

Министерство здравоохранения



Вакцина от COVID-19 – скрининг и Форма согласия

СКРИНИНГ И ФОРМА СОГЛАСИЯ – ВАКЦИНА ОТ COVID-19 Версия 2.0 – 23 января 2021 г.

Фамилия [REDACTED]		Имя [REDACTED]		Идентификатор (например, номер медицинской карты) [REDACTED]	
Пол: ☐ Женский ☐ Мужской ☐ Небинарный ☐ Предпочитаю не отвечать				Врач первичной помощи (семейный врач или фельдшер)	
Домашний телефон		Мобильный телефон		Адрес электронной почты	
Улица, дом, квартира			Город		Провинция
					Почтовый индекс
Дата рождения (месяц, день, год) ____ / ____ / ____		Возраст		Это Ваша первая или вторая доза вакцины? ☐ Первая ☐ Вторая Если вторая, пожалуйста, укажите дату введения первой дозы: ____ / ____ / ____ (месяц, день, год)	

Просим Вас ответить на все приведенные ниже вопросы:

Есть ли у Вас какие-либо симптомы COVID-19, или чувствуете ли Вы себя больным сегодня*? ☐ Нет ☐ Да	Если да, пожалуйста, уточните
Была ли у Вас в прошлом тяжелая аллергическая реакция (например, анафилактический шок) на предыдущую дозу иРНК-вакцины от COVID-19 или на любой из ее компонентов либо контейнер? ☐ Нет ☐ Да	Если да, пожалуйста, уточните
Имеется ли у Вас подозреваемая гиперчувствительность к, или была ли у Вас немедленная аллергическая реакция (то есть, аллергическая реакция, возникающая в течение 4 часов и вызывающая аллергическую сыпь, отек или дыхательную недостаточность, включая свистящее дыхание) на:	Если да, пожалуйста, уточните
• Предыдущую дозу иРНК-вакцины от COVID-19 ☐ Нет ☐ Да	
• Какие-либо компоненты иРНК-вакцины от COVID-19 (в том числе полиэтиленгликоль /ПЭГ/)** ☐ Нет ☐ Да	

- Полисорбат (вследствие потенциальной перекрестной гиперчувствительности к ингредиенту вакцины /ПЭГ/)**

☐ Нет ☐ Да

DO NOT COMPLETE

Была ли у Вас когда-либо тяжелая (например, анафилактический шок) или немедленная аллергическая реакция на любую другую вакцину или инъекционные препараты (например, вводимые внутримышечно, внутривенно или подкожно вакцины или лекарства, не связанные с каким-либо компонентом иРНК-вакцин от COVID-19 или полисорбатами)? <i>(Это включает в себя аллергические реакции, которые возникают в течение 4 часов и вызывают аллергическую сыпь, отек или дыхательную недостаточность, включая свистящее дыхание).</i> ☐ Нет ☐ Да	Если да, пожалуйста, уточните
Была ли у Вас когда-либо тяжелая аллергическая реакция (например, анафилактический шок), не связанная с вакцинами или инъекционными лекарственными средствами, например, аллергическая реакция на продукты питания, домашних животных, ядовитые вещества, факторы окружающей среды или латекс и т.п.? ☐ Нет ☐ Да	Если да, пожалуйста, уточните
Вводили ли Вам какие-либо другие вакцины (не вакцину от COVID-19) в течение предыдущих 14 дней? ☐ Нет ☐ Да	Если да, пожалуйста, уточните
Вы беременны (или есть ли вероятность того, что Вы можете быть беременны)? ☐ Нет ☐ Да	Если да, пожалуйста, уточните
Вы кормите грудью? ☐ Нет ☐ Да	Если да, пожалуйста, уточните
Есть ли у Вас какие-либо проблемы с иммунной системой или принимаете ли Вы какие-либо лекарства, которые могут негативно повлиять на Вашу иммунную систему (например, большие дозы стероидов, химиотерапия)? ☐ Нет ☐ Да	Если да, пожалуйста, уточните
Есть ли у Вас какие-либо аутоиммунные заболевания? ☐ Нет ☐ Да	Если да, пожалуйста, уточните
Есть ли у Вас какие-либо нарушения свёртываемости крови, принимаете ли Вы какие-либо лекарства, которые могут повлиять на свёртывание крови (например, антикоагулянты)? ☐ Нет ☐ Да	

Чувствовали ли Вы когда-либо недомогание или теряли сознание после какой-либо вакцинации или медицинской процедуры? ☐ Нет ☐ Да	Если да, пожалуйста, уточните
---	--------------------------------------

* Симптомы COVID-19 могут включать в себя повышение температуры, новые приступы кашля или ухудшение хронического кашля, одышку, затрудненное дыхание, боль в горле, затрудненное глотание, снижение или потерю ощущения вкусов и запахов, озноб, головную боль, необъяснимую утомляемость / чувство общего недомогания / боль в мышцах, тошноту / рвоту, диарею или боль в животе, покраснение глаз, насморк или заложенность носа без других известных причин, либо (это касается людей старше 70 лет) необъяснимое или увеличивающееся количество падений, резкое снижение работоспособности, обострение хронических заболеваний или расстройство сознания.

