

安省卫生厅



COVID-19 疫苗筛查与同意书

筛查与同意书 – COVID-19 疫苗

版本 2.0 – 2021 年 1 月 23

姓 [REDACTED]	名 [REDACTED]	身份证明 (如健康卡号) [REDACTED]	
性别: ☐ 女 ☐ 男 ☐ 非二元 ☐ 不愿回答			初级保健临床医生(家庭医生或护士医生)
家庭电话	手机	电子邮件	
街道地址		城市	省 邮政编码
出生日期(月, 日, 年) ____/____/____	年龄	这是您第一次还是第二次接种疫苗? ☐ 第一次 ☐ 第二次 如果是第二次, 请注明第一剂的日期: ____/____/____ (月, 日, 年)	

请回答以下所有问题:

您今天有 COVID-19 症状或感到不舒服吗? ☐ 否 ☐ 是	若是, 请提供详细信息
您过去是否对以前剂量的 COVID mRNA 疫苗或其任何成分或容器有严重的过敏反应(如全身性过敏反应)? ☐ 否 ☐ 是	若是, 请提供详细信息
您被怀疑对以下过敏还是对以下有即发性过敏反应(这将包括在 4 小时内发生的过敏反应, 导致麻疹、肿胀或呼吸窘迫, 包括喘息):	若是, 请提供详细信息
先前剂量的 mRNA COVID-19 疫苗 ☐ 否 ☐ 是	
mRNA COVID-19 疫苗的任何成分(包括聚乙二醇[PEG])** ☐ 否 ☐ 是	

- 聚山梨糖醇(由于潜在的交叉反应超敏反应与疫苗成分 PEG)**

☐ 否 ☐ 是

DO NOT COMPLETE

您任何其他疫苗或注射疗法(如肌肉注射、静脉注射或皮下注射疫苗或与 mRNA covid-19 疫苗或多吸附剂的组成部分无关的疗法)有过严重的(如全身性过敏反应)或即发性过敏反应吗？(这将包括在 4 小时内发生的过敏反应，导致麻疹、肿胀或呼吸窘迫，包括喘息) ☐ 否 ☐ 是	若是，请提供详细信息
您是否有过与疫苗或注射药物无关的严重过敏反应（如全身性过敏反应）-如对食物、宠物、毒液、环境或乳胶等过敏？ ☐ 否 ☐ 是	若是，请提供详细信息
在过去的 14 天里，您接种过另一种疫苗(不是 COVID-疫苗)吗？ ☐ 否 ☐ 是	若是，请提供详细信息
您是怀孕了还是可能会怀孕？ ☐ 否 ☐ 是	若是，请提供详细信息
您在哺乳吗？ ☐ 否 ☐ 是	若是，请提供详细信息
您的免疫系统是否有任何问题或者您正在服用任何可能影响您的免疫系统的药物(如高剂量的类固醇，化疗)吗？ ☐ 否 ☐ 是	若是，请提供详细信息
您有自身免疫性疾病吗？ ☐ 否 ☐ 是	若是，请提供详细信息
您是否患有出血性疾病或正在服用可能影响血液凝固的药物（例如，血液稀释剂）？ ☐ 否 ☐ 是	

