



Анкета перед вакцинацией от COVID-19 и форма согласия*

Имя получателя (печатными буквами)		Предпочитаемое имя			
Дата рождения	Гендерная идентичность в настоящий момент Укажите идентичность ниже: <input type="text"/>	Условные обозначения: W – Женщина/Девочка TW – Трансгендерная женщина/девочка M – Мужчина/Мальчик TM – Трансгендерный мужчина/мальчик NB – Небинарный человек GNC – Гендерно неконформный Q – Не уверен(-а)/Не определился(-ась) NR – Предпочитаю не отвечать GNL – Гендер не указан (впишите свой вариант) * Гендерные местоимения: впишите рядом с именем клиента			
Пол при рождении Укажите пол ниже: <input type="text"/>	Условные обозначения: M – Мужской F – Женский I – Интерсекс NR – Предпочитаю не отвечать	Семейное положение Укажите положение ниже: <input type="text"/>	Условные обозначения: S – Холост/Не замужем D – В разводе M – Женат/Замужем W – Вдовец/Вдова V – Гражданский брак U – Неизвестно SEPARATED – Раздельное проживание PARTNER – Спутник(-ца) жизни		
Адрес индекс	Город	Штат	Почтовый	Адрес электронной почты	
Родитель/Опекун/Представитель (если применимо, печатными буквами)		Телефон		Предпочитаемый язык	
Этническая принадлежность Укажите этническую принадлежность ниже: <input type="text"/>	Условные обозначения этнической принадлежности: DECL – Отказываюсь указывать HIS – Испаноязычного происхождения NHL – Не испаноязычного происхождения UNK – Неизвестно	Расовая принадлежность Укажите расовую принадлежность ниже: <input type="text"/>	Условные обозначения расовой принадлежности: AIA – Коренной американец(-ка) или уроженец(-ка) Аляски ASN – Азиат(-ка) BAA – Афроамериканец(-ка) DECL – Отказываюсь указывать NHP – Коренной гаваец(-ка) или уроженец(-ка) островов Тихого океана WHT – Европеоидная раса OTH – Прочее или несколько рас		
Наименование основного страхования	Идентификационный номер основного страхования	ФИО/Дата рождения основного застрахованного лица	Кем основное застрахованное лицо приходится пациенту		
Адрес основного страхования	Номер группы основного страхования	Номер телефона основного страхования			
Наименование дополнительного страхования	Идентификационный номер дополнительного страхования	ФИО/Дата рождения основного застрахованного лица	Кем основное застрахованное лицо приходится пациенту		
Адрес дополнительного страхования	Номер группы дополнительного страхования	Номер телефона дополнительного страхования			
Клиника/центр, где проводится вакцинация	Адрес/телефон основного лечащего врача				

Скрининговая анкета

1.	Вам сегодня нездоровится?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
2.	За последние 10 дней вы сдавали анализ на COVID-19, потому что у вас были симптомы, и все еще ожидаете результатов анализа, или поставщик медицинских услуг или департамент здравоохранения попросили вас изолироваться или закрыться на карантин дома из-за заболевания COVID-19 или контакта с заболевшим человеком?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
3.	Проходили ли вы лечение с применением антител или реконвалесцентной плазмы от COVID-19 в течение последних 90 дней (3 месяцев)? Если да, когда вы получили последнюю дозу? Дата: _____	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
4.	Возникла ли у вас когда-либо немедленная аллергическая реакция (например крапивница, отек лица, затрудненное дыхание, анафилактическая реакция) на какую-либо вакцину, инъекцию или укол или на какой-либо компонент вакцины от COVID-19, или тяжелая аллергическая реакция (анафилактическая реакция) на что-либо?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
5.	Вы беременны или планируете беременность?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно

