины, чтобы она была эффективной. У меня была возможность задать вопросы, на которые я получил удовлетворительный ответ (и обеспечил возможность задать вопросы лицу, указанному выше, для которого я уполномочен давать согласие). Я понимаю описанные преимущества и риски вакцинации.

Я прошу предоставить мне вакцинацию от COVID-19 (или лицу, указанному выше, для которого я уполномочен сделать эту просьбу и дать согласие). Я понимаю, что эта вакцина будет для меня бесплатна. Я понимаю, что любые денежные средства или компенсации за проведение вакцинации будут назначены и переданы врачу, проводящему вакцинацию, включая компенсации/денежные средства от моего медицинского страхового плана, программы Medicare или других третьих лиц,

которые несут финансовую ответственность за мое медицинское обслуживание. Я даю согласие на разглашение любой необходимой информации (включая, в частности, медицинские записи, копии обращений и детализированные счета) для проверки оплаты и, при необходимости, для других целей общественного здравоохранения, включая отчетность в соответствующие реестры вакцинации.

Получатель/заместитель/опекун  
(Подпись)

Дата / Время

имя, фамилия  
разборчиво

Отношение к пациенту, если вы не  
получатель

Идентификатор телефонного переводчика # Дата / Время  
**ИЛИ**

Подпись: Переводчик

Дата/время

Печать: Имя переводчика и отношение к пациенту

**Область ниже заполняется вакцинатором**

**Какую вакцину сегодня получает пациент?**

| Название вакцины | Введение                             |                                      | Дата информационного бюллетеня EUA | Производитель и номер партии |
|------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Pfizer/ BioNTech | <input type="checkbox"/> Первая доза | <input type="checkbox"/> Вторая доза |                                    |                              |
| Moderna          | <input type="checkbox"/> Первая доза | <input type="checkbox"/> Вторая доза |                                    |                              |
| Astra-Zeneca     | <input type="checkbox"/> Первая доза | <input type="checkbox"/> Вторая доза |                                    |                              |
| Janssen          | <input type="checkbox"/> Одна доза   |                                      |                                    |                              |

Место введения  Левая  Правая  Левое  Правое  
дельтовидная  дельтовидная  бедро  бедро  
мышца  мышца

Дозировка  0,5 мл  0,3 мл

Я предоставил пациенту (и/или родителю, опекуну или представителю, в зависимости от обстоятельств) информацию о вакцине и получил согласие на вакцинацию.

Подпись вакцинатора:

**\* Использование этой формы не является обязательным.**