

Biểu Mẫu Chấp Thuận Chích Ngừa COVID-19

PHẦN 1: THÔNG TIN BỆNH NHÂN

HỌ TÊN BỆNH NHÂN: _____

NGÀY SINH CỦA BỆNH NHÂN: _____

HỌ TÊN CỦA BỆNH NHÂN/NGƯỜI GIÁM HỘ HỢP PHÁP (NẾU BỆNH NHÂN DƯỚI 18 TUỔI): _____

SỐ ĐIỆN THOẠI BAN NGÀY: _____

PHẦN 2: VẮC-XIN NGỪA COVID-19

Vui lòng chọn lý do quý vị hoặc bệnh nhân đi kèm quý vị được chích ngừa COVID-19 hôm nay:

- Chưa được chích ngừa hoặc chưa hoàn thành loạt vắc-xin ngừa COVID-19.
- Đã hoàn thành loạt vắc-xin ngừa COVID-19 nhưng có tình huống sức khỏe có rủi ro cao hoặc bệnh trạng khác khiến tôi hội đủ điều kiện nhận thêm một liều bổ sung.
- Đang được điều trị ung thư tích cực cho các khối u hoặc ung thư máu
 - Đã được cấy ghép cơ tạng và đang dùng thuốc ức chế hệ miễn dịch
 - Đã được cấy ghép tế bào gốc trong vòng 2 năm qua hoặc đang dùng thuốc ức chế hệ miễn dịch
 - Mắc chứng suy giảm miễn dịch vừa phải hoặc nghiêm trọng (như hội chứng DiGeorge, hội chứng Wiskott-Aldrich)
 - Đã nhiễm HIV tiến triển hoặc không được điều trị
 - Điều trị tích cực bằng các loại corticosteroid liều cao (≥ 20 mg prednison hoặc tương đương mỗi ngày) hoặc các loại thuốc khác có thể ức chế đáp ứng miễn dịch của một người
 - Đã được chích ngừa loại vắc-xin được cấp phép ở một quốc gia khác (như vắc-xin AstraZeneca, vắc-xin Sputnik V hoặc Sinovac) trong quá trình làm việc và sinh sống ở nước ngoài.
 - Đã được chích vắc-xin ngừa COVID-19 chưa được cấp phép ở Mỹ (như vắc-xin AstraZeneca) dưới dạng tình nguyện viên trong một thử nghiệm lâm sàng chính thức về hiệu quả vắc-xin.
- Hội đủ điều kiện cho liều tăng cường
- 18 tuổi trở lên và đã
 - Được chích vắc-xin Johnson & Johnson ít nhất 2 tháng trước, hoặc

- Được chích mũi vắc-xin Pfizer hoặc Moderna thứ hai ít nhất 6 tháng trước

PHẦN 3: CHỮ KÝ

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi tuyên bố rằng

- Tôi là bệnh nhân và đã đủ 18 tuổi trở lên, hoặc là cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân.
- Tôi đã được cung cấp một bản sao của Giấy Phép Sử Dụng Khẩn Cấp (EUA) dành cho Người Tiêm Vắc-xin hoặc Bản Thông Tin Hướng Dẫn về Vắc-xin đối với vắc-xin ngừa COVID-19 mà tôi sẽ được tiêm hôm nay.
- Tôi đã đọc và hiểu những thông tin có trong EUA dành cho Người Tiêm Vắc-xin hoặc Bản Thông Tin Hướng Dẫn về Vắc-xin.
- Tôi đã có cơ hội nêu thắc mắc về vắc-xin ngừa COVID-19 này.
- Tôi hiểu những lợi ích và rủi ro của vắc-xin ngừa COVID-19 và yêu cầu chích ngừa vắc-xin cho người có tên nêu trên mà tôi được ủy quyền để đưa ra sự chấp thuận.

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN: _____

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN/NGƯỜI GIÁM HỘ HỢP PHÁP (NẾU BỆNH NHÂN DƯỚI 18 TUỔI): _____

NGÀY KÝ BIỂU MẪU CHẤP THUẬN: _____