

# Danh sách kiểm tra trước khi tiêm vắc xin đối với Vắc xin COVID-19



## Đối với người tiêm vắc xin:

Các câu hỏi sau đây sẽ giúp chúng tôi xác định xem có bất kỳ lý do gì bạn không nên tiêm vắc xin COVID-19 hôm nay hay không. **Nếu bạn trả lời “có” trong bất kỳ câu hỏi nào, điều đó không nhất thiết có nghĩa là bạn không nên tiêm vắc xin.** Nó chỉ có nghĩa là bạn có thể được hỏi các câu hỏi bổ sung. Nếu câu hỏi không rõ ràng, vui lòng yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn giải thích.

Họ tên \_\_\_\_\_

Tuổi \_\_\_\_\_

	Có	Không	Không biết
<b>1. Hôm nay bạn có bị ốm không?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Bạn đã bao giờ nhận được một liều vắc xin COVID-19 chưa?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nếu có, bạn đã nhận được sản phẩm vắc xin nào?			
<input type="checkbox"/> Pfizer	<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson)	<input type="checkbox"/> Sản phẩm khác _____
• Bạn có mang theo phiếu tiêm chủng hoặc các giấy tờ khác không? (có/không)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3. Bạn đã bao giờ có phản ứng dị ứng với:</b> <i>(Sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến bạn phải đến bệnh viện. Cũng sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng gây phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp, bao gồm cả thờ khờ khờ.)</i>			
• Một thành phần của vắc xin COVID-19 bao gồm một trong những thành phần sau:			
o Polyethylene glycol (PEG), được tìm thấy trong một số loại thuốc, chẳng hạn như thuốc nhuận tràng và các chế phẩm cho quy trình nội soi đại tràng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Polysorbate, được tìm thấy trong một số vắc xin, viên nén bao phim và steroid tiêm tĩnh mạch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Một liều vắc xin COVID-19 trước đó.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Bạn đã bao giờ bị phản ứng dị ứng với một loại vắc-xin khác (không phải vắc-xin COVID-19) hoặc thuốc tiêm chưa?</b> <i>(Sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến bạn phải đến bệnh viện. Cũng sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng gây phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp, bao gồm cả thờ khờ khờ.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Chọn tất cả các câu phù hợp với bạn:</b>			
<input type="checkbox"/> Là nữ từ 18 đến 49 tuổi			
<input type="checkbox"/> Nam từ 12 đến 29 tuổi			
<input type="checkbox"/> Có tiền sử viêm cơ tim hoặc viêm màng ngoài tim			
<input type="checkbox"/> Có phản ứng dị ứng nghiêm trọng với thứ gì đó không phải là vắc-xin hoặc liệu pháp tiêm như dị ứng thức ăn, vật nuôi, nọc độc, môi trường hoặc thuốc uống			
<input type="checkbox"/> Bị nhiễm COVID-19 và được điều trị bằng kháng thể đơn dòng hoặc huyết thanh dưỡng bệnh			
<input type="checkbox"/> Được chẩn đoán mắc Hội chứng Viêm đa hệ (MIS-C hoặc MIS-A) sau khi nhiễm COVID-19			
<input type="checkbox"/> Có hệ thống miễn dịch suy yếu (ví dụ, nhiễm HIV, ung thư) hoặc dùng thuốc hoặc liệu pháp ức chế miễn dịch			
<input type="checkbox"/> Bị rối loạn chảy máu			
<input type="checkbox"/> Dùng thuốc chống đông máu			
<input type="checkbox"/> Có tiền sử giảm tiểu cầu do heparin (HIT)			
<input type="checkbox"/> Hiện đang mang thai hoặc đang cho con bú			
<input type="checkbox"/> Đã được tiêm chất làm đầy da			
<input type="checkbox"/> Tiền sử Hội chứng Guillain-Barré (GBS)			

Biểu mẫu được xem xét bởi \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_

Seattle Cancer Care Alliance  
1354 Aloha St. Seattle, WA 98109

## Lời cảm ơn của bệnh nhân về vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19

Tên bệnh nhân (Họ, Tên): \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Điện thoại di động: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip: \_\_\_\_\_

Thông tin được thu thập trong phần này giúp đảm bảo chúng tôi cung cấp dịch vụ chăm sóc công bằng và lấy bệnh nhân làm trung tâm:  
Giới tính được liệt kê khi sinh (đánh dấu vào một):

Nam giới:  Giỏi cái:

Gender identity (check one):

Nam giới:  Giỏi cái:  Không nhị phân  Không xác định:

Dân tộc (Chọn một):

