**Đơn Chấp Thuận Tiêm Chủng Ngừa COVID-19**

**Thông tin của bệnh nhân:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Họ**  | **Ngày Sinh** | **Giới tính**  | **Chủng tộc** | **Dân tộc** |
| **Tên**  | **Tên Lót** | **Tên Mẹ thời con gái:**  |
| **Đia Chỉ**  |
| **Thành phố** | **Tiểu bang** | **Số Mã Vùng** | **Số Điện Thoại** |
| **Tên Bác Sĩ Gia Đình:**  |
| **Tên người để liên lạc trong trường hợp khẩn cấp: Quan hệ: Số điện thoại:**  |

**Danh mục kiểm tra sàng lọc:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hỏi kiểm tra** | **Có** | **Không** | **Không biết** |
| 1. **Hôm nay quý vị có bị ốm không?**
 |  |  |  |
| 1. **Quý vị đã được tiêm chủng ngừa COVID-19 chưa?**
 |  |  |  |
| * Nếu quý vị đã có tiêm thuốc chủng ngừa trước đâ:
	+ Do nhà sản xuất thuốc chủng ngừa nào (Pfizer, Moderna): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Ngày của liều đầu tiên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 1. **Quý vị có từng bị dị ứng sau khi tiêm thuốc chủng ngừa trước đây không:** (Phản ứng nghiêm trọng (ví dụ như sốc phản vệ) mà cần điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen, hoặc khiến quý vị cần đến bệnh viện. Bao gồm những phản ứng xảy ra trong vòng 4 tiếng như: mẩn ngứa ( nổi mề đay), sưng tấy hoặc suy hô hấp, thở khò khè)
 |
| * **Quý vị có từng bị dị ứng với polyethylene glycol (PEG) là một thành phần của thuốc chủng ngừa COVID-19, hợp chất này cũng được tìm thấy trong một số thuốc nhuận tràng và chế phẩm cho quy trình nội soi?**
 |  |  |  |
| * **Quý vị có bị dị ứng với Polysorbate?**
 |  |  |  |
| * **Quý vị có bị dị ứng với thuốc chủng ngừa COVID-19 được tiêm trước đây không?**
 |  |  |  |
| 1. **Quý vị có từng bị dị ứng với bất cứ loại thuốc tiêm hay thuốc chủng ngừa nào không (không phải thuốc chủng ngừa COVID-19)?** (Phản ứng nghiêm trọng (ví dụ như sốc phản vệ) mà cần điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen, hoặc khiến quý vị cần đến bệnh viện. Bao gồm những phản ứng xảy ra trong vòng 4 tiếng như: mẩn ngứa ( nổi mề đay), sưng tấy hoặc suy hô hấp, thở khò khè)
 |  |  |  |
| 1. **Quý vị từng có phản ứng nghiêm trọng (ví dụ như sốc phản vệ) với thứ gì đó không phải là thành phần của thuốc chủng ngừa COVID-19, ví dụ như polysorbate, hoặc bất kỳ loại thuốc chủng ngừa hay thuốc tiêm nào không?** Điều nầy bao gồm dị ứng thức ăn, thú vật nuôi, môi trường hoặc thuốc uống.
 |  |  |  |
| 1. **Quý vị có tiêm bất kỳ loại thuốc chủng ngừa nào trong vòng 14 ngày qua không?**
 |  |  |  |
| 1. **Quý vị đã có kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19 hoặc có nhà chuyên gia chăm sóc sức khỏe nói quý vị bị dương tính với COVID-19 chưa?**
 |  |  |  |
| 1. **Quý vị đã nhận được kháng thể thụ động ( kháng thể đơn dòng hoặc huyết thanh dưỡng bệnh) để điều trị COVID-19 chưa?**Lưu ý: kháng thể không bao gồm kháng sinh từ sự kê đơn toa thuốc cho quý vị và mua từ tại tiệm thuốc tây
 |  |  |  |
| 1. **Quý vị có hệ thống miễn dịch yếu do bị nhiễm HIV, có bệnh ung thư, hoặc dùng các loại thuốc hay các điều trị để ức chế miễn dịch không?**
 |  |  |  |
| 1. **Quý vị có bị rối loạn chảy máu hay dùng thuốc làm loãng máu?**
 |  |  |  |
| 1. **Quý vị có đang mang thai hoặc đang cho con bú sữa mẹ ?**
 |  |  |  |

