

# 灭活疫苗接种知情同意书

男  女  其他

|                           |    |                    |             |      |  |
|---------------------------|----|--------------------|-------------|------|--|
| 姓氏                        | 名字 | 中间名                | 出生日期        | 年龄   | 性别   |
| 家庭住址                      |    | 城市                 | 州           | 邮政编码 | 电话号码 <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 手机 |
| Medicare B 部分 ID 号: _____ |    | SSN 后 4 位数字: _____ | 电子邮箱: _____ |      |  |

种族:  亚裔  黑人或非裔美国人  西班牙裔  美国印第安人  高加索人  太平洋岛民  两种或以上  其他: \_\_\_\_\_  
 族裔:  西班牙裔或拉丁裔  非西班牙裔或拉丁裔  不愿透露 (未知)

要求接种的疫苗:  流感疫苗  COVID-19 疫苗  肺炎疫苗  带状疱疹疫苗  破伤风疫苗  其他: (请注明) \_\_\_\_\_

您比较习惯用哪只手臂接种疫苗?  左臂  右臂  如果体重不足 66 磅, 请输入体重: \_\_\_\_\_ 磅  
 初级保健提供者姓名: \_\_\_\_\_  
 初级保健提供者地址: \_\_\_\_\_

| 筛检问题——注意: 如为在线填写, 请与患者一起检查答案, 以确保未发生任何变化 |   | 是                        | 否                        |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.                                       | 您目前是否患病?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2.                                       | 您是否对任何药物、食物、宠物、环境过敏源、口服药物或乳胶有严重的过敏反应? (例如蛋类、明胶、硫柳汞、新霉素、庆大霉素、聚乙二醇(PEG)、聚山梨醇酯等) 若是, 请列出: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.                                       | 您是否曾在接种任何疫苗或使用注射药物后出现过严重反应或晕倒?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4.                                       | 您是否已接种过一剂 COVID-19 疫苗? (仅限 COVID-19)<br>若是, 您接种的是哪种疫苗? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> J&J 日期: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5.                                       | 您在过去 90 天内是否接受过被动抗体疗法 (单克隆抗体或恢复期血清) 来治疗 COVID-19? (仅限 COVID-19)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6.                                       | 您是否患有癫痫病或脑部疾病? (仅限 Tdap)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7.                                       | 您是否因患某种疾病或服药而导致免疫系统变弱? 若是, 请列出: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8.                                       | 针对女性: 您目前是否怀孕或考虑在下个月怀孕?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 免疫接种需求                                   |   | 是                        | 否                        | 不确定                      |
| 9.                                       | 请勾选所有适用项: <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 吸烟 <input type="checkbox"/> 65 岁或以上<br>- 如果您勾选了以上任何一项, 请问您是否接种过肺炎疫苗? 若是, 则具体接种时间是? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.                                      | 50 岁及以上的患者: 您是否接种过带状疱疹疫苗?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.                                      | 距离您上次接种破伤风疫苗有几年时间了?   | _____ 年                  |                          | <input type="checkbox"/> |
| 12.                                      | 45 岁及以下的患者: 您是否接种过 HPV (人类乳头瘤病毒) 疫苗?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.                                      | 11 至 23 岁的患者: 您是否接种过脑膜炎疫苗?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.                                      | 请指出您希望了解哪些疫苗的更多资讯?<br><input type="checkbox"/> A 型肝炎 <input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> MMR (麻疹、腮腺炎、风疹) <input type="checkbox"/> 旅行出游疫苗 <input type="checkbox"/> 其他: _____                   |                          |                          |                          |

