

Форма информированного согласия на вакцинацию инактивированной вакциной

М Ж Другой

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Возраст	Пол
Домашний адрес			Город	Штат	Почтовый индекс
Идентификационный номер части B Medicare: _____			Последние 4 цифры номера социального обеспечения: _____		

Адрес электронной почты: _____

Расовая принадлежность: Азиаты Темнокожие или афроамериканцы Испаноязычные американцы Американские индейцы Европейцы
 Уроженцы тихоокеанских островов Две или больше Другое: _____

Этническая принадлежность: Испаноязычные или латиноамериканцы Неиспаноязычные или латиноамериканцы
 Отказываюсь отвечать (неизвестно)

Необходимы вакцины от: Гриппа COVID-19 Пневмонии Опоясывающего лишая Столбняка

Другое: (укажите свой вариант) _____

Какую руку вы предпочитаете для вакцинации? Укажите вес, если он составляет МЕНЕЕ 66 фунтов (30 кг): _____ фунта (-ов)

(обведите) Левую Правую

Наименование основного поставщика медицинского обслуживания: _____

Адрес основного поставщика медицинского обслуживания: _____

Вопросы скрининга. ПРИМЕЧАНИЕ: ЕСЛИ ОПРОСНИК БЫЛ ЗАПОЛНЕН ОНЛАЙН, ПРОСМОТРИТЕ ОТВЕТЫ С ПАЦИЕНТОМ, ЧТОБЫ УБЕДИТЬСЯ, ЧТО ИСПРАВЛЕНИЯ НЕ ТРЕБУЮТСЯ		Да	Нет	
1.	Вы сегодня себя плохо чувствуете?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Есть ли у вас серьезная аллергия на КАКИЕ-ЛИБО лекарственные препараты, пищевые продукты, домашних животных, аллергены окружающей среды, пероральные лекарственные средства или латекс (например, яйца, желатин, тиомерсал, неомицин, гентамицин, полиэтиленгликоль (ПЭГ), полисорбат и т. д.)? Если да, перечислите их: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Была ли у вас когда-нибудь серьезная реакция на вакцинацию или обморок после введения вакцины либо инъекционного препарата?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Вам уже вводили дозу вакцины от COVID-19? (Только для вакцинации от COVID-19) Если да, то какую вакцину вы получили? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> J&J Дата(ы): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Проходили ли вы лечение от COVID-19 ослабленными антителами (моноклональными антителами или сывороткой выздоровевших) за последние 90 дней? (Только для вакцинации от COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Страдаете ли вы от эпилепсии или нарушения мозговой деятельности? (Только для АКДС)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Имеются ли у вас заболевания или принимаете ли вы лекарства, которые могут ослабить вашу иммунную систему? Если да, перечислите их: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Для женщин. Беременны ли вы или собираетесь ли вы забеременеть в следующем месяце?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Потребность в вакцинации		Да	Нет	Не знаю
9.	Выберите все подходящие варианты: <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Сердечное заболевание <input type="checkbox"/> Курение <input type="checkbox"/> Возраст от 65 лет. Если вы отметили любой из перечисленных выше вариантов, укажите, делали ли вам когда-нибудь прививку от ПНЕВМОНИИ. Если да, то когда? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Пациенты в возрасте 50 лет или старше. Вам когда-нибудь делали прививку от ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Сколько времени прошло с даты последней прививки от СТОЛБНЯКА?	_____ лет		<input type="checkbox"/>
12.	Пациенты в возрасте до 45 лет. Вам когда-нибудь делали прививку от вируса папилломы человека (ВПЧ)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Пациенты в возрасте от 11 до 23 лет. Вам когда-нибудь делали прививку от менингита?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Укажите, о каких прививках вы хотели бы узнать больше. <input type="checkbox"/> От гепатита А <input type="checkbox"/> От гепатита В <input type="checkbox"/> КПК (корь, паротит, краснуха) <input type="checkbox"/> Прививки для туристов <input type="checkbox"/> Другие: _____			

Информированное согласие. Прочтите и подпишите.

