

**ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ COVID-19**

Стр. 1 из 1

- I. **ОПИСАНИЕ, ЦЕЛЬ И ОЖИДАЕМАЯ ПОЛЬЗА ОТ ПРОЦЕДУРЫ ВАКЦИНАЦИИ.** Я понимаю, что я получу вакцину путем инъекции, которая предназначена для уменьшения вероятности заболевания инфекцией COVID-19. Инфекции COVID-19 могут иметь серьезные, опасные для жизни осложнения. В зависимости от конкретной вакцины против COVID-19 мне может потребоваться одна или две инъекции и периодические бустер-инъекции. Я согласен (согласна) оставаться в месте проведения вакцинации в течение как минимум 15 минут после введения вакцины, чтобы мне могли оказать помощь, если у меня возникнет побочная реакция на вакцину.
- II. **ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ РИСКИ И ОГРАНИЧЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПРОЦЕДУРОЙ.** Я понимаю, что у меня могут возникнуть болезненные ощущения, покраснение и/или припухлость в месте инъекции. Другие важные известные и потенциальные риски и преимущества вакцины, а также в какой степени такие риски и преимущества неизвестны, описаны в Информационном бюллетене FDA (Food and Drug Administration) о разрешении на экстренное применение (Emergency Use Authorization, EUA). Я получил(-а) и прочитал(-а) информационный бюллетень и контрольный список для подготовки к вакцинации. Если у меня возникнут дополнительные вопросы по поводу процедуры вакцинации, я задам их перед вакцинацией. Неясно, как долго может длиться потенциальная польза от вакцины; или будет ли она эффективна против мутирующих форм вируса COVID-19. Я понимаю, что я всё равно могу заболеть COVID-19 и могу передать вирус другим людям. **Поэтому вакцинация не исключает необходимости ношения маски, социального дистанцирования и гигиены рук.**
- III. **АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ.** Я понимаю, что могу отказаться от вакцины против COVID-19. В настоящее время нет известных эффективных альтернатив для предотвращения заражения COVID-19, кроме ношения маски, социального дистанцирования и гигиены рук.
- IV. **МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ/ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ** *Вакцина может быть противопоказана в зависимости от ваших ответов.*

Повышенная температура или плохое самочувствие сегодня?	<input type="checkbox"/> Нет или <input type="checkbox"/> Да – если «да», отложите вакцинацию, пока не почувствуете себя лучше.
Были ли в анамнезе аллергические реакции (например, анафилаксия, крапивница, зуд) на какой-либо из компонентов этой вакцины?	<input type="checkbox"/> Нет или <input type="checkbox"/> Да – если «да», НЕ проходите вакцинацию.
Была ли в анамнезе какая-либо немедленная аллергическая реакция на другую вакцину?	<input type="checkbox"/> Нет или <input type="checkbox"/> Да – если «да», проконсультируйтесь с врачом и рассмотрите возможность отложить вакцинацию.
Была ли в анамнезе какая-либо немедленная аллергическая реакция на инъекционную терапию или внутривенное введение контрастного вещества?	<input type="checkbox"/> Нет или <input type="checkbox"/> Да – если «да», проконсультируйтесь с врачом и рассмотрите возможность отложить вакцинацию.
Анафилактическая реакция в анамнезе?	<input type="checkbox"/> Нет или <input type="checkbox"/> Да – если «да», наблюдать в течение 30 минут.

- V. **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ.** Я понимаю, что записи о введении этой вакцины и периодических бустерных доз будут переданы в регулирующие органы штата и/или федеральные регулирующие органы. Я разрешаю передавать информацию о моей вакцинации против COVID-19 своему терапевту; а также для использования или совместного использования для оплаты, обеспечения качества обслуживания, безопасности пациентов и исследовательских целей. Если я в данный момент работаю в компании MaineHealth, то я также разрешаю компании MaineHealth в качестве поставщика медицинских услуг предоставлять сведения об этом введении вакцины и любых бустерных дозах в отдел медицинского обслуживания сотрудников компании MaineHealth, а также получать доступ к имеющейся информации об иммунизации в базе данных ImmPact штата. В противном случае информация будет обрабатываться в соответствии с Уведомлением о правилах соблюдения конфиденциальности медицинской информации MaineHealth, доступным на сайте <https://www.mainehealth.org/-/media/Maine-Medical-Center/Files/Psychiatry/Notice-Privacy-Practices-2017.pdf>, с печатными копиями также доступными по запросу.
- VI. **ТЕЛЕФОННЫЙ КОНТАКТ.** Я даю согласие, чтобы компания MaineHealth или ее представители связывались со мной по телефону (сотовому или стационарному), с помощью текстовых или голосовых сообщений по ранее указанному номеру телефона. Это согласие распространяется на тех лиц, которые действуют от моего имени.

**Ф.И.О. контактного лица для экстренной связи:** \_\_\_\_\_ **Номер телефона контактного лица для экстренной связи:** \_\_\_\_\_

**X**

Дата \_\_\_\_\_ Время AM|PM \_\_\_\_\_ Подпись  Пациент  Родитель  Опекун  Уполномоченный представитель \_\_\_\_\_ Ф.И.О. печатными буквами \_\_\_\_\_

Если по телефону, согласие предоставлено:  Пациентом  Другим лицом \_\_\_\_\_ Номер телефона \_\_\_\_\_

**X**

Дата \_\_\_\_\_ Время AM|PM \_\_\_\_\_ Подпись свидетеля (в случае согласия по телефону или если пациент не в состоянии поставить подпись) \_\_\_\_\_ Ф.И.О. печатными буквами \_\_\_\_\_

Переводчик для:  Языка жестов  Иностранного языка  Другого \_\_\_\_\_ Ф.И.О. или идентифицирующая информация печатными буквами \_\_\_\_\_

**X**

Дата \_\_\_\_\_ Время в 24-часовом формате \_\_\_\_\_ Подпись врача или уполномоченного лица \_\_\_\_\_ Ф.И.О. печатными буквами \_\_\_\_\_

**Только для персонала:**

У пациента **была** немедленная побочная реакция на вакцину.  У пациента **не было** немедленной побочной реакции на вакцину.