

Szűrési és hozzájárulási lap COVID-19 elleni védőoltáshoz

SZŰRÉSI ÉS HOZZÁJÁRULÁSI LAP – COVID-19 elleni védőoltás

2.0. verzió – 2021. január 23.

Vezetéknév [REDACTED]		Keresztnév [REDACTED]	Azonosítószám (pl. egészségbiztosítási kártya száma) [REDACTED]	
Nem: ☐ Nő ☐ Férfi ☐ Nem bináris ☐ Nem szeretnék válaszolni			Alapellátást nyújtó szakember (házi orvos vagy betegápoló)	
Otthoni telefonszám	Mobiltelefonszám	E-mail-cím		
Utca		Város	Tartomány	Postai irányítószám
Születési dátum (év, hónap, nap) ____/____/____	Életkor	Az első vagy a második adagot fogja kapni a védőoltásból? ☐ Első ☐ Második Ha a másodikat, írja be, mikor kapta az első adagot: ____/____/____ (év, hónap, nap)		

Kérjük, válaszoljon meg minden alábbi kérdést:

Vannak a mai napon COVID-19-re utaló tünetei vagy betegnek érzi magát*? ☐ Nem ☐ Igen	Ha igen, részletezze
Tapasztalt már súlyos allergiás reakciót (pl. anafilaxiás sokkot) egy korábbi adag COVID mRNA oltóanyagra vagy annak bármely összetevőjére, illetve annak tárolójára? ☐ Nem ☐ Igen	Ha igen, részletezze
Gyanítható, hogy hiperérzékeny vagy volt már azonnali allergiás reakciója <i>(ide tartozik az a 4 órán belül jelentkező allergiás reakció, amely csalánkiütést, duzzanatot vagy légzési nehézséget okozott, beleértve a zihálást is)</i> az alábbiakra:	Ha igen, részletezze
Egy korábbi adag mRNA COVID-19 oltóanyag ☐ Nem ☐ Igen	
Az mRNA COVID-19 oltóanyag bármely összetevője (beleértve a polietilén-glikolt [PEG])** ☐ Nem ☐ Igen	
Poliszorbát (a vakcinában lévő PEG-re való esetleges keresztreakciós hiperérzékenység miatt)** ☐ Nem ☐ Igen	

Volt valaha súlyos (pl. anafilaxiás) vagy azonnali allergiás reakciója bármilyen egyéb oltóanyagra vagy injekciós kezelésre (pl. olyan intramuszkuláris, intravénás vagy szubkután oltóanyagokra vagy terápiákra, amelyekhez nem köthető az mRNA COVID-19 oltóanyagok valamely összetevője vagy a poliszorbátok valamely fajtája)? <i>(ide tartozik az a 4 órán belül jelentkező allergiás reakció, amely csalánkiütést, duzzanatot vagy légzési nehézséget okozott, beleértve a zihálást is)</i> ☐ Nem ☐ Igen	Ha igen, részletezze
Volt valaha oltóanyagokhoz vagy befecskendezhető gyógyszerekhez nem köthető súlyos allergiás reakciója (pl. anafilaxiás sokk) – például étel, állatszőr vagy mérreg, környezet vagy latex stb. által kiváltott allergia? ☐ Nem ☐ Igen	Ha igen, részletezze
Kapott másik védőoltást (nem COVID-19 elleni védőoltást) az elmúlt 14 napban? ☐ Nem ☐ Igen	Ha igen, részletezze
Jelenleg várandós vagy fennáll Önnél a várandósság lehetősége? ☐ Nem ☐ Igen	Ha igen, részletezze
Jelenleg szoptat? ☐ Nem ☐ Igen	Ha igen, részletezze
Vannak bármilyen immunrendszeri problémái vagy szed olyan gyógyszereket, amelyek hatással lehetnek az immunrendszerére (pl. nagy dózisban szedett szteroidok, kemoterápia)? ☐ Nem ☐ Igen	Ha igen, részletezze
Van valamilyen autoimmun betegsége? ☐ Nem ☐ Igen	Ha igen, részletezze
Van olyan hematológiai rendellenessége vagy szed olyan gyógyszereket, amelyek hatással lehetnek a vérárvadásra (pl. vérárvadásgátlók)? ☐ Nem ☐ Igen	

