



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

Имя получателя (печатными буквами)		Предпочитаемое имя	
Дата рождения	Текущая гендерная принадлежность Укажите гендерную принадлежность ниже: <input type="text"/>	<b>Ключ:</b> W - Женщина/Девушка TW - Трансгендерная Женщина/Девушка M - Мужчина/Юноша TM - Трансгендерный мужчина/Юноша NB - Небинарный GNC - гендерно-неконформный Q - Не уверен/под вопросом NR - предпочитаю не отвечать GNL - Гендер не включен в список (написать) *Гендерное местоимение: запись от имени клиента	
Пол, указанный при рождении Укажите Пол далее: <input type="text"/>	<b>Ключ:</b> M - Мужчина F - Женщина I - Гермафродит NR - предпочитаю не отвечать SNL - Сексуальная ориентация не включена в список (записать)	Семейное положение Укажите семейное положение: <input type="text"/>	<b>Ключ:</b> S - Не замужем/не женат D - разведён/разведена M - замужем/женат W - Вдова V - Гражданский брак U - Неизвестно 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 Укажите этническую принадлежность ниже: <input type="text"/>	<b>Ключ этнической принадлежности:</b> DECL – отказываюсь отвечать HIS - Латиноамериканское происхождение NHL - Нелатиноамериканское происхождение UNK - Неизвестно	Раса Укажите расу внизу: <input type="text"/>	<b>Ключ расы:</b> AIA – Коренной американец или житель Аляски ASN – Азиат BAA – афроамериканец или темнокожий DECL – отказываюсь отвечать NHP - Коренной гаваец или другой житель тихоокеанского региона WHT - белый ОTH - 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		

**Скрининговый опросник**

1.	Вы чувствуете себя плохо сегодня?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
2.	Проводили ли вы тест на COVID-19 в течение последних 10 дней, потому что у вас были симптомы, и вы все еще ожидаете результатов теста, или медицинский работник или медицинский работник или департамент здравоохранения предписал вам изоляцию или карантин в домашних условиях в связи с заражением COVID-19, его воздействием или поездкой?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
3.	Проходили ли вы лечение от COVID-19 антителами или восстановительной плазмой в течение последних 90 дней (3 месяцев)? Если да, то когда вы получили последнюю дозу? Дата: _____	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
4.	Возникали ли у Вас когда-либо непосредственные аллергические реакции (например, крапивница, отек лица, затрудненное дыхание или анафилаксия) на любую вакцину/инъекцию или укол, или на любой компонент вакцины COVID-19, или сильная аллергическая реакция (анафилаксия) на что-либо?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
5.	Получали ли вы какую-либо вакцину за последние 14 дней (2 недели), включая прививку от гриппа? Если да, то как давно вы получили последнюю вакцина? Дата: _____	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
6.	Вы беременны или планируете беременность?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно

7.	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
8.	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
9.	Есть ли у вас нарушение свертываемости крови или принимаете ли вы антикоагулянты?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
10.	Вы получали предыдущую дозу вакцины от COVID-19? <span style="margin-left: 100px;">Если да, то какая вакцина?</span> <span style="margin-left: 100px;">Moderna Pfizer</span>	<input type="checkbox"/> Нет		Дата: _____ (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

Area Below to be Completed by Vaccinator			
Which vaccine is the patient receiving today?			
Vaccine Name	Administration		Manufacturer & Lot Number
Pfizer/ BioNTech	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	
Moderna	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	
Janssen	<input type="checkbox"/> Single Dose		

Administration Site  Left Deltoid  Right Deltoid  Left Thigh  Right Thigh

Dosage  0.5 ml  0.3 ml

I have provided the patient (and/or parent, guardian or surrogate, as applicable) with information about the vaccine and consent to vaccination was obtained.

Vaccinator Signature: \_\_\_\_\_

*\*Use of this form is optional. In the ongoing effort to address health disparities it is essential that all demographic information is collected at the time of COVID-19 vaccination including sex/gender identity and race/ethnicity.* **Updated January 20, 2021**