

Υπουργείο Υγείας



Έντυπο Διαλογής και Συναίνεσης Εμβολιασμού για COVID-19

ΕΝΤΥΠΟ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ –Εμβόλιο COVID-19

Έκδοση 2.0 – 23 Ιανουαρίου 2021

Επώνυμο [Redacted]	Όνομα [Redacted]	Στοιχεία Ταυτότητας (π.χ. αρ. κάρτας υγείας) [Redacted]
Φύλλο: ☐ Θήλυ ☐ Άρρεν ☐ Μη Δυαδικό ☐ Δεν Απαντώ		Πρωτοβάθμιος Λειτουργός Υγείας (Οικογενειακός Γιατρός ή Νοσηλεύτης)
Τηλέφωνο Οικίας	Κινητό Τηλέφωνο	
Διεύθυνση	Πόλη	Επαρχία
Ημερομηνία Γέννησης (μήνας, ημέρα, έτος) ____/____/____	Ηλικία	Αυτή είναι η πρώτη σας ή η δεύτερη δόση του εμβολίου; ☐ Πρώτη ☐ Δεύτερη Εάν είναι η δεύτερη, δώστε την ημερομηνία της πρώτης δόσης: ____/____/____ (μήνας, ημέρα, έτος)

Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις:

Έχετε συμπτώματα COVID-19 ή νιώθετε ασθενής σήμερα*; ☐ Όχι ☐ Ναι	Εάν ναι, δώστε παρακαλώ λεπτομέρειες
Είχατε στο παρελθόν κάποια σοβαρή αλλεργική αντίδραση (π.χ. αναφυλαξία) σε προηγούμενη δόση εμβολίου COVID mRNA ή σε κάποιο από τα συστατικά του ή στον περιέκτη του; ☐ Όχι ☐ Ναι	Εάν ναι, δώστε παρακαλώ λεπτομέρειες
Έχετε κάποια πιθανή υπερευαισθησία ή είχατε ποτέ κάποια άμεση αλλεργική αντίδραση (σε αυτό περιλαμβάνεται αλλεργική αντίδραση που συνέβη μέσα σε 4 ώρες και προκαλεί εξάνθημα, πρήξιμο ή αναπνευστική δυσχέρεια, συμπεριλαμβανομένου του συριγμού) σε:	Εάν ναι, δώστε παρακαλώ λεπτομέρειες
Μια προηγούμενη δόση εμβολίου COVID-19 mRNA ☐ Όχι ☐ Ναι	
Οποιοδήποτε από τα συστατικά του εμβολίου COVID-19 mRNA (περιλαμβανομένης της πολυαιθυλενο-γλυκόλης [PEG])** ☐ Όχι ☐ Ναι	

• Πολυσορβικούς εστέρες (λόγω πιθανής υπερευαισθησίας οφειλόμενης σε αντίδραση με το συστατικό του εμβολίου PEG)** ☐ Όχι ☐ Ναι	
Είχατε ποτέ κάποια σοβαρή (π.χ. αναφυλαξία) ή κάποια άμεση αλλεργική αντίδραση σε κάποιο άλλο εμβόλιο ή ενέσιμη αγωγή (π.χ. ενδομυϊκά, ενδοφλέβια ή υποδόρια εμβόλια ή αγωγές που δεν σχετίζονται με κάποιο από τα συστατικά των εμβολίων COVID-19 mRNA ή τους πολυσορβικούς εστέρες); (σε αυτό περιλαμβάνεται αλλεργική αντίδραση που συνέβη μέσα σε 4 ώρες και προκαλεί εξάνθημα, πρήξιμο ή αναπνευστική δυσχέρεια, συμπεριλαμβανομένου του συριγμού) ☐ Όχι ☐ Ναι	Εάν ναι, δώστε παρακαλώ λεπτομέρειες
Είχατε ποτέ κάποια σοβαρή αλλεργική αντίδραση (π.χ. αναφυλαξία) που δεν σχετίζεται με εμβόλια ή με ενέσιμα φάρμακα - όπως αλλεργίες σε τρόφιμα, ζώα, δηλητήρια, περιβαλλοντικούς παράγοντες ή λάτεξ κτλ.; ☐ Όχι ☐ Ναι	Εάν ναι, δώστε παρακαλώ λεπτομέρειες
Έχετε κάνει κάποιο άλλο εμβόλιο (όχι εμβόλιο COVID-19) μέσα στις τελευταίες 14 ημέρες; ☐ Όχι ☐ Ναι	Εάν ναι, δώστε παρακαλώ λεπτομέρειες
Είστε ή μπορεί να είστε έγκυος; ☐ Όχι ☐ Ναι	Εάν ναι, δώστε παρακαλώ λεπτομέρειες
Θηλάζετε; ☐ Όχι ☐ Ναι	Εάν ναι, δώστε παρακαλώ λεπτομέρειες
Έχετε κάποιο πρόβλημα με το ανοσοποιητικό σας σύστημα ή παίρνετε κάποιο φάρμακο που μπορεί να επηρεάσει το ανοσοποιητικό σας σύστημα (π.χ. υψηλή δόση στεροειδών, χημειοθεραπεία); ☐ Όχι ☐ Ναι	Εάν ναι, δώστε παρακαλώ λεπτομέρειες
Έχετε κάποιο αυτοάνοσο νόσημα; ☐ Όχι ☐ Ναι	Εάν ναι, δώστε παρακαλώ λεπτομέρειες
Έχετε κάποια αιμορραγική διαταραχή ή παίρνετε φάρμακα τα οποία θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πήξη του αίματος (π.χ. αντιπηκτικά); ☐ Όχι ☐ Ναι	

