

CHÍCH VẮC-XIN NGỪA COVID-19

Trang 1 / 1

- I. **MÔ TẢ, MỤC ĐÍCH VÀ LỢI ÍCH TIỀM ẨN CỦA QUY TRÌNH CHÍCH NGỪA VẮC-XIN.** Tôi hiểu rằng tôi sẽ được chích một loại vắc-xin nhằm mục đích giảm khả năng bị bệnh do nhiễm COVID-19. Nhiễm COVID-19 có thể gây ra những biến chứng nghiêm trọng, đe dọa tính mạng. Tùy thuộc vào loại vắc-xin ngừa COVID-19 cụ thể, tôi có thể cần chích một hoặc hai mũi và mũi tăng cường định kỳ. Tôi đồng ý ở lại địa điểm chích ngừa ít nhất 15 phút sau khi chích vắc-xin để được kiểm tra nếu tôi có phản ứng bất lợi với vắc-xin.
- II. **NGUY CƠ TIỀM ẨN VÀ HẠN CHẾ LIÊN QUAN ĐẾN QUY TRÌNH NÀY.** Tôi hiểu rằng tôi có thể bị đau nhức, mẩn đỏ và/hoặc sưng tấy tại vị trí chích. Các nguy cơ và lợi ích đáng kể khác đã biết và tiềm ẩn của vắc-xin cũng như mức độ nguy cơ và lợi ích đó chưa được biết đến, được mô tả trong Tờ Thông Tin của Giấy Cho Phép Sử Dụng Khẩn Cấp (Emergency Use Authorization, EUA) của FDA (Food and Drug Administration). Tôi đã nhận và đọc Tờ Thông Tin và danh sách kiểm tra trước khi chủng ngừa vắc-xin. Nếu tôi có bất kỳ thắc mắc nào khác về quy trình này, tôi sẽ hỏi họ trước khi tiêm phòng. Không rõ lợi ích tiềm ẩn của vắc-xin có thể kéo dài bao lâu; hoặc liệu vắc-xin có hiệu quả chống lại các biến thể của vi-rút COVID-19 hay không. Tôi hiểu rằng tôi vẫn có thể bị bệnh do COVID-19 và có thể truyền vi-rút cho những người khác. **Vi lý do này, vắc-xin không loại bỏ việc thực hiện các yêu cầu đeo khẩu trang, giãn cách xã hội và vệ sinh tay.**
- III. **CÁC LỰA CHỌN ĐIỀU TRỊ THAY THẾ.** Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối chủng ngừa vắc-xin COVID-19. Hiện tại không có lựa chọn thay thế hiệu quả nào được biết đến để ngăn ngừa nhiễm COVID-19, ngoài việc đeo khẩu trang, giãn cách xã hội và vệ sinh tay.
- IV. **BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA/CHỐNG CHỈ ĐỊNH** Quý vị có thể không được chỉ định chích ngừa vắc-xin tùy thuộc vào các câu trả lời của quý vị.

Quý vị bị sốt hoặc cảm thấy ốm mệt hôm nay?	<input type="checkbox"/> Không hoặc <input type="checkbox"/> Có – nếu có, quý vị hãy hoãn chích ngừa đến khi cảm thấy khỏe hơn.
Quý vị có tiền sử có phản ứng dị ứng (ví dụ: sốc phản vệ, nổi mề đay, ngứa) với bất kỳ thành phần nào của vắc-xin này không?	<input type="checkbox"/> Không hoặc <input type="checkbox"/> Có – nếu có, DỪNG hoặc KHÔNG chích ngừa.
Quý vị có tiền sử có bất kỳ phản ứng dị ứng tức thời nào với vắc-xin khác không?	<input type="checkbox"/> Không hoặc <input type="checkbox"/> Có – nếu có, hãy tham khảo ý kiến bác sĩ và xem xét hoãn chủng ngừa.
Quý vị có tiền sử có bất kỳ phản ứng dị ứng tức thời nào với liệu pháp chích hoặc thuốc cản quang qua đường tĩnh mạch không?	<input type="checkbox"/> Không hoặc <input type="checkbox"/> Có – nếu có, hãy tham khảo ý kiến bác sĩ và xem xét hoãn chủng ngừa.
Quý vị có tiền sử sốc phản vệ không?	<input type="checkbox"/> Không hoặc <input type="checkbox"/> Có – nếu có, hãy quan sát trong 30 phút.

- V. **SỬ DỤNG THÔNG TIN SỨC KHỎE.** Tôi hiểu rằng hồ sơ về việc chích vắc-xin này và các mũi tăng cường định kỳ sẽ được báo cáo cho các cơ quan quản lý của tiểu bang và/hoặc liên bang. Tôi cho phép chia sẻ hồ sơ chích ngừa vắc-xin COVID-19 của tôi với bác sĩ chăm sóc chính của tôi; và được sử dụng hoặc chia sẻ cho mục đích thanh toán, chất lượng chăm sóc, an toàn cho bệnh nhân và mục đích nghiên cứu. Nếu tôi hiện đang làm việc cho MaineHealth, tôi ủy quyền cho MaineHealth với tư cách là nhà cung cấp dịch vụ y tế, cung cấp hồ sơ liên quan đến việc chích vắc-xin này và mũi tăng cường cho Phòng Dịch Vụ Y Tế Nhân Viên của MaineHealth và truy cập thông tin chủng ngừa hiện có trong cơ sở dữ liệu ImmPact của tiểu bang. Nếu không, thông tin sẽ được xử lý theo Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư về Thông Tin Y Tế của MaineHealth, có sẵn trực tuyến tại <https://www.mainehealth.org/-/media/Maine-Medical-Center/Files/Psychiatry/Notice-Privacy-Practices-2017.pdf>. Ngoài ra, bản in của thông báo cũng được cung cấp theo yêu cầu.
- VI. **LIÊN HỆ QUA ĐIỆN THOẠI.** Tôi đồng ý cho phép MaineHealth hoặc các đại lý của MaineHealth liên hệ qua điện thoại (di động hoặc điện thoại cố định), tin nhắn văn bản hoặc tin nhắn thoại theo số điện thoại đã cung cấp trước đó. Chấp thuận này cũng áp dụng cho những cá nhân đang hành động thay mặt tôi.

Họ tên của Người liên hệ trong tình huống khẩn cấp: _____ Số điện thoại của Người liên hệ trong tình huống khẩn cấp: _____

Ngày _____ Giờ: Sáng/Chiều _____ Chữ ký Bệnh nhân Cha/Mẹ Người giám hộ Người đại diện được ủy quyền _____ Họ tên viết in hoa _____

Nếu lấy qua điện thoại, chấp thuận chích ngừa được cung cấp bởi: Bệnh nhân Người khác _____ Số điện thoại _____

Ngày Giờ: Sáng/Chiều **X** _____
Chữ ký của Nhân chứng (Đối với chấp thuận chích ngừa lấy qua điện thoại hoặc khi bệnh nhân không thể ký tên) Họ tên viết in hoa

Thông dịch viên cho: Ngôn ngữ ký hiệu Tiếng nước ngoài Khác _____ Họ tên viết in hoa hoặc thông tin định danh _____

Ngày Giờ: 24 Giờ **X** _____
Chữ ký của Bác sĩ hoặc Người được chỉ định Họ tên viết in hoa

Chỉ Dành cho Nhân viên:

Bệnh nhân có phản ứng bất lợi ngay lập tức với vắc-xin. Bệnh nhân **không** có phản ứng bất lợi ngay lập tức với vắc-xin.