**Xin đánh dấu vào ô bên dưới sau khi đọc và ký tên:**

* Tôi hiểu những lợi ích và rủi ro của thuốc chủng ngừa COVID-19 như được mô tả trong thông tin cho phép sử dụng khẩn cấp (EUA) (nhấn vào tờ thông tin [here](https://www.modernatx.com/covid19vaccine-eua/eua-fact-sheet-recipients.pdf) của Moderna), một bản sao cũng được cung cấp cho tôi với tờ thông tin tiêm thuốc chủng ngừa nầy. Tôi đã có cơ hội để hỏi và được giải đáp hài lòng. Tôi yêu cầu tiêm thuốc chủng ngừa cho tôi hoặc cho người có tên ở trên, một trẻ vị thành niên mà tôi đại diện đã được ủy quyền ký vào đơn Chấp Thuận Tiêm Chủng Ngừa.
* Tôi hiểu rằng trong thời điểm nầy, thuốc chủng ngừa COVID-19 yêu cầu cần tiêm 2 liều cách nhau 21-28 ngày tùy thuộc vào nhà sản xuất. Nếu đây là liều thứ 2, tôi sẽ mang theo thẻ tiêm chủng để được ghi xác nhận hoàn thành.
* Tôi đồng ý ở lại nơi được nhận tiêm chủng trong 15 phút hoặc lâu hơn nếu được người tiêm chủng ngừa chỉ định sau khi tôi được tiêm chủng ngừa để đảm bảo không có hiệu ứng bất lợi nào xảy ra.
* Tôi hiểu rằng tôi sẽ được chủng ngừa miễn phí.
* **Nếu có bảo hiểm**, xin quí vị **vui lòng mang theo ID và thẻ bảo hiểm** y tế cho buổi hẹn. Tôi ủy quyền cho nhà thuốc tây thay mặt tôi gửi hóa đơn bảo hiểm của tôi cho việc chủng ngừa - hiểu rằng tôi sẽ không phải chịu bất kỳ chi phí nào.
* **Nếu không có bảo hiểm**, quý vị phải đánh dấu vào ô kế bên để chứng thực rằng thông tin sau là đúng và chính xác:

Tôi không có bất kỳ bảo hiểm nào, bao gồm nhưng không giới hạn, Medicare, Medicaid, hoặc bất kỳ chương trình phúc lợi tư nhân hoặc chính phủ nào khác.

 Đối với **bệnh nhân không có bảo hiểm**, xin vui lòng chọn ít nhất một trong một những giấy dưới đây và mang theo tới buổi hẹn.

 *Điều nầy cần thiết để chương trình tiêm chủng ngừa COVID-19 được thanh toán bởi dịch vụ y tế Hoa Kỳ.*

Pharmacy Use for Insurance Information

* Thẻ An Sinh Xã Hội
* Thẻ Tiểu Bang
* Bằng lái xe

**Chữ ký của người nhận thuốc tiêm chủng & tờ thông tin EUA/VIS (hoặc chữ ký của cha/mẹ/người giám hộ nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi):**

**Ký tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***\*\*Pharmacy use ONLY\*\****

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccine** | **Dose** | **Route** | **Date Dose Administered** | **Vaccine Manufacturer** | **Lot Number** | **Expiration Date** | **Name of Vaccine Administrator** |
| COVID-19 | * 1st Dose
* 2nd Dose
 | * IM - L Arm
* IM - R Arm
 |   | * Moderna
* Pfizer
 |  |  |  |
| COVID-19 | * 1st Dose
* 2nd Dose
 | * IM - L Arm
* IM - R Arm
 |   | * Moderna
* Pfizer
 |  |  |  |

 **Pharmacist** **Name** who reviewed this form: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Pharmacist** **Signature**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 If **certified vaccinator** is different than the pharmacist who reviewed the form:

 **Name**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Signature**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_