6.	Имеется ли у вас онкологическое заболевание, лейкемия, ВИЧ/СПИД или какое-либо иное заболевание, которое ослабляет иммунитет?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
7.	Принимаете ли вы какие-либо лекарства, которые оказывают влияние на вашу иммунную систему, например кортизон, преднизон или другие стероиды, противоопухолевые препараты, или вы проходили лучевую терапию?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
8.	Имеется ли у вас нарушение свертываемости крови, тромбы в анамнезе или вы принимаете антикоагулянты?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
9.	Имеется ли у вас в анамнезе миокардит (воспаление сердечной мышцы) или перикардит (воспаление сердечной сумки)?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
10.	Получали ли вы предыдущую дозу вакцины Pfizer, Moderna или Janssen от COVID-19?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	Дата _____ (если применимо)
11.	Получали ли вы предыдущую дозу вакцины от COVID-19, которая была одобрена ВОЗ (Всемирной организацией здравоохранения), но не была одобрена Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (Food and Drug Administration, FDA) (AstraZeneca – VAXZEVRIA, Sinovac – CORONAVAC, Serum Institute of India – COVISHIELD, Sinopharm)?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	Дата _____ (если применимо)

Разрешение для применения в связи с чрезвычайной ситуацией

FDA одобрило вакцину от COVID-19 согласно разрешению для применения в связи с чрезвычайной ситуацией (Emergency Use Authorization, EUA). EUA используется при наличии обстоятельств, которые оправдывают применение лекарственных и биотехнологических препаратов в связи с чрезвычайной ситуацией, например пандемией COVID-19. Данная вакцина не подвергалась такой же проверке, как одобренный или разрешенный FDA препарат. Но решение FDA одобрить вакцину основано на совокупности имеющихся научных данных, которые свидетельствуют о том, что известная и потенциальная польза вакцины перевешивает известные и потенциальные риски.

Согласие

Я прочитал(-а), или мне разъяснили содержание информационного листка по вакцинации от COVID-19. Я понимаю, что если моя вакцина вводится дважды, мне необходимо будет ввести (получить) две дозы данной вакцины, чтобы она была эффективной. У меня была возможность задать вопросы, на которые я получил(-а) ответы к своему удовлетворению (при условии, что вышеуказанное лицо, за которое я уполномочен(-а) предоставлять согласие в связи с его неспособностью к самостоятельному волеизъявлению, также получило возможность задать вопросы). Я понимаю указанные пользу и риск вакцинации.

Я прошу вакцинировать от COVID-19 меня (или вышеуказанное лицо, в отношении которого я уполномочен(-а) подавать соответствующую просьбу и предоставлять согласие в связи с его неспособностью к самостоятельному волеизъявлению). Я понимаю, что вакцина будет предоставлена мне бесплатно. Я понимаю, что любое вознаграждение или выгода от введения вакцины будет передана поставщику услуг вакцинации, в том числе выгода/вознаграждение от моего плана медицинского страхования, Medicare или иных третьих лиц, которые несут финансовую ответственность за получение мною медицинского обслуживания. Я разрешаю предоставлять всю необходимую информацию (в том числе, без ограничения, медицинскую карту, копии заявлений о выплатах страхового возмещения и подробные счета) для проверки оплаты и, при необходимости, в иных медицинских целях, в том числе для внесения в действующие реестры вакцинации.

Получатель/Представитель/Опекун _____ Дата / Время _____ Имя печатными буквами _____ Кем приходится пациенту
(Подпись) получатель (если не является получателем)

Идентификационный номер _____ Дата / Время _____
переводчика по телефону
ИЛИ

Подпись: Переводчик _____ Дата / Время _____ Печатными буквами: Имя переводчика и кем приходится пациенту

Далее заполняется вакциниатором

Какую вакцину получает пациент сегодня?

Наименование вакцины	Введение		Дата информационной справки разрешения для применения в связи с чрезвычайной ситуацией (Emergency Use Authorization, 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		
AstraZeneca	<input type="checkbox"/> Первая доза	<input type="checkbox"/> Вторая доза		
Janssen	<input type="checkbox"/> Одна доза			

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

Дозировка 0,5 мл 0,3 мл

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

Подпись вакциниатора: _____

* Использование данной формы не является обязательным.

Обновлено 12 июля 2021 года