Tây Ban Nha hoặc La tinh (Bao gồm tiếng Tây Ban Nha, Mexico, Puerto Rico, Cuba, v.v. <input type="checkbox"/>	Không phải gốc Tây Ban Nha Một người không có nguồn gốc hoặc văn hóa Tây Ban Nha <input type="checkbox"/>
---	---

Chủng tộc: (Đánh dấu vào tất cả các câu phù hợp):

Châu Á <input type="checkbox"/> trắng <input type="checkbox"/>	Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska <input type="checkbox"/>	Người Hawaii hoặc Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/>
---	---	---

### Sự nhìn nhận:

- Tôi đã lựa chọn chủng ngừa COVID-19 một cách tự do và tự nguyện. Tôi biết tôi có quyền từ chối vắc xin. Tôi yêu cầu rằng vắc-xin được tiêm cho tôi hoặc cho người có tên ở trên mà tôi có thể đưa ra yêu cầu này. Tôi đã được cung cấp (Tờ thông tin cho Người nhận và Người chăm sóc Thuốc chủng ngừa) cho thuốc chủng ngừa này. Tôi đã đọc hoặc đã đọc cho tôi nghe thông tin được cung cấp về thuốc chủng ngừa COVID-19.
- Tôi biết Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) đã cho phép sử dụng khẩn cấp vắc-xin này. Tôi biết đó không phải là vắc xin được FDA cấp phép đầy đủ. Tôi đã có cơ hội để hỏi những câu hỏi đã được giải đáp cho sự hài lòng của tôi. Bây giờ tôi biết về vắc-xin, các lựa chọn thay thế, lợi ích và rủi ro, trong phạm vi chúng tôi được biết và chưa biết tại thời điểm này.
- Tôi biết rằng tôi phải ở trong khu vực tiêm vắc xin hoặc khu vực được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi thông báo cho tôi sau khi tôi nhận được chủng ngừa, vì vậy tôi ở gần nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình nếu tôi có bất kỳ phản ứng bất lợi nào .. Nếu tôi có tiền sử dị ứng nghiêm trọng phản ứng, (ví dụ như sốc phản vệ), tôi phải ở lại trong 30 phút. Nếu tôi không có tiền sử phản ứng dị ứng nghiêm trọng, tôi phải ở lại trong 15 phút.
- Tôi biết rằng nếu tôi bị phản ứng dị ứng nghiêm trọng, bao gồm khó thở, sưng mắt và / hoặc cổ họng, tim đập nhanh, phát ban nặng khắp cơ thể hoặc chóng mặt và suy nhược, tôi nên gọi số 9-1-1 hoặc đi đến bệnh viện gần nhất. Tôi biết tôi có thể gọi cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình nếu tôi có bất kỳ tác dụng phụ nào làm phiền tôi hoặc không biến mất.
- Tôi được yêu cầu tham gia chương trình V-SAFE. Chương trình kiểm tra sức khỏe những người được chủng ngừa COVID-19. Tôi biết tôi nên báo cáo các tác dụng phụ của vắc xin cho FDA / CDC Hệ thống Báo cáo Sự kiện Có hại của Vắc xin (VAERS) theo số 1-800-822-7967 hoặc <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>.
- Tôi biết tôi phải tiêm hai liều vắc-xin COVID-19 và nhận cùng một loại vắc-xin mỗi lần. Tôi biết rằng với tất cả các loại vắc-xin, không có lời hứa nào là tôi sẽ trở nên miễn dịch (không bị nhiễm vi-rút) hoặc tôi sẽ không bị các phản ứng phụ. Tôi biết tôi có thể chọn không tiêm liều thứ hai của vắc-xin. Nhưng nếu tôi không tiêm liều thứ hai, cơ hội miễn dịch của tôi có thể giảm xuống.

**Tiết lộ Hồ sơ:** Tôi hiểu rằng tổ chức cung cấp vắc xin của tôi có thể được yêu cầu hoặc có thể tự nguyện tiết lộ thông tin sức khỏe liên quan đến vắc xin của tôi cho bác sĩ chăm sóc chính, chương trình bảo hiểm của tôi, hệ thống y tế và bệnh viện cũng như cơ quan đăng ký tiểu bang hoặc liên bang hoặc các cơ quan y tế công cộng khác, vì mục đích điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe. Tôi cũng hiểu tổ chức cung cấp vắc xin của tôi sẽ sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi như được mô tả trong Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư mà tôi có thể nhận được theo yêu cầu hoặc tìm thấy trên trang web của tổ chức đó.

Bệnh nhân (hoặc Cha mẹ / Người giám hộ / Người đại diện được ủy quyền) Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Tên của cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện được ủy quyền: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Nếu bạn ký thay mặt cho bệnh nhân, bạn nói rằng bạn được ủy quyền để thay mặt bệnh nhân đưa ra các quyết định cần thiết.