



Государственное учреждение здравоохранения ЦКЗ штата Мэн
ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ – Вакцина COVID-19
Ответьте на следующие вопросы касательно лица, проходящего вакцинацию.

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		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? <i>Если да, требуются соответствующие документы.</i>	☐	☐
2. 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?	☐	☐
3. Вам было рекомендовано изолироваться или соблюдать карантин за последние 10 дней?	☐	☐
4. Наблюдается ли у Вас иммуносупрессия средней или высокой степени выраженности?	☐	☐
5. У Вас когда-нибудь была сильная аллергическая реакция (например, анафилаксия)? Например, реакция, при которой Вы лечились с эпинефрином или ЭпиПеном, или были госпитализированы.	☐	☐
6. 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?	☐	☐
7. У вас были случаи миокардита или перикардита?	☐	☐
8. 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

Государственное учреждение здравоохранения ЦКЗ штата Мэн
ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ – Вакцина COVID-19
 Ответьте на следующие вопросы касательно лица, проходящего вакцинацию.

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 ____/____/____	/ /					Слева Справа	☐ внутри мышечный	
Доза 2 ____/____/____								
Доза 3 ____/____/____								
Карта о вакцинации от COVID-19 заполнена: ☐ Да ☐ Нет						Температура:		