

Bộ Y Tế



Mẫu Kiểm Tra và Ứng Thuận Chích Ngừa COVID-19

MẪU KIỂM TRA VÀ ỨNG THUẬN CHÍCH VẮC XIN COVID-19

Ấn bản 2.0 – 23 tháng 1, 2021

Họ [Redacted]		Tên [Redacted]		Chứng minh thư (ví dụ số thẻ y tế) [Redacted]	
Phái: ☐ Nữ ☐ Nam ☐ Không phải là nam hoặc nữ rõ ràng (Non-Binary) ☐ Không muốn trả lời				Chuyên viên chăm sóc sức khỏe chính (Bác sĩ gia đình hoặc Y tá điều trị)	
Điện thoại nhà		Điện thoại di động			
Địa chỉ			Thành phố		Tỉnh bang
					Mã bưu chính
Ngày sinh (tháng, ngày, năm) ____ / ____ / ____		Tuổi		Đây là liều vắc xin thứ nhất hay thứ nhì của quý vị? ☐ Đầu tiên ☐ Thứ nhì Nếu là liều thứ nhì, xin cho biết ngày chích liều thứ nhất: ____ / ____ (tháng, ngày, năm)	

Xin trả lời các câu hỏi dưới đây:

Quý vị có các triệu chứng của COVID-19 hoặc có cảm thấy bị bệnh hô hấp nay hay không*? ☐ Không ☐ Có	Nếu có, xin cho biết chi tiết
Quý vị trước đây đã có bị phản ứng dị ứng nghiêm trọng (ví dụ bị sốc phản vệ) với một liều vắc xin COVID mRNA hoặc bất cứ thành phần nào của thuốc hay với ống chứa thuốc hay không? ☐ Không ☐ Có	Nếu có, xin cho biết chi tiết
Quý vị có một tình trạng bị nghi ngại cảm quá mức hoặc quý vị đã bị phản ứng dị ứng ngay tức khắc hay không (điều này bao gồm phản ứng dị ứng đã xảy ra trong vòng 4 tiếng gây nổi sẩn, bị sưng, hoặc suy hô hấp, kể cả thở khó khè) với:	Nếu có, xin cho biết chi tiết
Một liều vắc xin mRNA COVID-19 trước đây ☐ Không ☐ Có	
Bất cứ thành phần nào của vắc xin mRNA COVID-19 (kể cả polyethylene glycol [PEG])** ☐ Không ☐ Có	

- Polysorbate (do có thể quá nhạy cảm phản ứng chéo với chất PEG của vắc xin)**

☐ Không ☐ Có

DO NOT COMPLETE

Quý vị đã có bao giờ bị một phản ứng dị ứng nghiêm trọng hoặc ngay tức khắc (ví dụ sốc phản vệ) với bất cứ vắc xin hay thuốc chích nào hay không (ví dụ các vắc xin tiêm bắp thịt, truyền qua tĩnh mạch, hoặc chích dưới da hoặc các liệu pháp không có liên quan đến một thành phần của các vắc xin mRNA COVID-19 hoặc polysorbates)? (điều này sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng xảy ra trong vòng 4 tiếng gây nổi sẩn, bị sưng, hoặc suy hô hấp, kể cả thở khò khè) ☐ Không ☐ Có	Nếu có, xin cho biết chi tiết
Quý vị đã có bao giờ bị một phản ứng dị ứng nghiêm trọng (ví dụ sốc phản vệ) không có liên quan đến vắc xin hoặc các loại thuốc chích hay không – chẳng hạn như dị ứng thực phẩm, thú nuôi, nọc độc, môi trường, hoặc nhựa latex, v.v.? ☐ Không ☐ Có	Nếu có, xin cho biết chi tiết
Trong 14 ngày vừa qua, quý vị đã có chích một vắc xin nào khác (không phải vắc xin COVID-19) hay không? ☐ Không ☐ Có	Nếu có, xin cho biết chi tiết
Quý vị có hoặc có thể đã mang thai? ☐ Không ☐ Có	Nếu có, xin cho biết chi tiết
Quý vị có đang cho con bú sữa mẹ? ☐ Không ☐ Có	Nếu có, xin cho biết chi tiết
Quý vị có bất cứ vấn đề gì với hệ miễn dịch của quý vị hoặc đang dùng bất cứ các thứ thuốc nào có thể ảnh hưởng đến hệ miễn dịch của quý vị hay không (thí dụ thuốc steroid liều mạnh, điều trị bằng hóa chất)? ☐ Không ☐ Có	Nếu có, xin cho biết chi tiết
Quý vị có bị bệnh tự miễn dịch hay không? ☐ Không ☐ Có	Nếu có, xin cho biết chi tiết
Quý vị có bị rối loạn chảy máu hoặc đang uống thuốc có thể ảnh hưởng đến việc đông máu hay không (ví dụ các thuốc làm loãng máu)? ☐ Không ☐ Có	