**知情同意书: 请阅读并签名。**

在下方签名, 即表示本人同意由 Albertsons Companies 或其任何附属药房所雇用或签约的药剂师、受监督的实习药剂师或其他经授权人员在法律或州/联邦指南允许的情况下为本人施打疫苗, 并可通过上方提供的号码就本人应接种或有资格接种的其他疫苗与本人联系。以上信息属实无误。本人证明本人符合接种疫苗的资格条件 (如有); 如果本人是未成年患者的父母/监护人, 本人证明该未成年患者符合接种疫苗的资格条件。本人亦免除 Albertsons Companies 与其子公司、附属公司、主管、董事、员工与代理人的全部责任, 包括因本人或未成年患者接受该疫苗接种所产生或造成的疏忽或错误行为。本人了解: 1) 本人自愿选择接种疫苗, 并且了解本人有义务支付使用产品及享受服务的所有费用 (如有)。2) 若这些产品或服务是由本人的医疗福利支付的, 则在接受服务之日后, 本人可能需要负担这些费用。3) 本人已达法定年龄并已取得签署此同意书的授权, 或本人是未成年患者的家长/监护人。4) 若有可能对本人健康或疫苗功效造成不利影响的任何医疗状况, 本人将立即提醒药剂师。5) 相关人员已向本人说明接种疫苗后可能产生的副作用、这些副作用可能出现的时间, 以及本人应在何时何地寻求治疗。若本人出现任何副作用, 本人有责任自费与本人的医师沟通, 以跟踪本人的相关情况。6) 本人应在指定区域留观 15 分钟, 如果本人对疫苗或注射疗法有过任何严重程度的即时过敏反应, 或者本人出现过因任何原因造成的过敏性休克, 则应在接种后于指定区域留观 30 分钟。如果本人在接种后立即离开, 则本人确认, 此举未遵守施打疫苗的专业人员的建议, 风险自担。7) 本人已经阅读或相关人员已向本人阅读了关于即将施打之疫苗的“疫苗信息声明书”(Vaccine Information Statement, VIS) 或“紧急使用授权书”(Emergency Use Authorization, EUA)。本人曾有机会提出问题, 并且本人所有的疑问均已得到了满意的答复。本人了解疫苗的好处与风险。8) 本人已收到及/或取得该公司符合《健康保险可携性与责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 规定的“隐私惯例通知”(Notice of Privacy Practices) 副本。9) 此类疫苗接种, 包括州或联邦法律规定享有额外隐私权保护的其他任何疫苗, 均须由本人的药房或其商业伙伴向免疫登记处报告, 该登记处可能会与他人以及本人的初级保健医师、授权医师或当地卫生局 (若适用) 分享本人的免疫接种资料, 且本人授权这些披露信息。(仅适用于新泽西州: 本人授权 \_\_\_ 不授权 \_\_\_ 将此疫苗接种情况报告给本人的初级保健提供者。本人了解, 不勾选“授权”/“不授权”将视为授权。) (仅适用于南达科他州和马里亚州: 本人了解, 本人有权拒绝通过这些登记处与上述各方分享本人的数据。)

X  
 患者本人或未成年患者的家长/监护人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

### For Pharmacy Use Only

| Vaccine Name | Lot # | Expiration Date | Manufacturer | Dose (ml) | Dose # | Route | Site (circle) | VIS/EUA Publication Date |
|--------------|-------|-----------------|--------------|-----------|--------|-------|---------------|--------------------------|
|              |       |                 |              |           |        |       | R / L Deltoid |                          |
|              |       |                 |              |           |        |       | R / L Deltoid |                          |
|              |       |                 |              |           |        |       | R / L Deltoid |                          |

Name of Administrator: \_\_\_\_\_ Administration Date: \_\_\_\_\_  NPP Offered RPh Counseling (Please circle): Accepted / Declined

RPh Signature [Indicates (1) VIS/EUA Provided (2) Counseling Offered and (3) Patient Eligibility Verified]: \_\_\_\_\_

WA ONLY: Substitution Permitted: \_\_\_\_\_ Dispense as Written: \_\_\_\_\_

RxBIN: \_\_\_\_\_ PCN: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Medical (Name, ID#, Group#, Payer ID - if UHC): \_\_\_\_\_

Billing Info (off-site only) Clinic Name: \_\_\_\_\_ Clinic Address: \_\_\_\_\_