Előfordult Önnél korábbi oltás vagy orvosi eljárás után, hogy gyengének érezte magát vagy elájult? ☐ Nem ☐ Igen	Ha igen, részletezze
* A COVID-19 tünetei lehetnek többek között az alábbiak: láz, újonnan kialakuló köhögés vagy súlyosbodó krónikus köhögés, légszomj, légzési nehézség, torokfájás, nyelési nehézség, szaglási vagy ízelelési képesség csökkenése vagy elvesztése, hidegrázás, fejfájás, ismeretlen eredetű fáradtság/rossz közérzet/izomfájdalom, hányinger/hányás, hasmenés vagy hasi fájdalom, kötőhártya-gyulladás, orrfolyás vagy orrdugulás egyéb ismert ok nélkül, vagy 70 év feletti személyek esetében ismeretlen eredetű vagy egyre gyakoribb elesések, akut funkcionális hanyatlás, krónikus betegségek súlyosbodása vagy delírium	** A polietilén-glikol (PEG) ritkán, de okozhat allergiás reakciókat, és megtalálható az olyan termékekben, mint a gyógyszerek, a vastagbéltükrözéshez használt béltisztító készítmények, a hashajtók, a köhögéscsillapító szirupok, a kozmetikumok, a bőrápoló krémek, a bőrön és műtétek során használt orvosi termékek, a fogkrémek, a kontaktlencsék és a kontaktlencse-tisztító oldatok. Bizonyos ételek és italok is tartalmazhatnak PEG-t, de eddigi tapasztalatok szerint ételeken vagy italokon keresztül nem okoz allergiás reakciókat. A poliszorbátok szintén okozhatnak allergiás reakciókat a PEG-vel való keresztreakciók miatt.
<u>A védőoltás beadásához adott hozzájárulás</u> Eloolvastam a „COVID-19 elleni védőoltás tájékoztató lapját” (vagy felolvasták nekem), és megértettem a benne foglaltakat. - Lehetőségem volt kérdéseket feltenni, és ezekre kielégítő válaszokat kaptam. - Lehetőségem volt konzultálni az engem alapellátásban részesítő szakemberrel a COVID-19 elleni védőoltással kapcsolatban rám vonatkozó esetleges egyedi szempontokról. ☐ Hozzájárulok ahhoz, hogy megkapjam a védőoltást	
<u>Személyes egészségügyi adatok gyűjtésének, használatának és közlésének elfogadása</u> A jelen űrlapban szereplő személyes egészségügyi adatokat abból a célból gyűjtjük, hogy ellátást biztosítsunk Önnek és immunizációs nyilvántartást vezessünk Önről, továbbá azért, mert ezt az Ontario COVID-19 oltási programjához szükséges adminisztráció is megköveteli. Az itt megadott adatokat ebből a célból használjuk fel és tesszük közzé, továbbá a jogszabályok által megengedett és megkövetelt egyéb célokból. Például: - közöljük az országos tisztifőorvossal és Ontario közegészségügyi intézményeivel, amennyiben ez a közlés a <i>Health Protection and Promotion Act</i> (Egészségvédelmi és -fejlesztési törvény) valamely céljából szükségessé válik. Továbbá - az Ön tartományi elektronikus nyilvántartásának részeként közölhetjük azokkal az egészségügyi szolgáltatókkal, akik ellátásban részesítik Önt. Ezeket az adatokat az Egészségügyi Minisztérium felügyelete és irányítása alatt álló egészségügyi nyilvántartási rendszerben fogják tárolni.	

Ahol egy klinikai helyszín valamely kórház igazgatásához tartozik, a kórház az Egészségügyi Minisztérium megbízottjaként gyűjti, használja fel és közli az Ön adatait.

☐ Elismerem, hogy elolvastam és megértettem a fenti nyilatkozatot.

