



Анкета для скрининга для вакцин от COVID-19

(Пожалуйста, заполните форму для каждого человека, получающего вакцинацию сегодня)

Каждый пациент должен заполнить эту форму, чтобы пройти вакцинацию. Следующие вопросы помогут нам определить, есть ли какая-либо причина, по которой мы не должны делать вам вакцинацию против COVID-19 сегодня. Если вы ответите “да” на любой вопрос, это не обязательно означает, что вы не должны быть вакцинированы. Это просто означает, что необходимо задать дополнительные вопросы. Если вопрос неясен, пожалуйста, попросите сотрудников клиники объяснить его.

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы. Отметьте ДА или НЕТ:

1. Вы сегодня себя плохо чувствуете?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Получали ли вы когда-нибудь дозу вакцины против COVID-19? Если да, то какую именно вакцину? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Другой продукт _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. У вас когда-нибудь была аллергическая реакция на: (Это может включать тяжелую аллергическую реакцию [например, анафилаксию], которая потребовала лечения адреналином или Эпипенем® или которая заставила вас обратиться в больницу. Это также включало бы аллергическую реакцию, которая произошла в течение 4 часов и вызвала крапивницу, отек или нарушение дыхания, включая хрипы.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• На компонент вакцины COVID-19, включая полиэтиленгликоль (ПЭГ), который содержится в некоторых лекарствах, таких как слабительные и препараты для процедур колоноскопии	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• Полисорбат	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• Предыдущая доза вакцины против COVID-19	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Была ли у вас когда-нибудь аллергическая реакция на другую вакцину (кроме COVID-19 вакцина) или инъекционное лекарство? (Это может включать тяжелую аллергическую реакцию [например, анафилаксию], которая потребовала лечения адреналином или Эпипенем® или которая заставила вас обратиться в больницу. Это также будет включать аллергическую реакцию, которая произошла в течение 4 часов и вызвала крапивницу, отек или нарушение дыхания, включая хрипы.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Была ли у вас когда-либо сильная аллергическая реакция (например, анафилаксия) на что-либо, кроме компонента вакцины COVID-19, полисорбата или любой вакцины или инъекционного лекарства? Это может включать пищевую, домашнюю, экологическую или пероральную аллергию на лекарства.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. Получали ли вы какую-либо вакцину за последние 14 дней?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. Был ли у вас когда-нибудь положительный тест на COVID-19 или врач когда-либо говорил вам, что у вас есть COVID-19?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. Получали ли вы пассивную терапию антителами (моноклональные антитела или конвалесцентную сыворотку) в качестве лечения COVID-19?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9. Есть ли у вас ослабленная иммунная система, вызванная чем-то вроде ВИЧ-инфекции или рака, или вы принимаете иммуносупрессивные препараты или методы лечения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10. У вас есть нарушение свертываемости крови или вы принимаете разжижающие кровь препараты?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11. Вы беременны или кормите грудью?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12. Есть ли у вас филлеры в коже?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

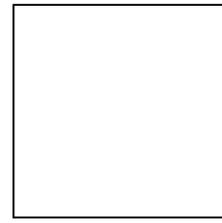
FOR CLINIC STAFF ONLY

Vaccine Type: <input type="checkbox"/> Moderna Injectable <input type="checkbox"/> Pfizer Injectable <input type="checkbox"/> Janssen Injectable	Injection Site: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	Place all Lot # Stickers HERE
Vaccinator Last Name:		
Clinic Type: <input type="checkbox"/> Community <input type="checkbox"/> MPOD <input type="checkbox"/> Closed MPOD	Clinic Date:	
Station Throughput Timing:		
Greeting <input type="text"/>	Screening <input type="text"/>	Dispensing <input type="text"/>
	Exit <input type="text"/>	



Личная информация для Вакцины от COVID-19

(Пожалуйста, заполните форму для каждого человека,
получающего вакцинацию сегодня)



Каждый пациент должен иметь заполненную форму для вакцинации. Информация в этой форме должна быть заполнена для лица, получающего вакцинацию сегодня. Если сегодня вакцину получают несколько человек, для каждого члена вашей семьи следует использовать отдельную форму.

ПОЖАЛУЙСТА, ПЕЧАТАЙТЕ ЧЕТКО!

Имя:	Фамилия:	
Отчество:	Пол (Пол): <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать	
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Возраст: _____ (Пожалуйста, обведите возраст, если вам меньше 18 лет)	
Считаете ли вы себя испаноязычным или латиноамериканцем? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Раса: <input type="checkbox"/> Американский индеец или уроженец Аляски <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Другой: _____ <input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских или других Тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Чернокожий или афроамериканец		
Телефон:	E-mail:	
Адрес:	Город:	Почтовый индекс:
Где Вы работаете:		

Как вы узнали сегодня о клинике?

Сайт Газета Флаер В социальных сетях Другое: _____

Лоя подпись ниже указывает на это (пожалуйста, подпишите в клинике):

- Я прочитал и мне объяснили “Разрешение на экстренное использование вакцины Moderna, Pfizer BioNTech или Janssen COVID-19” (EUA).
- У меня была возможность задать вопросы, на которые я получил удовлетворительные ответы.
- Я считаю, что понимаю преимущества и риски вакцины COVID-19 и прошу, чтобы она была предоставлена мне или лицу, для которого я уполномочен сделать запрос.
- Мне была предоставлена копия Уведомления о правилах конфиденциальности.
Я ответил на вопросы на следующей странице в меру своих возможностей.
Я понимаю, что моя запись о вакцинации будет храниться в Калифорнийской Базе Иммунизации в данных реестра (CAIR).

X

Подпись/Опекун

Сегодняшняя дата

Кем Вы приходите опекуну

FOR CLINIC STAFF USE ONLY

Patient ID Number Sticker:	Priority Phase and Tier:
----------------------------	--------------------------