Trước đây quý vị có bao giờ cảm thấy bị xỉu hoặc đã bị ngắt sau khi chích ngừa hoặc làm thủ thuật y khoa hay không? ☐ Không ☐ Có	Nếu có, xin cho biết chi tiết
* Các triệu chứng của COVID-19 có thể bao gồm sốt, mới bị ho hoặc việc họ kinh niên bị tệ hơn, thở hụt hơi, khó thở, đau cuống họng, khó nuốt, bị giảm hoặc mất khứu giác hay vị giác, các cơn ớn lạnh, nhức đầu, mệt mỏi không biết lý do /khó chịu trong người /đau nhức bắp thịt, buồn nôn / ói mửa, tiêu chảy hoặc bị đau bụng, mắt đỏ, hoặc chảy mũi hay nghẹt mũi mà không biết nguyên nhân hoặc, với những người trên 70 tuổi, số lần bị té ngã tăng lên hoặc không thể giải thích lý do bị té, suy giảm cấp tính chức năng hoạt động, các tình trạng bệnh mãn tính bị tệ hơn hoặc mê sảng	** Polyethylene glycol (PEG) hiếm khi có thể gây các phản ứng dị ứng và được tìm thấy có trong các sản phẩm chẳng hạn như thuốc men, các sản phẩm dùng chuẩn bị cho việc nội soi đại tràng, các thuốc nhuận trường, si rô trị ho, mỹ phẩm, kem thoa da, các sản phẩm y tế dùng cho da và trong lúc phẫu thuật, kem đánh răng, kính áp tròng và dung dịch dùng cho kính áp tròng. PEG cũng có thể được tìm thấy trong thực phẩm hoặc nước uống, nhưng được biết là không gây các phản ứng dị ứng. Polysorbate cũng có thể gây các phản ứng dị ứng do phản ứng chéo với PEG.

Ứng Thuận Chích Vắc Xin

Tôi đã đọc (hoặc từ thông tin đã được đọc cho tôi) và tôi hiểu 'Tờ Thông Tin Vắc Xin COVID-19'

- Tôi đã được cho cơ hội để nêu thắc mắc và mọi thắc mắc của tôi đều đã được trả lời thỏa đáng.
- Tôi đã được cho cơ hội để hỏi chuyên viên chăm sóc sức khỏe chính của tôi về bất cứ các điều đặc biệt nào cần xem xét có thể đúng cho trường hợp của tôi có liên quan đến vắc xin COVID-19.

☐ Tôi ứng thuận chích vắc xin

Xác nhận về việc Thu Thập, Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin Y Tế Cá Nhân

Thông tin y tế cá nhân trong mẫu này được thu thập nhằm mục đích cung cấp sự chăm sóc và để lập hồ sơ chủng ngừa cho quý vị, và vì thông tin cần thiết để quản lý chương trình chủng ngừa COVID-19 của Ontario. Thông tin này sẽ được sử dụng và tiết lộ cho các mục đích này, cũng như cho các mục đích được cho phép khác và theo như được yêu cầu bởi luật pháp. Ví dụ,

- thông tin sẽ được tiết lộ cho Giám Đốc Sở Y Tế và các đơn vị y tế công cộng của Ontario nơi mà sự tiết lộ là cần thiết cho mục đích của *Luật Bảo vệ và Quảng Bá Y Tế*. Và
- thông tin có thể được tiết lộ, như một phần của hồ sơ y tế tỉnh bang của quý vị, cho các chuyên viên chăm sóc sức khỏe đang cung cấp sự chăm sóc cho quý vị.

Thông tin sẽ được lưu trữ trong một hệ thống hồ sơ y tế do Bộ Y Tế nắm giữ và quản lý.

Trong trường hợp một cơ sở chích ngừa được điều hành bởi một bệnh viện thì bệnh viện sẽ thu thập, sử dụng và tiết lộ thông tin của quý vị với tư cách là một thành viên của Bộ Y Tế.