Νιώσατε ποτέ λιποθυμία ή λιποθυμήσατε ύστερα από κάποιο παλαιότερο εμβολιασμό ή ιατρική πράξη; ☐ Όχι ☐ Ναι	Εάν ναι, δώστε παρακαλώ λεπτομέρειες
*Τα συμπτώματα του COVID-19 περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, πυρετό, νέα εμφάνιση βήχα ή επιδείνωση χρόνιου βήχα, δύσπνοια, δυσκολία στην αναπνοή, πονόλαιμο, δυσκολία στην κατάποση, μείωση ή απώλεια όσφρησης ή γεύσης, ρίγη, πονοκεφάλους, ανεξήγητη κόπωση/ αδιαθεσία/ μυαλγίες, ναυτία/ έμετο, διάρροια ή κοιλιακό άλγος, επιπεφυκίτιδα, ή ρινική καταρροή ή ρινική συμφόρηση χωρίς άλλη γνωστή αιτία ή, για άτομα άνω των 70 ετών, ανεξήγητο ή αυξημένο αριθμό πτώσεων, οξεία παρακμή λειτουργιών, επιδείνωση χρόνιων παθήσεων ή παραλήρημα	**Η πολυαιθυλενο-γλυκόλη (PEG) σπάνια μπορεί να προκαλέσει αλλεργικές αντιδράσεις και βρίσκεται σε προϊόντα όπως π.χ. φάρμακα, καθαρτικά, προετοιμασίες για κολονοσκόπηση, καθαρτικά, σιρόπια βήχα, καλλυντικά, δερματικές κρέμες, φαρμακευτικά προϊόντα για το δέρμα και για εγχειρίσεις, οδοντόκρεμες, φακούς επαφής και διαλύματα φακών επαφής. Η PEG μπορεί επίσης να βρεθεί σε τρόφιμα ή ποτά, αλλά δεν είναι γνωστές αλλεργικές αντιδράσεις από τρόφιμα ή ποτά. Οι πολυσορβικοί εστέρες μπορούν επίσης να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις, λόγω αλληλο-αντίδρασης με την PEG.
<u>Συναίνεση για Εμβολιασμό</u> Έχω διαβάσει (ή μου έχουν διαβάσει) και έχω κατανοήσει το 'Πληροφοριακό Δελτίο για το Εμβόλιο του COVID-19' - Μου δόθηκε η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις και να λάβω ικανοποιητικές απαντήσεις για αυτές. - Μου δόθηκε η ευκαιρία να μιλήσω με τον πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης μου σε σχέση με οποιοσδήποτε ειδικές συνθήκες που μπορεί να ισχύουν για μένα σχετικά με το εμβόλιο COVID-19. ☐ Συναινώ να εμβολιαστώ	
<u>Γνωστοποίηση για τη Συλλογή, τη Χρήση και την Κοινοποίηση Προσωπικών Πληροφοριών για την Υγεία</u> Οι προσωπικές πληροφορίες για την υγεία στο έντυπο αυτό συλλέγονται για τον σκοπό της παροχής περίθαλψης σε σας και της δημιουργίας αρχείου ανοσίας για σας, και επειδή είναι απαραίτητες για τη διαχείριση του προγράμματος εμβολιασμού COVID-19 του Οντάριο. Οι πληροφορίες αυτές θα χρησιμοποιηθούν και θα κοινοποιηθούν για τους σκοπούς αυτούς, καθώς και για άλλους σκοπούς που επιτρέπει και απαιτεί ο νόμος. Για παράδειγμα, - θα κοινοποιηθούν στον Επικεφαλής Ιατρικό Προϊστάμενο Υγείας και σε δημόσιες δομές υγείας του Οντάριο όπου η κοινοποίηση είναι απαραίτητη για τους σκοπούς του <i>Νόμου περί Προστασίας και Προώθησης της Υγείας</i>. Και - μπορεί να κοινοποιηθούν, ως μέρος του επαρχιακού ηλεκτρονικού ιατρικού σας αρχείου σε παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που σας παρέχουν περίθαλψη. Οι πληροφορίες αυτές θα φυλάσσονται σε ένα σύστημα αρχείων υγείας υπό την επιμέλεια και τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας.	

