

MẪU ĐỒNG Ý VÀ BẢNG CÂU HỎI LÂM SÀNG COVID-19 CỦA HỌC KHU USD 259

THÔNG TIN NHÂN KHẨU HỌC					
Họ:		Tên:		Tên lót Viết tắt	
P.Huynh nếu dưới 18:		Ngày Sinh:		Tuổi: Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
Ch.Tộc: <input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản địa <input type="checkbox"/> Người Trung Đông <input type="checkbox"/> Người Đảo TBD <input type="checkbox"/> Da Trắng <input type="checkbox"/> Khác					
Mỹ La Tinh: Có KKhông		Số Điện Thoại:		Số ID của Nhiên/HSinh:	
Địa Chỉ:			Email:		
TP		T. Bang		Zip:	
<p align="center"><i>Những câu hỏi sau giúp chúng tôi xác định xem có lý do gì khiến bạn không nên chích ngừa COVID-19 hôm nay không. Nếu bạn trả lời "có" cho bất kỳ câu hỏi nào, điều đó không nhất thiết có nghĩa là bạn nên/không nên chích ngừa. Nó chỉ có nghĩa là có thể sẽ có thêm các câu hỏi bổ sung và bạn có thể cần thêm thời gian giám sát sau khi tiêm vắc xin. Nếu bạn có câu hỏi hoặc thắc mắc, vui lòng liên hệ với bác sĩ cá nhân của mình trước khi đến cuộc hẹn tiêm vắc xin COVID-19.</i></p>					
CÂU HỎI SÀNG LỌC VỀ HỆ THỐNG MIỄN DỊCH			CÓ	KHÔNG	
Bạn có đang bị bệnh từ vừa đến nặng và/hoặc bị sốt hôm nay không?					
Bạn đã được tiêm vắc xin COVID-19 chưa? Nếu có, loại vắc xin nào? Moderna Pfizer J&J					
Ngày Tiêm - Dose 1:			Dose 2:		
Hệ thống miễn dịch của bạn có bị suy giảm không? (nghĩa là ung thư/điều trị ung thư, điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch, các bệnh về hệ thống miễn dịch, HIV tiến triển hoặc chưa được điều trị)					
Bạn đã bao giờ có phản ứng dị ứng với: <ul style="list-style-type: none"> • Một thành phần của vắc xin COVID-19, bao gồm polyethylene glycol (PEG), được tìm thấy trong một số loại thuốc, chẳng hạn như thuốc nhuận tràng và các chế phẩm cho quy trình nội soi đại tràng • Polysorbate • Mũi vắc xin COVID-19 trước đó (Điều này sẽ bao gồm sốc phản vệ hoặc phản ứng nghiêm trọng khác cần phải điều trị bằng epinephrine hoặc khiến bạn phải đến bệnh viện hoặc phản ứng xảy ra trong vòng 4 giờ gây phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp / thở khó khè.) ** Nếu có, bạn không nên tiêm vắc xin này ** 					
Bạn đã bao giờ bị phản ứng dị ứng với một loại vắc-xin khác (ngoài COVID-19) hoặc thuốc tiêm chưa? (Điều này bao gồm sốc phản vệ hoặc phản ứng nghiêm trọng khác yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc khiến bạn phải đến bệnh viện, hoặc phản ứng xảy ra trong vòng 4 giờ gây phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp / thở khó khè.); HOẶC Bạn đã bao giờ có phản ứng dị ứng nghiêm trọng (tức là phản vệ) với thứ gì đó không phải là thành phần của vắc xin COVID-19, polysorbate, hoặc bất kỳ loại vắc xin hoặc thuốc tiêm nào chưa? Điều này bao gồm dị ứng vật nuôi, thức ăn, môi trường hoặc thuốc uống.					
Bạn có được điều trị liệu pháp kháng thể thụ động (kháng thể đơn dòng hoặc huyết thanh của người bệnh đang trong giai đoạn phục hồi) để điều trị COVID-19 trong vòng 90 ngày qua không? Nếu có, bạn sẽ phải đặt cuộc hẹn khác.					
Bạn có bị rối loạn chảy máu hay bạn đang dùng thuốc làm loãng máu?					
ĐỒNG Ý TIÊM VACCINE COVID-19 – Vui lòng viết in và ký tên/ghi ngày tháng vào bên dưới. MANG BẢN SAO ĐÃ IN ĐẾN CUỘC HẸN TIÊM VACCINE.					
Tôi, bằng cách này, cho phép phòng y tế vắc xin COVID-19 của học khu USD 259 chia sẻ thông tin này với các tổ chức y tế công cộng ở cấp địa phương, tiểu bang và liên bang vì mục đích đảm bảo tính hiệu quả và an toàn của thuốc. Tôi cũng cho phép phòng y tế vắc xin COVID-19 của học khu USD 259 chia sẻ thông tin này với Phòng HS/HR/EBIM. Bằng cách ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng tôi đã được cung cấp bản sao Tờ Thông tin Cho phép Sử dụng trong Trường hợp Khẩn cấp (được liên kết TẠI ĐÂY) và tôi đồng ý tiêm vắc xin COVID-19. <u>Sau khi sử dụng vắc-xin, tôi đồng ý rằng tôi sẽ tìm lời khuyên y tế, chăm sóc và điều trị từ nguồn chăm sóc sức khỏe thông thường của tôi nếu tôi có câu hỏi hoặc thắc mắc, có bất kỳ triệu chứng bệnh hoặc bị ốm, thì tôi sẽ gọi 911 trong trường hợp khẩn cấp.</u>					
Chữ Ký		Ngày:		Quan hệ: Bản thân Phụ huynh/Giám hộ	
CLINICIAN USE ONLY - DO NOT COMPLETE THIS SECTION					
VACCINE/LOT #/EXP DATE			DOSE		
			1st Dose	2nd Dose	3rd Dose
			1st Booster		2nd Booster
			Other _____		
DATE	TIME	EXT	SITE		ROUTE
		Left Right	Vastus Lateralis	Deltoid	IM
Signature and Title of Vaccine Administrator:				Date:	
OBSERVATION TIME					
15 MINUTES		30 MINUTES			

If visitor lot is full, park in staff lot along Lincoln

Enter through Door 33.

Park in Visitor Parking.

