|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Имя: | | Дата рождения: | | Возраст: | | Предпочтительный язык: | | | |
| У Вас есть медицинская страховка? Да  Нет  Если да:  государственная  частная | | Пол:  муж.  жен. небинарная гендерная идентичность  трансгендер предпочитаю не указывать другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Раса:  американский индеец или коренной житель Аляски  азиат  коренной житель Гавайских или других тихоокеанских островов | | | чернокожий или афроамериканец  европеоид  другая раса | | Этническая принадлежность:  испанская/латиноамериканская  неиспанская/нелатиноамериканская | | | | |
| Адрес: | | Город/индекс | | Телефон: | | | | | |
| ***Ответьте на следующие вопросы касательно указанного выше лица.*** | | | | | | **Да** | **Нет** |
| 1. Вы когда-нибудь проходили вакцинацию от COVID-19?   *Если да, требуются соответствующие документы***.** | | | | | |  |  |
| 1. Были ли у Вас за последние 10 дней лихорадка, озноб, кашель, одышка, затрудненное дыхание, усталость, мышечные или телесные боли, головная боль, новая потеря вкуса или запаха, боль в горле, заложенность носа или насморк, тошнота, рвота или диарея? | | | | | |  |  |
| 1. Вам было рекомендовано изолироваться или соблюдать карантин за последние 10 дней? | | | | | |  |  |
| 1. Наблюдается ли у Вас иммуносупрессия средней или высокой степени выраженности? | | | | | |  |  |
| 1. У Вас когда-нибудь была сильная аллергическая реакция (например, анафилаксия)? Например, реакция, при которой Вы лечились с эпинефрином или ЭпиПеном, или были госпитализированы. | | | | | |  |  |
| 1. У Вас когда-нибудь была аллергическая реакция на вакцину от COVID-19? Например, были ли у вас сыпь, отёк или хрипы в течение 4 часов после вакцинации? | | | | | |  |  |
| 1. У вас были случаи миокардита или перикардита? | | | | | |  |  |
| 1. Вы получали пассивную терапию антителами за последние 90 дней? | | | | | |  |  |
| **ДЛЯ ЛИЦ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВАКЦИНУ В ВОЗРАСТЕ <18 ЛЕТ, ОПЕКУНЫ ДОЛЖНЫ УКАЗАТЬ ОДИН ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ ВАРИАНТОВ:**  Мой ребенок **может быть привит без** моего присутствия.  Мой ребенок **не может быть привит без** моего присутствия.  **СОГЛАСИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ**   * Мне была предоставлена копия бюллетеня о разрешении на использование в чрезвычайных ситуациях,ситуациях (EUA), которую я прочитал(-а) или о содержании которого мне было рассказано, и я понимаю преимущества и риски вакцины от COVID-19. * Я понимаю, что запись о вакцинации будет введена в информационную систему по иммунизации штата Мэн, ImmPact. * Я понимаю, что мне рекомендовано не покидать место как минимум в течение 15 минут после введения вакцины. * **Ставя свою подпись ниже, я даю разрешение ввести вакцину от COVID-19 указанному выше лицу.**   X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись опекуна лица, подлежащего вакцинации, или подпись взрослого лица, подлежащего вакцинации  X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись переводчика | | | | | | | |

***A picture containing logo

Description automatically generated***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ:** | | | | | | | | | |
| **Доза** | **Дата введения дозы** | **Производитель вакцины** | **Номер партии** | **Объем дозы** | **Подпись и данные работника, проводящего вакцинацию** | | **Место укола -**  **Дельтовидная мышца** | **Путь поступления в организм** | **Дата EUA** | |
| Доза 1  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Доза 2  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Доза 3  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | / / |  |  |  |  | | Слева  Справа | внутримышечный |  | |
| Карта о вакцинации от COVID-19 заполнена:  Да  Нет | | | | | Температура: | | | | |