在过去的疫苗接种或医疗手术后，您是否曾感到眩晕或晕倒？ ☐ 否 ☐ 是	若是，请提供详细信息
* COVID-19 的症状可包括无其他已知原因而出现的发烧、新出现的咳嗽或慢性咳嗽恶化、呼吸急促、呼吸困难、喉咙痛、吞咽困难、嗅觉或味觉减少或丧失、寒战、头痛、不明原因的疲倦/不适/肌肉疼痛、恶心/呕吐、腹泻或腹痛、红眼病、流鼻涕或鼻塞，或对于 70 岁以上的人来说，出现原因不明的跌倒或跌倒次数增加、急性功能下降、慢性疾病恶化或神志不清。	**聚乙二醇(PEG)很少引起过敏反应，见于药物、结肠镜检查用肠道制剂产品、泻药、咳嗽糖浆、化妆品、护肤霜、用于皮肤和手术期间的医疗产品、牙膏、隐形眼镜和隐形眼镜溶液。PEG 也可以在食物或饮料中找到，但不知道会引起食物或饮料的过敏反应。聚山梨酯也可能由于与 PEG 的交叉反应性而引起过敏反应。
<u>同意接种疫苗</u> 我已读过（或已经对我读过了），而且我理解“COVID-19 疫苗信息表” - 我有机会提出问题并得到了满意的答复。 - 我有机会与我的初级保健提供者就 COVID-19 疫苗对适用于我的任何特殊考虑进行了交谈。 ☐ 我同意接受疫苗	
<u>确认是否已收集、使用和披露个人健康信息</u> 收集本表的个人健康信息是为了给您提供护理并为您建立免疫记录，而且对管理安大略省新冠病毒疫苗接种计划也是必要的。此信息将被使用和披露，用于这些目的以及法律授权和要求的其他目的。例如， - 如果披露对于《卫生保护与促进法》是必要的，它将向首席卫生官和安大略省公共卫生部门披露，而且 - 作为您的省级电子健康记录的一部分，它可能会被披露给为您提供护理的医疗保健提供者。 此信息将被储存在一个由卫生部保管与控制的卫生记录系统中。	

如果诊所地点由医院管理，医院将作为卫生部的代理人收集、使用和披露您的信息。

☐ **我承认，我已阅读并理解了上述声明。**

为了与 COVID-19 疫苗有关的目的，您可能被医院、当地公共卫生部门或卫生部联系（例如，提醒您随访就诊，并向您提供疫苗接种证明）。如果您同意通过电子邮件或短信/短消息接收这些后续通信，请使用下面的方框注明这一点。

本人同意接收后续通信信息：

☐ **通过电子邮件** ☐ **通过短信/短消息**

同意就有关研究被联系

将对 COVID-19 疫苗进行许多研究。

您可以选择同意由研究人员就 COVID-19 疫苗相关研究的参与您联系。如果您同意与您联系，您的个人健康信息将用于确定哪些研究可能与您相关，您的姓名和联系信息将向研究人员披露。同意就有关研究与您联系并不意味着您已同意参与研究本身。参与研究是自愿的。您可以拒绝同意就研究被联系，而不影响您获得 COVID-19 疫苗的资格。

如果您同意被联系有关研究，然后改变您的想法，您可以联系卫生部 Vaccine@ontario.ca 随时撤回您的同意。

我同意就 COVID-19 疫苗相关的研究被联系：

☐ **通过电子邮件** ☐ **通过短信/短消息** ☐ **通过电话** ☐ **通过邮件**

☐ **我不同意就 COVID-19 相关的研究被联系：**

签名	正楷书写的名字	签名日期

如果您以外的人签名，请注明您与此人的关系：

☐ 如果为我以外的人签名，我确认我是父母/法定监护人或替代决策者。

具体问题关于：2007 年通过的《长期护理院法案》

居民接种疫苗的同意书可随时撤回或撤销。

关于该法案第 83 条的声明:

请注意，应采取以下法律保护措施：

长期护理院的每位持照人应确保没有人被告知或误以为未来的住户因以下原因将被拒绝入院，或住户将离开长期护理院。

- (a) 未签署文件；
- (b) 一项协议被取消；或
- (c) 有关治疗或护理的同意或指令被给予、未给予、撤回或撤销。

仅供诊所使用					
Agent	COVID-19	Product Name		Lot #	Dose
Anatomical Site	☐ Left deltoid ☐ Right deltoid		Route	Intramuscular	Dose #
Date Given	____/____/____ (m/d/yyyy)		Time Given	____ : ____ am pm	AEFI? ☐ Yes ☐ No
Given By (Name, Designation)		Location		Authorized By	
Reason for Immunization	☐ Healthcare worker ☐ Healthcare worker: LTC Home ☐ Healthcare worker: Retirement Home ☐ LTC Home: Resident ☐ Retirement Home: Resident ☐ Advanced age: community dwelling ☐ Other employees in acute care, LTC, RHs ☐ Indigenous community ☐ Chronic conditions				
Reason Immunizations Not Given	Healthcare provider: ☐ Determines immunization is contraindicated ☐ Recommends immunization but no consent received ☐ Determines that immunization will be temporarily deferred				
Your dose 2 of 2 is scheduled for:		____/____/____ : ____ (m/d/yyyy) am pm			