



## Formularz pytań przesiewowych i zgody dotyczących szczepienia przeciw COVID-19\*

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Imię i nazwisko osoby szczepionej (drukowanymi literami)                        |   | Preferowane imię i nazwisko   |   |
| Data urodzenia  | Aktualny identyfikator płci<br>Wskaż identyfikator poniżej:<br><input type="text"/>   | <b>Klucz:</b><br>W — kobieta/dziewczyna TW — transpłciowa kobieta/dziewczyna M — mężczyzna/chtópiec<br>TM — transpłciowy mężczyzna/chtópiec NB — osoba niebinarna<br>GNC — osoba nie odczuwająca przynależności do żadnej płci<br>Q — osoba niemająca pewności/kwestionująca NR — wolę nie odpowiadać<br>GNL — płć niewymieniona na liście (prosimy wpisać)<br>* Zaimki wskazujące płć: prosimy wpisać przy imieniu i nazwisku pacjenta |   |
| Płć przypisana po urodzeniu<br>Wskaż płć poniżej:<br><input type="text"/>       | <b>Klucz:</b><br>M — mężczyzna F — kobieta<br>I — osoba interpłciowa<br>NR — wolę nie odpowiadać  | Stan cywilny<br>Wskaż stan cywilny poniżej:<br><input type="text"/>   | <b>Klucz:</b><br>S — niezamężna/nieżonaty D — rozwiedziona(-y) M — zamężna/zonaty<br>W — wdowa/wdowiec V — w zarejestrowanym związku partnerskim<br>U — niezany<br>SEPARATED — w prawnej separacji<br>PARTNER — w związku partnerskim       |
| Adres   | Miejscowość   | Stan  | Kod pocztowy  |
| Rodzic/opiekun/rodzic zastępczy (drukowanymi literami, jeśli dotyczy)           |   | Numer telefonu  | Preferowany język   |
| Tożsamość etniczna<br>Wskaż tożsamość etniczną poniżej:<br><input type="text"/> | <b>Klucz tożsamości etnicznej:</b><br>DECL — odmowa odpowiedzi<br>HIS — pochodzenie latynoskie<br>NHL — pochodzenie<br>nielatynoskie<br>UNK — nieznanne | Rasa<br>Wskaż rasę poniżej:<br><input type="text"/>   | <b>Klucz rasowy:</b><br>AIA — rdzenna amerykańska lub alaskańska<br>ASN — azjatycka<br>BAA — afroamerykańska lub czarna<br>DECL — odmowa odpowiedzi<br>NHP — rdzenna hawajska lub z wysp Pacyfiku<br>WHT — biała OTH — inna lub wielorasowa |
| Nazwa głównego ubezpieczenia  | Identyfikator głównego ubezpieczenia  | Imię i nazwisko / data urodzenia właściciela polisy   | Relacja właściciela polisy z pacjentem  |
| Adres głównego ubezpieczenia  | Nr grupy głównego ubezpieczenia   | Nr telefonu głównego ubezpieczenia  |   |
| Nazwa dodatkowego ubezpieczenia   | Identyfikator dodatkowego ubezpieczenia   | Imię i nazwisko / data urodzenia właściciela polisy   | Relacja właściciela polisy z pacjentem  |
| Adres dodatkowego ubezpieczenia   | Nr grupy dodatkowego ubezpieczenia  | Nr telefonu dodatkowego ubezpieczenia   |   |
| Klinika/gabinet, w którym podawana jest szczepionka                             | Adres/telefon lekarza pierwszego kontaktu   |   |   |

### Kwestionariusz przesiewowy

|    |  |                              |                              |                                   |
|----|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 1. | Czy czujesz się dziś źle?  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |                                   |
| 2. | Czy w ciągu ostatnich 10 dni przeprowadzono u Ciebie test na COVID-19 ze względu na objawy i nadal oczekujesz na wyniki testu lub świadczeniodawca medyczny albo wydział zdrowia polecił Ci izolację albo kwarantannę domową ze względu na zakażenie wirusem COVID-19 lub narażenie na nie?                        | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Nie wiem |
| 3. | Czy w ciągu ostatnich 90 dni (3 miesięcy) leczono Cię na COVID-19 z wykorzystaniem terapii przeciwciałami lub osocza ozdrowieńca? <i>Jeżeli tak, kiedy podano Ci ostatnią dawkę?</i> Data: _____   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Nie wiem |
| 4. | Czy wystąpiła u Ciebie kiedykolwiek natychmiastowa reakcja alergiczna, taka jak pokrzywka, opuchnięcie twarzy, trudności z oddychaniem czy anafilaksja, na jakąkolwiek szczepionkę lub zastrzyk bądź jakikolwiek składnik szczepionki przeciw COVID-19 albo poważna reakcja alergiczna (anafilaksja) na cokolwiek? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Nie wiem |
| 5. | Czy jesteś w ciąży lub rozważasz zajście w ciążę?  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Nie wiem |