Όταν μια κλινική δομή διοικείται από ένα νοσοκομείο, το νοσοκομείο θα συλλέγει, θα χρησιμοποιεί και θα κοινοποιεί τις πληροφορίες σας ως εκπρόσωπος του Υπουργείου Υγείας.

☐ **Βεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει την παραπάνω δήλωση.**

Ενδέχεται να επικοινωνήσουν μαζί σας από κάποιο νοσοκομείο, τοπική μονάδα υγείας, ή το Υπουργείο Υγείας για σκοπούς που συνδέονται με το εμβόλιο COVID-19 (για παράδειγμα, για να σας υπενθυμίσουν κάποιο ραντεβού παρακολούθησης ή να σας παράσχουν αποδεικτικό εμβολιασμού). Εάν συναινείτε να λάβετε αυτά τα μηνύματα παρακολούθησης με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ή γραπτό μήνυμα/SMS, δηλώστε το τσεκάροντας τα παρακάτω τετράγωνα.

Συναινώ να λαμβάνω μηνύματα παρακολούθησης:

☐ με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ☐ με γραπτό μήνυμα/SMS

Συναίνεση για Επικοινωνία Σχετικά με Ερευνητικές Μελέτες

Πρόκειται να γίνουν πολλές ερευνητικές μελέτες σε σχέση με τα εμβόλια COVID-19.

Έχετε την επιλογή να συναινέσετε στην επικοινωνία με ερευνητές σχετικά με τη συμμετοχή σε ερευνητικές μελέτες που αφορούν το εμβόλιο COVID-19. Εάν συναινέσετε στην επικοινωνία, οι προσωπικές σας πληροφορίες υγείας θα χρησιμοποιηθούν για να προσδιορισθεί ποιες μελέτες μπορεί να είναι σχετικές με σας, και το όνομά σας και τα στοιχεία επικοινωνίας θα κοινοποιηθούν στους ερευνητές. Η συναίνεση στην επικοινωνία για ερευνητικές μελέτες δεν σημαίνει ότι έχετε συναινέσει να συμμετάσχετε στη συγκεκριμένη έρευνα. Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική. Μπορείτε να αρνηθείτε τη συναίνεση στην επικοινωνία για ερευνητικές μελέτες χωρίς να επηρεάζεται η επιλεξιμότητά σας για να εμβολιασθείτε για COVID-19.

Εάν συναινέσετε στην επικοινωνία για ερευνητικές μελέτες, και ύστερα αλλάξετε γνώμη, μπορείτε να αποσύρετε τη συναίνεσή σας οποιαδήποτε στιγμή, επικοινωνώντας με το Υπουργείο Υγείας στο Vaccine@ontario.ca.

Συναινώ να επικοινωνήσουν μαζί μου σχετικά με ερευνητικές μελέτες που αφορούν το εμβόλιο COVID-19:

☐ με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ☐ με γραπτό μήνυμα/SMS ☐ τηλεφωνικά ☐ ταχυδρομικά

☐ **Δεν συναινώ να επικοινωνήσουν μαζί μου σχετικά με ερευνητικές μελέτες που αφορούν το εμβόλιο COVID-19:**

Υπογραφή	Όνομα Ολογράφως	Ημερομηνία υπογραφής

Εάν υπογράφετε για λογαριασμό άλλου εκτός από σας, γράψτε τη σχέση σας με το άλλο πρόσωπο:

☐ Εάν υπογράψω για λογαριασμό άλλου εκτός από μένα, βεβαιώνω ότι είμαι ο γονέας/ ο έχων την επιμέλεια ή υποκατάστατο πρόσωπο που λαβαίνει αποφάσεις.

Ειδικά Θέματα σχετικά με: Τον Νόμο περί Οίκων Μακροχρόνιας Περίθαλψης (LTC) του 2007

Η συναίνεση του τρόφιμου για να εμβολιασθεί μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

Δήλωση σχετικά με την ενότητα 83 του Νόμου:

Παρακαλώ σημειώστε τις ακόλουθες προστασίες που παρέχει ο νόμος:

Κάθε αδειούχος Οίκου Μακροχρόνιας Περίθαλψης θα πρέπει να μεριμνά ώστε σε κανένα πρόσωπο δεν θα ειπωθεί ή υπονοηθεί ότι η εισαγωγή κάποιου μελλοντικού τρόφιμου θα απορριφθεί ή ότι κάποιος τρόφιμος θα αποβληθεί από τον Οίκο επειδή,

- (a) κάποιο έγγραφο δεν έχει υπογραφεί,
- (b) κάποιο συμφωνητικό έχει ακυρωθεί, ή
- (c) μια συγκατάθεση ή μια οδηγία σχετικά με τη θεραπεία ή την περίθαλψη έχει δοθεί, δεν έχει δοθεί, έχει αποσυρθεί ή έχει ανακληθεί.

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΗ					
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				
Η δόση σας 2 από 2 είναι προγραμματισμένη για:		____ / ____ / ____ : ____ : ____ (μ/η/εεεε) πμ μμ			