

**Danh sách Kiểm tra Sự đồng ý và Sàng lọc của Mạng lưới Chăm sóc Chính CHOC cho Vắc-xin COVID-19 Dành cho Trẻ em, Thanh thiếu niên và Người lớn năm 2021-2022**

TÊN VIẾT IN HOA của người nhận vắc-xin

Ngày sinh

Tuổi

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Số điện thoại Liên hệ Tốt nhất

(Chỉ cần cung cấp địa chỉ đối với người trưởng thành không phải là bệnh nhân)

Tên của Mẹ (Chỉ bắt buộc đối với người trưởng thành không phải là bệnh nhân)

**VUI LÒNG TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI SAU ĐÂY (vui lòng lựa chọn):**

- Quý vị có cảm thấy ốm hôm nay hay có bị sốt 100,4 độ trong 24 giờ qua không? Có Không
- Quý vị đã bao giờ tiêm một liều vắc-xin COVID-19 nào chưa? Có Không
  - Nếu có, quý vị đã được tiêm vắc-xin nào?  
Pfizer Moderna Janssen (Johnson & Johnson) Một sản phẩm khác
  - Quý vị có mang theo thẻ hồ sơ tiêm chủng hoặc các tài liệu khác không? Có Không
- Đã từng có phản ứng dị ứng với: (Điều này sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến quý vị phải đến bệnh viện. Nó cũng sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng gây phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp, bao gồm cả thở khò khè.)
  - Một thành phần của vắc-xin COVID-19, bao gồm một trong những thành phần sau:
    - Polyethylene glycol (PEG), được tìm thấy trong một số loại thuốc, chẳng hạn như thuốc nhuận tràng và các chế phẩm cho thủ thuật nội soi đại tràng? Có Không
    - Polysorbate, được tìm thấy trong một số vắc-xin, viên nén bao phim, và steroid tiêm tĩnh mạch? Có Không
  - Một liều vắc-xin COVID-19 trước đây? Có Không
  - Một phản ứng dị ứng với một loại vắc-xin hoặc thuốc tiêm khác? Có Không
- Lựa chọn tất cả những gì phù hợp với quý vị:**
  - Là nữ từ 18 đến 49 tuổi
  - Có phản ứng dị ứng nghiêm trọng với thứ gì đó không phải là vắc-xin hoặc liệu pháp tiêm như dị ứng thức ăn, vật nuôi, nọc độc, môi trường hoặc thuốc uống
  - Đã nhiễm COVID-19 và được điều trị bằng kháng thể đơn dòng hoặc huyết thanh của người dưỡng bệnh
  - Được chẩn đoán nhiễm Hội chứng viêm đa hệ thống (MIS-C hoặc MIS-A) sau khi nhiễm COVID-19
  - Có hệ thống miễn dịch suy yếu (ví dụ: nhiễm HIV, ung thư)
  - Dùng thuốc hoặc liệu pháp ức chế miễn dịch
  - Bị rối loạn chảy máu
  - Uống thuốc làm loãng máu
  - Có tiền sử giảm tiểu cầu do heparin (HIT)
  - Hiện đang mang thai hoặc đang cho con bú
  - Đã nhận chất làm đầy mô



998789 (10/2021)



**MẪU ĐỒNG Ý & SÀNG LỌC CHO  
TIÊM CHỦNG VẮC-XIN COVID-19  
NĂM 2021-2022  
Trang 1 / 2**

ID BỆNH NHÂN

**XÁC NHẬN:**

1. Tôi đã được cung cấp và đọc hoặc đã được giải thích về thông tin trong Tờ Thông Tin Cho Phép Sử Dụng Khẩn Cấp (EUA) của liên bang dành cho Người Nhận và Người Chăm Sóc về loại vắc-xin sẽ được tiêm hôm nay.
2. Tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi và đã hài lòng với câu trả lời được cung cấp.
3. Tôi hiểu những lợi ích và rủi ro của vắc-xin Pfizer-BioNTech COVID-19 và tôi đồng ý tiêm vắc-xin Pfizer-BioNTech COVID-19.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Chữ ký của người đồng ý tiêm vắc xin Ngày Thời gian

\_\_\_\_\_  
Tên viết in hoa của người đồng ý tiêm vắc-xin Mối quan hệ với bệnh nhân

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nếu có, biểu mẫu được xem xét và chấp thuận bởi (Tên & Chức danh) Ngày Thời gian

**Nursing Documentation: (Use this section for adult non-patients)**

**Temperature:** \_\_\_\_\_ **Infrared/tat/po/ax (Do not vaccinate if temperature  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )**

Reviewed attached screening and consent form. If any questions has a "yes" response, the provider must be notified to decide to clear the patient to receive the vaccine. Except for 2<sup>nd</sup> Pfizer BioNTech COVID Vaccine administration.

Provide recipient the current Fact Sheet for Recipients and Caregivers Emergency Use Authorization (EUA) of The Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine.

**Vaccine:** Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: **Manufacturer:** Pfizer BioNTech

**Lot #:** \_\_\_\_\_ **Expiration Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  **First Dose**  **Second Dose**

**IM Site:**  Deltoid, Left  Deltoid, Right  Other: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature & Credentials Administered By Printed Name Administered By

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date Given Time

**CAIR Documentation:**

Vaccine Administration Transcribed:  Yes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature & Credentials



998789 (10/2021)



**MẪU ĐỒNG Ý & SÀNG LỌC CHO TIÊM CHỦNG VẮC-XIN COVID-19 NĂM 2021-2022**  
Trang 2 / 2

ID BỆNH NHÂN