|     |  |                              |                              |                                    |
|-----|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| 6.  | Czy masz nowotwór, białaczkę, HIV/AIDS lub jakąkolwiek inną chorobę osłabiającą układ odpornościowy?   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Nie wiem  |
| 7.  | Czy zażywasz jakiegokolwiek leki wpływające na układ odpornościowy, takie jak kortyzon, prednizon lub inne steroidy czy leki przeciwnowotworowe, lub czy poddawano Cię radioterapii?               | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Nie wiem  |
| 8.  | Czy masz zaburzenia krzepliwości krwi, występowały u Ciebie zakrzepy krwi lub przyjmujesz lek przeciwzakrzepowy?   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Nie wiem  |
| 9.  | Czy wystąpiło u Ciebie zapalenie mięśnia sercowego lub zapalenie osierdzia?  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Nie wiem  |
| 10. | Czy podano Ci poprzednią dawkę szczepionki przeciw COVID-19 marki Pfizer, Moderna lub Janssen COVID-19?  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | Data:<br>_____<br>(jeżeli dotyczy) |
| 11. | Czy podano Ci poprzednią dawkę szczepionki przeciw COVID-19 zatwierdzonej przez WHO, ale nie FDA (AstraZeneca — VAXZEVRIA, Sinovac — CORONAVAC, Serum Institute of India — COVISHIELD, Sinopharm)? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | Data:<br>_____<br>(jeżeli dotyczy) |

### Dopuszczenie do użycia w sytuacji wyjątkowej

Agencja Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA) udostępniła szczepionkę przeciw COVID-19 w ramach procedury dopuszczenia do użycia w sytuacji wyjątkowej (emergency use authorization, EUA). Procedurę EUA stosuje się w okolicznościach uzasadniających użycie leków i produktów biologicznych w sytuacji nadzwyczajnej, takiej jak pandemia COVID-19. Ta szczepionka nie została poddana takiej samej weryfikacji jak produkty zatwierdzone lub dopuszczone do użytku przez FDA. Decyzja FDA o udostępnieniu szczepionki jest jednak oparta na całości dowodów naukowych, z których wynika, że znane i potencjalne korzyści ze szczepionki przeważają nad znanymi i potencjalnymi zagrożeniami.

### Zgoda

Treść arkusza informacyjnego o szczepieniu przeciw COVID-19 została przeze mnie przeczytana lub mi wyjaśniona. Rozumiem, że jeśli moja szczepionka wymaga podania dwóch dawek, będę potrzebować podania dwóch dawek szczepionki, aby jej działanie było skuteczne. Umożliwiono mi zadanie pytań, na które udzielono mi zadowolających odpowiedzi (a osobie wskazanej powyżej, w imieniu której mam upoważnienie do wyrażenia zastępczej zgody, również umożliwiono zadanie pytań). Rozumiem opisane korzyści i zagrożenia związane ze szczepieniem.

Proszę o podanie mi szczepionki przeciw COVID-19 (lub podanie jej osobie wskazanej powyżej, w imieniu której mam upoważnienie do wystąpienia z tą prośbą i wyrażenia zastępczej zgody). Rozumiem, że nie poniosę żadnych kosztów związanych z tą szczepionką. Rozumiem, że wszelkie pieniądze lub korzyści związane z podaniem szczepionki zostaną przydzielone i przekazane szczepiącemu świadczeniodawcy, w tym korzyści/pieniądze z mojego medycznego planu ubezpieczeniowego, Medicare i od innych osób trzecich, które są finansowo odpowiedzialne za moją opiekę zdrowotną. Zezwalam na ujawnienie wszystkich informacji (w tym m.in. dokumentacji medycznej, kopii roszczeń i rachunków z wyszczególnieniem) potrzebnych do weryfikacji płatności oraz do innych celów związanych ze zdrowiem publicznym, w tym raportowania do odpowiednich rejestrów szczepień.

|  |              |                                      |   |
|--|--------------|--------------------------------------|---|
| Osoba szczepiona/rodzic zastępczy/opiekun (podpis) | Data/godzina | Imię i nazwisko drukowanymi literami | Relacja z pacjentem (jeśli nie jest osobą szczepioną) |
|--|--------------|--------------------------------------|---|

|  |              |
|--|--------------|
| Nr identyfikacyjny tłumacza telefonicznego<br><b>LUB</b> | Data/godzina |
|--|--------------|

|                 |              |  |
|-----------------|--------------|--|
| Podpis: Tłumacz | Data/godzina | Drukowanymi literami: Imię i nazwisko tłumacza i relacja z pacjentem |
|-----------------|--------------|--|

### Poniższe pole do wypełnienia przez osobę szczepiącą

| Którą szczepionkę dostaje dzisiaj pacjent? |   |                                      |                         |
|--|---|--------------------------------------|-------------------------|
| Nazwa szczepionki                          | Podanie                                   |                                      | Data arkusza danych EUA |
| Pfizer/BioNTech                            | <input type="checkbox"/> Pierwsza dawka   | <input type="checkbox"/> Druga dawka |                         |
| Moderna                                    | <input type="checkbox"/> Pierwsza dawka   | <input type="checkbox"/> Druga dawka |                         |
| AstraZeneca                                | <input type="checkbox"/> Pierwsza dawka   | <input type="checkbox"/> Druga dawka |                         |
| Janssen                                    | <input type="checkbox"/> Pojedyncza dawka |                                      |                         |

Miejsce podania  Lewy mięsień naramienny  Prawy mięsień naramienny  Lewe udo  Prawe udo

Dawkowanie  0,5 ml  0,3 ml

Pacjent (i/lub odpowiednio rodzic, opiekun lub rodzic zastępczy) otrzymał informacje o szczepionce i uzyskano jego zgodę na szczepienie.

Podpis osoby szczepiącej: \_\_\_\_\_