

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）疫苗接种

第 1 页，共 1 页

- I. **疫苗程序的描述、目的和预期获益。** 我了解，我将通过针头注射接种疫苗，这是为了降低我因 COVID-19 感染而生病的可能性。COVID-19 感染可能引起严重的、危及生命的并发症。根据特定的 COVID-19 疫苗，我可能需要接受一次或两次注射，以及定期进行加强注射。我同意在接种疫苗后至少在接种地点停留 15 分钟，这样如果我对疫苗产生不良反应，我就可以得到护理。
- II. **与注射程序相关的潜在风险和限制。** 我了解，我可能会在注射部位出现酸痛、发红和/或肿胀的症状。食品与药物管理局（Food and Drug Administration, FDA）紧急使用许可（Emergency Use Authorization, EUA）情况说明书中描述了疫苗的其他重大已知和潜在风险和获益，以及这些风险和获益未知的程度。我已经收到并阅读了疫苗的情况说明书和疫苗接种前检查表。如果我对该程序有任何其他的疑问，我将在接种疫苗前询问他们。目前尚不清楚这种疫苗的任何潜在获益能持续多久，也不清楚它是否能有效抵抗变异的 COVID-19 病毒。我了解，我可能仍然会感染 COVID-19，并可能将病毒传染给其他人。**因此，即使接种疫苗也需要佩戴口罩、保持社交距离以及洗手。**
- III. **替代治疗。** 我了解，我可以拒绝接种 COVID-19 疫苗。目前除了佩戴口罩、保持社交距离以及洗手之外，尚无已知有效的替代方法来预防 COVID-19 感染。

IV. **注意事项/禁忌症** 根据您的回答，您可能无疫苗接种的指征。

今天是否发烧或感觉不适？	<input type="checkbox"/> 否 或 <input type="checkbox"/> 是 - 如果是，则推迟到感觉好转后再接种。
是否对该疫苗的任何成分有过敏反应史（如过敏反应、荨麻疹、瘙痒）病史？	<input type="checkbox"/> 否 或 <input type="checkbox"/> 是 - 如果是，则停止接种，不得接种。
是否对另一种疫苗有任何速发型过敏反应史？	<input type="checkbox"/> 否 或 <input type="checkbox"/> 是 - 如果是，则咨询医生并考虑推迟疫苗接种。
是否对注射治疗或静脉注射（Injection Of Vein, IV）造影剂有任何速发型过敏反应史？	<input type="checkbox"/> 否 或 <input type="checkbox"/> 是 - 如果是，则咨询医生并考虑推迟疫苗接种。
是否有过敏性反应史？	<input type="checkbox"/> 否 或 <input type="checkbox"/> 是 - 如果是，则接种后观察 30 分钟。

- V. **健康信息的使用。** 我了解，本次疫苗接种和定期加强剂量的记录将报告给州属和/或联邦监管机构。我授权与我的初级保健医生共享我的 COVID-19 疫苗记录；并出于支付、护理质量、患者安全性和研究目的而使用或共享。如果我目前受雇于 MaineHealth，我进一步授权 MaineHealth 作为医疗保健提供者向 MaineHealth 的员工健康服务部提供有关此疫苗接种和任何加强剂量的记录，并查阅州属 ImmPact 数据库中可获取的免疫接种信息。否则，信息将按照“MaineHealth 健康信息隐私惯例通知”进行处理，此通知可在 <https://www.mainehealth.org/-/media/Maine-Medical-Center/Files/Psychiatry/Notice-Privacy-Practices-2017.pdf> 网站上在线获取，也可应要求提供打印副本。
- VI. **电话联系。** 我同意 MaineHealth 或它的代理人通过电话（手机或固定电话）、短信或语音信息（按先前提供的电话号码）与我联系。本同意书适用于代表我行事的人员。

紧急联系人姓名：_____ 紧急联系人电话号码：_____

_____ X _____
 日期 时间 上午|下午 签名 患者 父母 监护人 授权代表 正楷书写姓名
 如果通过电话获得同意，给出同意者为： 父母 其他 _____ 电话号码 _____

_____ X _____
 日期 时间 上午|下午 见证人签名（针对电话同意或当患者因身体条件无法签字时） 正楷书写姓名
 翻译者给予： 手语 外语 其他 _____ 正楷书写姓名或身份识别信息 _____

_____ X _____
 日期 时间 24 小时制 医生或指定人员签名 正楷书写姓名

仅供工作人员使用：

患者对疫苗立即产生不良反应。 患者对疫苗没有立即产生不良反应。