** Полиэтиленгликоль (ПЭГ), который встречается в таких видах продукции, как лекарства, препараты для подготовки кишечника к проведению колоноскопии, слабительные средства, сиропы от кашля, косметические средства, кремы для кожи, медицинские средства, наносимые на кожу и используемые во время операций, зубные пасты, контактные линзы и жидкости для контактных линз, может в редких случаях вызывать аллергические реакции. ПЭГ также может содержаться в продуктах питания и напитках, но, насколько это известно, не вызывает аллергии на такие продукты питания и напитки. Полисорбат также может вызывать аллергические реакции вследствие перекрестной реактивности с ПЭГ.

Согласие на получение вакцины

Я прочел (прочла) (или попросил(-а) кого-либо прочесть мне) и понял(-а) «Информационный листок о вакцине от COVID-19»

- У меня была возможность задать вопросы и получить на них ответы, которые меня удовлетворили.
- У меня была возможность поговорить с моим врачом общей практики об особых соображениях по поводу вакцины от COVID-19, которые имеют ко мне отношение.

☐ **Я даю свое согласие на получение вакцины**

Подтверждение сбора, использования и раскрытия персональной медицинской информации

Персональная медицинская информация, указанная в этой форме, собирается в целях предоставления Вам услуг и создания Вашего прививочного паспорта, а также потому что это необходимо для администрирования программы вакцинации жителей Онтарио от COVID-19. Эта информация будет использоваться и раскрываться в этих целях, а также в других целях, предусмотренных и разрешенных законом. Например,

- она будет предоставляться начальнику управления здравоохранения и государственным учреждениям здравоохранения Онтарио в случаях, когда раскрытие такой информации является необходимым для целей Закона «Об охране и укреплении здоровья»; и
- она может предоставляться как часть Вашей электронной медицинской карты на уровне провинции обслуживающим Вас врачам и медицинским организациям.

Эта информация будет храниться в системе регистрации медицинских данных, которая находится в сфере ответственности и под контролем Министерства здравоохранения.

Когда клиника находится под управлением больницы, именно больница как агент Министерства здравоохранения будет заниматься сбором, использованием и раскрытием Вашей информации.

☐ Я подтверждаю, что я прочел (прочла) и понял(-а) приведенное выше заявление.

С Вами может связаться больница, местный орган здравоохранения или Министерство здравоохранения в целях, связанных с вакцинацией от COVID-19 (например, чтобы напомнить Вам о предстоящих приемах у врача, или для предоставления Вам подтверждения прохождения вакцинации). Если Вы согласны получать такую информацию по электронной почте или в виде текстовых сообщений/СМС, пожалуйста, укажите это, воспользовавшись полями, приведенными ниже.

Я даю свое согласие на получение последующих сообщений:

☐ по электронной почте ☐ в виде текстовых сообщений/СМС

Разрешение связываться с Вами по вопросам научных исследований

Для изучения вакцин от COVID-19 будет проводиться множество научных исследований.

Вы можете разрешить исследователям связываться с Вами по вопросам участия в научных исследованиях, связанных с вакцинами от COVID-19. Если Вы разрешите с Вами связываться, Ваша персональная медицинская информация будет использоваться для определения того, какие исследования могут быть актуальны для Вас, и исследователям будут предоставлены Ваше имя и Ваша контактная информация. Разрешение связываться с Вами по поводу научных исследований не означает Ваше согласие на участие в таких исследованиях. Участие в исследованиях является добровольным. Вы можете не дать разрешение связываться с Вами по вопросам научных исследований, и это никак не повлияет на Ваше право на прививку вакциной от COVID-19.

Если Вы разрешили связываться с Вами по поводу научных исследований, а потом передумали, Вы можете в любой момент отменить свое разрешение, связавшись с Министерством здравоохранения по электронной почте по адресу Vaccine@ontario.ca.

Я разрешаю связываться со мной по поводу исследований, связанных с вакцинами от COVID-19:

☐ по электронной почте ☐ через текстовые сообщения/СМС ☐ по телефону ☐ по почте

☐ Я не разрешаю связываться со мной по поводу исследований, связанных с COVID-19:

Подпись

ФИО (печатными буквами)

Дата подписания

При подписании за кого-либо другого, а не за себя, укажите, кем Вы приходитесь этому человеку:

☐ При подписании за кого-либо другого, а не за себя, я подтверждаю, что являюсь родителем / законным опекуном или лицом, принимающим решения за этого человека.

**Конкретные вопросы, касающиеся Закона
«О заведениях по оказанию долгосрочного ухода» 2007 г.**

Согласие пациентов на вакцинацию может быть отозвано или отменено в любой момент.

Заявление в отношении раздела 83 Закона:

Обращаем Ваше внимание на следующее положение, обеспечивающее правовую защиту:

Каждый лицензиат заведения по оказанию долгосрочного ухода должен позаботиться о том, чтобы никому не говорили, и чтобы ни у кого не создавалось впечатление, что потенциальному пациенту будет отказано в принятии в учреждение, или что пациент будет выписан из учреждения в случае:

- (a) неподписания какого-либо документа;
- (b) отмены предоставленного разрешения; или
- (c) предоставления, непредоставления, отзыва или отмены какого-либо согласия или указания в отношении лечения или ухода.

ТОЛЬКО ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ					
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			