Előfordulhat, hogy egy kórház, egy helyi közegészségügyi intézmény vagy az Egészségügyi Minisztérium felveszi Önnel a kapcsolatot a COVID-19 elleni védőoltással kapcsolatos célokból (például azért, hogy emlékeztesse Önt esedékes időpontokról és igazolást adjon Önnek az oltásról). Ha hozzájárul ahhoz, hogy ilyen utólagos megkereséseket kapjon e-mailben vagy szöveges üzenet/SMS formájában, ezt jelölje az alábbi jelölőnégyzetekben.

Hozzájárulok, hogy utólagos megkereséseket kapjak:

☐ e-mailben ☐ szöveges üzenetben/SMS-ben

Hozzájárulás kutatási célú tanulmányokkal kapcsolatos megkeresésekhez

A COVID-19 elleni védőoltásokkal kapcsolatban számos tanulmány fog készülni.

Önnek lehetősége van hozzájárulni ahhoz, hogy a kutatók felvegyék Önnel a kapcsolatot a COVID-19 elleni védőoltással kapcsolatos kutatási célú tanulmányokban való részvétel ügyében. Ha hozzájárul a kapcsolatfelvételhez, személyes egészségügyi adatait annak meghatározásához fogják felhasználni, hogy megállapítsák, mely tanulmányok jöhetnek szóba Önnél, és nevét, valamint elérhetőségeit továbbítják a kutatóknak. Ha hozzájárul kutatási célú tanulmányokkal kapcsolatos megkeresésekhez, ez nem jelenti azt, hogy Ön egyúttal az adott kutatásban való részvételbe is beleegyezik. A kutatásban való részvétel önkéntes alapú. Ön dönthet úgy, hogy nem járul hozzá a kutatási célú tanulmányokkal kapcsolatos megkeresésekhez, és ez a döntése nem fogja befolyásolni azt, hogy megkapja-e a COVID-19 elleni védőoltást vagy sem.

Ha hozzájárul kutatási célú tanulmányokkal kapcsolatos megkeresésekhez, de később meggondolja magát, bármikor visszavonhatja hozzájárulását, csak írjon az Egészségügyi Minisztériumnak a következő e-mail-címre: Vaccine@ontario.ca.

Hozzájárulok, hogy megkeressenek COVID-19 elleni védőoltással kapcsolatos kutatási célú tanulmányok ügyében:

☐ e-mailben ☐ szöveges üzenetben/SMS-ben ☐ telefonon ☐ levélben

☐ Nem járulok hozzá, hogy megkeressenek COVID-19 elleni védőoltással kapcsolatos kutatási célú tanulmányokat illetően:

Aláírás	Név nyomtatottan	Aláírás dátuma

Ha nem saját nevében ír alá, tüntesse fel az adott személlyel fennálló kapcsolat jellegét:

☐ Amennyiben nem saját nevemben írok alá, ezúton megerősítem, hogy szülőként/törvényes gyámként vagy meghatalmazott döntéshozóként járok el.

Különleges esetek: Long-Term Care Homes Act (Hosszú távú gondozást biztosító szociális intézményekről szóló törvény), 2007

A bentlakónak a védőoltás beadásához adott hozzájárulása bármikor visszavonható vagy érvényteleníthető.

A törvény 83. bekezdésével kapcsolatos nyilatkozat:

Kérjük, vegye figyelembe az alábbi jogvédelmet:

Egy hosszú távú gondozást biztosító szociális intézmény minden engedélyese köteles gondoskodni róla, hogy senki se kapjon olyan információt, illetve senkivel se hitessék el, hogy egy reménybeli bentlakónak elutasítják a felvételét vagy egy bentlakót elbocsátanak az intézményből az alábbi okok miatt:

- (a) valamilyen dokumentumot nem írtak alá;
- (b) valamilyen megállapodást semmisnek nyilvánítottak; vagy
- (c) a kezelésre vagy gondozásra vonatkozóan megadtak, nem adtak meg, visszavontak vagy érvénytelenítettek valamilyen hozzájárulást vagy utasítást.

KIZÁRÓLAG KLINIKAI HASZNÁLATRA					
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 community dwelling ☐ Retirement Home: Resident ☐ Advanced age: ☐ 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			