☐ **Tôi xác nhận tôi đã đọc và hiểu câu tuyên bố bên trên.**

Quý vị có thể được liên lạc bởi bệnh viện, đơn vị y tế công cộng tại địa phương, hoặc Bộ Y Tế cho các mục đích có liên quan đến vắc xin COVID-19 (ví dụ, để nhắc quý vị về các cuộc hẹn theo dõi tiếp theo và để cung cấp cho quý vị bằng chứng của việc chủng ngừa). Nếu quý vị ưng thuận để nhận các tin báo theo dõi tiếp theo này bằng email hoặc bằng tin nhắn /SMS, xin cho biết điều này bằng cách đánh dấu vào các ô dưới đây.

Tôi ưng thuận nhận các sự liên lạc theo dõi tiếp theo:

☐ bằng email ☐ bằng tin nhắn/SMS

Ưng Thuân Để Được Liên Lạc Về Các Cuộc Nghiên Cứu

Nhiều cuộc nghiên cứu sẽ được thực hiện liên quan đến các vắc xin COVID-19.

Quý vị có sự chọn lựa ưng thuận để được liên lạc bởi các nhà nghiên cứu về việc tham gia trong các cuộc nghiên cứu có liên quan đến vắc xin COVID-19. Nếu quý vị ưng thuận để được liên lạc, thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị sẽ được dùng để xác định cuộc nghiên cứu nào phù hợp với quý vị, và tên cũng như thông tin liên lạc của quý vị sẽ được tiết lộ cho các nhà nghiên cứu. Ưng thuận để được liên lạc về các cuộc nghiên cứu không có nghĩa quý vị đã ưng thuận để tham gia trong chính cuộc nghiên cứu. Tham gia trong nghiên cứu là điều tự nguyện. Quý vị có thể từ chối ưng thuận để được liên lạc về các cuộc nghiên cứu mà không ảnh hưởng gì đến việc đủ điều kiện để được chích vắc xin COVID-19.

Nếu quý vị ưng thuận để được liên lạc về các cuộc nghiên cứu, và sau đó thay đổi ý kiến của mình, quý vị có thể rút lại sự ưng thuận bất cứ lúc nào bằng cách liên lạc với Bộ Y Tế theo địa chỉ Vaccine@ontario.ca.

Tôi ưng thuận để được liên lạc về các cuộc nghiên cứu có liên quan đến vắc xin COVID-19:

☐ bằng email ☐ bằng tin nhắn/SMS ☐ bằng điện thoại ☐ bằng thư

☐ **Tôi không ưng thuận để được liên lạc về các cuộc nghiên cứu có liên quan đến COVID-19:**

Chữ ký

Ghi tên họ

Ngày ký tên

Nếu ký tên cho một người nào khác hơn chính quý vị, xin cho biết quan hệ của quý vị với người đó:

☐ Nếu ký tên cho một người nào khác hơn là chính bản thân tôi, tôi xác nhận tôi là phụ huynh, người giám hộ hợp pháp hoặc người thay mặt quyết định.

Các Vấn Đề Cụ Thể về: Luật Nhà Chăm Sóc Dài Hạn, 2007

Sự ưng thuận của cư dân để chích vắc xin có thể được rút lại và thu hồi bất cứ lúc nào.

Câu tuyên bố liên quan đến đoạn 83 của Luật

Xin chú ý sự bảo vệ pháp lý sau đây:

Mỗi chủ cơ sở chăm sóc dài hạn được cấp phép hoạt động phải bảo đảm không có bất cứ ai được bảo rằng hoặc khiến để tin rằng một người có khả năng để vào nhà chăm sóc dài hạn sẽ bị từ chối không cho vào ở hoặc một người sẽ bị cho ra khỏi nhà chăm sóc dài hạn vì,

- (a) một tài liệu đã không được ký;
- (b) một thỏa thuận đã bị hủy bỏ; hoặc
- (c) một sự ưng thuận hoặc chỉ thị liên quan đến sự điều trị hoặc chăm sóc đã được đưa ra, chưa được đưa ra, được rút lại hoặc thu hồi.

CHỈ DÀNH RIÊNG CHO CƠ SỞ CHÍCH NGỪA SỬ DỤNG				
Agent	COVID-19	Product Name	Lot #	Dose
Anatomical Site	☐ Left deltoid ☐ Right deltoid		Route	Intramuscular
Date Given	(m/d/yyyy)		Time Given	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			