

安省衛生廳



COVID-19 疫苗篩查與同意書

篩查與同意書 –COVID-19 疫苗

版本 2.0 –2021 年 1 月 23

姓 [REDACTED]		名 [REDACTED]		身份證明 (如健康卡號) [REDACTED]	
性別: ☐ 女 ☐ 男 ☐ 非二元 ☐ 不願回答				初級保健臨床醫生 (家庭醫生或護士醫生)	
家庭電話		手機		電子郵件	
街道地址			城市		省
					郵遞區號
出生日期 (月·日·年) ____/____/____		年齡		這是您第一次還是第二次接種疫苗? ☐ 第一次 ☐ 第二次 如果是第二次, 請注明第一劑的日期: ____/____/____ (月·日·年)	

請回答以下所有問題：

您今天有 COVID-19 症狀或感到不舒服嗎*? ☐ 否 ☐ 是	若是, 請提供詳細資訊
您過去是否對以前劑量的 COVID mRNA 疫苗或其任何成分或容器有嚴重的過敏反應(如全身性過敏反應)? ☐ 否 ☐ 是	若是, 請提供詳細資訊
您被懷疑對以下過敏還是對以下有即發性過敏反應(這將包括在 4 小時內發生的過敏反應, 導致麻疹、腫脹或呼吸窘迫, 包括喘息): • 先前劑量的 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(由於潛在的交叉反應超敏反應與疫苗成分 PEG)**	若是, 請提供詳細資訊

☐ 否 ☐ 是	
---	--

DO NOT COMPLETE

您對任何其他疫苗或注射療法(如肌肉注射、靜脈注射或皮下注射疫苗或與 mRNA covid-19 疫苗或多吸附劑的組成部分無關的療法)有過嚴重的(如全身性過敏反應)或即發性過敏反應嗎？(這將包括在 4 小時內發生的過敏反應，導致麻疹、腫脹或呼吸窘迫，包括喘息) ☐ 否 ☐ 是	若是，請提供詳細資訊
您是否有過與疫苗或注射藥物無關的嚴重過敏反應（如全身性過敏反應）-如對食物、寵物、毒液、環境或乳膠等過敏？ ☐ 否 ☐ 是	若是，請提供詳細資訊
在過去的 14 天裡，您接種過另一種疫苗(不是 COVID-疫苗)嗎？ ☐ 否 ☐ 是	若是，請提供詳細資訊
您是懷孕了還是可能會懷孕？ ☐ 否 ☐ 是	若是，請提供詳細資訊
您在哺乳嗎？ ☐ 否 ☐ 是	若是，請提供詳細資訊
您的免疫系統是否有任何問題或者您正在服用任何可能影響您的免疫系統的藥物(如高劑量的類固醇，化療)嗎？ ☐ 否 ☐ 是	若是，請提供詳細資訊
您有自身免疫性疾病嗎？ ☐ 否 ☐ 是	若是，請提供詳細資訊
您是否患有出血性疾病或正在服用可能影響血液凝固的藥物（例如，血液稀釋劑）？ ☐ 否 ☐ 是	

在過去的疫苗接種或醫療手術後，您是否曾感到眩暈或暈倒？ ☐ 否 ☐ 是	若是，請提供詳細資訊
* COVID-19 的症狀可包括無其他已知原因而出現的發燒、新出現的咳嗽或慢性咳嗽惡化、呼吸急促、呼吸困難、喉嚨痛、吞嚥困難、嗅覺或味覺減少或喪失、寒戰、頭痛、不明原因的疲倦/不適/肌肉疼痛、噁心/嘔吐、腹瀉或腹痛、紅眼病、流鼻涕或鼻塞，或對於 70 歲以上的人來說，出現原因不明的跌倒或跌倒次數增加、急性功能下降、慢性疾病惡化或神志不清。	**聚乙二醇(PEG)很少引起過敏反應，見於藥物、結腸鏡檢查用腸道製劑產品、瀉藥、咳嗽糖漿、化妝品、護膚霜、用於皮膚和手術期間的醫療產品、牙膏、隱形眼鏡和隱形眼鏡溶液。PEG 也可以在食物或飲料中找到，但不知道會引起食物或飲料的過敏反應。聚山梨酯也可能由於與 PEG 的交叉反應性而引起過敏反應。

同意接種疫苗

我已讀過（或已經對我讀過了），而且我理解“COVID-19 疫苗資訊表”

- 我有機會提出問題並得到了滿意的答覆。
- 我有機會與我的初級保健提供者就 COVID-19 疫苗對適用於我的任何特殊考慮進行了交談。

☐ 我同意接受疫苗

確認是否已收集、使用和披露個人健康資訊

收集本表的個人健康資訊是為了給您提供護理並為您建立免疫記錄，而且對管理安大略省新冠病毒疫苗接種計畫也是必要的。此資訊將被使用和披露，用於這些目的以及法律授權和要求的其他目的。例如，

- 如果披露對於《衛生保護與促進法》是必要的，它將向首席衛生官和安大略省公共衛生部門披露，而且
- 作為您的省級電子健康記錄的一部分，它可能會被披露給為您提供護理的醫療保健提供者。

此資訊將被儲存在一個由衛生部保管與控制的衛生記錄系統中。

如果診所地點由醫院管理，醫院將作為衛生部的代理人收集、使用和披露您的資訊。

☐ 我承認，我已閱讀並理解了上述聲明。

為了與 COVID-19 疫苗有關的目的，您可能被醫院、當地公共衛生部門或衛生部聯繫（例如，提醒您隨訪就診，並向您提供疫苗接種證明）。如果您同意通過電子郵件或短信/短消息接收這些後續通信，請使用下面的方框注明這一點。

本人同意接收後續通信資訊：

☐ 通過電子郵件 ☐ 通過短信/短消息

同意就有關研究被聯繫

將對 COVID-19 疫苗進行許多研究。

您可以選擇同意由研究人員就 COVID-19 疫苗相關研究的參與您聯繫。如果您同意與您聯繫，您的個人健康資訊將用於確定哪些研究可能與您相關，您的姓名和聯繫資訊將向研究人員披露。同意就有關研究與您聯繫並不意味著您已同意參與研究本身。參與研究是自願的。您可以拒絕同意就研究被聯繫，而不影響您獲得 COVID-19 疫苗的資格。

如果您同意被聯繫有關研究，然後改變您的想法，您可以聯繫衛生部 Vaccine@ontario.ca 隨時撤回您的同意。

我同意就 COVID-19 疫苗相關的研究被聯繫：

☐ 通過電子郵件 ☐ 通過短信/短消息 ☐ 通過電話 ☐ 通過郵件

☐ 我不同意就 COVID-19 相關的研究被聯繫：

簽名	正楷書寫的名字	簽名日期

如果為您以外的人簽名，請注明您與此人的關係：

☐ 如果為我以外的人簽名，我確認我是父母/法定監護人或替代決策者。

具體問題關於：2007 年通過的《長期護理院法案》

居民接種疫苗的同意書可隨時撤回或撤銷。

關於該法案第 83 條的聲明:

請注意，應採取以下法律保護措施：

長期護理院的每位持照人應確保沒有人被告知或誤以為未來的住戶因以下原因將被拒絕入院，或住戶將離開長期護理院。

- (a) 未簽署檔；
- (b) 一項協議被取消；或
- (c) 有關治療或護理的同意或指令被給予、未給予、撤回或撤銷。

僅供診所使用					
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			