Подписывая настоящую форму, я даю согласие на то, чтобы вакцина (-ы) была (-и) введена (-ы) мне фармацевтом, студентом фармацевтического учебного заведения / лаборантом под надзором фармацевта или другим уполномоченным представителем, если это разрешено законом, указаниями штата или федеральным руководством, нанятыми или привлекаемыми на основании договора компаний Albertsons Companies или любой из ее аптек. Я также разрешаю связываться со мной по указанному выше номеру телефона по поводу вакцинации, которую мне необходимо пройти или на которую я имею право. Указанная выше информация точна и достоверна. Я подтверждаю свое соответствие критериям для вакцинации (если таковые имеются); являясь родителем или опекуном несовершеннолетнего пациента, я подтверждаю его соответствие критериям для вакцинации. Кроме того, я освобождаю компанию Albertsons Companies и ее дочерние предприятия, филиалы, должностных лиц, директоров, сотрудников и представителей от любой ответственности, в т. ч. за бездействие или действия, связанные с прохождением мною или несовершеннолетним данной вакцинации. Я понимаю следующее: 1) Я добровольно дал (-а) согласие на вакцинацию и понимаю, что я обязан (-а) оплатить все полученные препараты и услуги. 2) Я могу нести ответственность за оплату после даты уведомления, если счет за препарат или услугу будет направлен моему страховщику. 3) Я достиг (-ла) установленного законом возраста и имею право подписывать настоящую форму согласия, либо я родитель / опекун несовершеннолетнего пациента. 4) Я немедленно уведомлю фармацевта обо всех своих заболеваниях, которые могут отрицательно повлиять на мое здоровье или эффективность вакцины. 5) Я изучил (-а) информацию о возможных побочных эффектах вакцинации, о том, когда они могут возникнуть, а также в какие сроки и куда мне следует обратиться за помощью. Если у меня возникнут какие-либо побочные эффекты, я несу ответственность за последующие посещения врача за свой счет. 6) Мне необходимо остаться в пункте вакцинации на 15 минут для наблюдения, если у меня уже была обнаружена немедленная аллергическая реакция любой тяжести на вакцину или инъекционный препарат. В том случае, если у меня наблюдалась анафилаксия по любой причине, мне необходимо остаться в пункте вакцинации на 30 минут для наблюдения. Если я уйду из пункта вакцинации без ожидания, я признаю, что делаю это на свой страх и риск и вопреки совету специалиста, который ввел мне вакцину. 7) Я прочитал (-а) (или мне прочитали) информационные бюллетени вакцины (Vaccine Information Statement, VIS) или разрешение на экстренное использование (Emergency Use Authorization, EUA), которые предоставляются в комплекте с вводимыми вакцинами. У меня была возможность задать вопросы, и на все свои вопросы я получил (-а) ответы, которые меня устроили. Я понимаю пользу и риски вакцин (-ы). 8) Мне предложили и / или предоставили экземпляр Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации компании согласно закону о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). 9) Сведения об этой вакцинации, включая любую вакцинацию, на которую распространяется дополнительная защита конфиденциальной информации в соответствии с федеральным законодательством или законодательством штата, должны быть переданы в реестр вакцинации сотрудниками моей аптеки или ее деловым партнером, который может передать мои данные по вакцинации другим лицам, включая моего поставщика медицинского обслуживания, направляющего врача или местный отдел здравоохранения, если применимо, и я даю согласие на такую передачу. (Только для штата Нью-Джерси: я разрешаю ___ сообщать ___ о действиях, связанных с прохождением мною данной вакцинации, моему основному поставщику медицинского обслуживания. Я понимаю, что отсутствие отметок разрешения или запрета будет воспринято как разрешение). (Только для Южной Дакоты и Массачусетса: я понимаю, что имею право опротестовать предоставление моих данных вышеупомянутым сторонам через такие регистры).

X

Подпись пациента или родителя/опекуна несовершеннолетнего пациента

Дата

For Pharmacy Use Only

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

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: _____