

# Վարակագրման վերաբերյալ տեղեկացված համաձայնություն

<input type="checkbox"/> Տղամարդ <input type="checkbox"/> Կին						
Ազգանունը	Անունը	Միջնանունը	Ծննդյան ամսաթիվը	Տարիքը	Ծննդյան պահին նշանակված սեռը	
			( )	-		
Տան հասցեն		Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Դեռախոսահամարը <input type="checkbox"/> Բնակարան <input type="checkbox"/> Բջջային	
<b>Խնդրված պատվաստանյութ(եր)՝</b> <input type="checkbox"/> Գրիպ <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Թոքաբորբ <input type="checkbox"/> Գոտեռթին (շինգլզ) <input type="checkbox"/> Լյարդաբորբ <input type="checkbox"/> Պրկախտ (տետանոս)/Կապուկտ հազ <input type="checkbox"/> RSV <input type="checkbox"/> Լյարդաբորբ Ա <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Մենինգիտ <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Այլ՝ _____		<b>Ազգային պատկանելիություն՝</b> <input type="checkbox"/> Իսպանախոս կամ լատինամերիկացի <input type="checkbox"/> Ռե-իսպանախոս կամ լատինամերիկացի <input type="checkbox"/> Մերժում է հայտարարել (Անհայտ) <input type="checkbox"/> <b>Տեղը՝</b> <input type="checkbox"/> Ասիացի <input type="checkbox"/> Ամերիկյան հնդկացի <input type="checkbox"/> Խաղաղովկահայության կղզու բնակիչ <input type="checkbox"/> Սև կամ Աֆրոամերիկացի <input type="checkbox"/> Կովկասցի <input type="checkbox"/> Երկու կամ ավելի <input type="checkbox"/> Այլ _____		66 \$-ունտից թեթև ինչևեռ դեպքում նշել բաշը՝ __ \$-ունտ:		
Ո՞ր թևն էք խնդրում արժանացնել պատվաստանյութի համար: <input type="checkbox"/> Ձախ <input type="checkbox"/> Աջ Ել փոստի հասցե՝ _____ Առաջնային խնամքի մատակարարի անունը՝ _____ Դեռախոսը՝ _____ Հասցեն՝ _____ Medicare-ի հիվանդներ միայն՝ Սոցալ համարի (Social Security Number, SSN) վերջին 4 թվանշանները՝ _____ Medicare-ի Բ Մասի Նույնականացուցիչ համարը՝ _____						

Ստուգման հարցեր			Այո	Ոչ	
1.	Դիվանդ եք այսօր:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Որևէ այերգիա ունե՞ք դեղերի, ուտելիքի կամ պատվաստանյութի նկատմամբ: Եթե այո, խնդրում ենք նշել՝			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Երբևէ ունեցե՞լ էք լուրջ հակազդեցություն կամ ուշաթափվե՞լ էք պատվաստումից հետո (օրինակ՝ Գիլեն-Բարեի համախտանիշ):			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Կանանց համար՝ ԴՊ՝ էք, կրծքով կերակրո՞ւմ եք, կամ մտադի՞ր եք հղի դառնալ հաջորդ ամիս: <b>Եթե հղի եք,</b> հղիության շաբաթը՝			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<b>Նշե՞ք ձեզ համար բոլոր կիրառելիները՝</b> <input type="checkbox"/> Ազրամ/թոքերի հիվանդություն <input type="checkbox"/> Շաքարախտ <input type="checkbox"/> Սրտի հիվանդություն <input type="checkbox"/> Եխախտո ծխող <input type="checkbox"/> Նոսային խանգարում/ուղեղի խանգարում <input type="checkbox"/> Երկկամի հիվանդություն/դիաբիդ <input type="checkbox"/> Լյարդի հիվանդություն <input type="checkbox"/> Ապալենիա <input type="checkbox"/> Ուրցագեղձի հեռացում կամ ձեռ ուրցագեղձի հետ կապված խնդիրներ, ինչպես՝ քրոնիկ մկանաբուլություն (միասթենիա գրավիս), ԴիՅորցի համախտանիշ կամ ուրցագեղձի ուռուցք (թիմոմա): <input type="checkbox"/> <i>դեղին տենը միայն</i> <input type="checkbox"/> Ներկայումս ընդունո՞ւմ եք հակամարմիններ կամ ճահճատեսղի (մալարիա) դեմ դեղեր: (բերանային տիՖ միայն) <input type="checkbox"/> Թորմբոցիտոպենիայի կամ թորմբոցիտոպենիայի պոլյպոլարիայի պատմություն: (MMR® II միայն) <input type="checkbox"/> Հոսպիտ <input type="checkbox"/> Տկարացած իմունային համակարգ (օրինակ՝ բացկոտ, ՄԻՎԿ, ակտիվ գոտեռդզին (շինգլզ), բերանային ստերոիդներ, հակաբացկոտային կամ հակավիրուսային դեղեր, արյան փոխներարկման արտադրանքներ, իմունազրուրվի, ճառագայթային թերապիա) <input type="checkbox"/> Որևէ պատվաստում ստացե՞լ էք անցած 4 շաբաթների ընթացքում: Եթե այո, խնդրում ենք նշել՝			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Խնդրում ենք նշել, թե ո՞ր պատվաստանյութ(եր)ի մասին կցանկանալիք հավելյալ տեղեկություն: <input type="checkbox"/> Լյարդաբորբ Ա <input type="checkbox"/> MMR (Կարմրուկ, խոզուկ, Կարմրախտ) <input type="checkbox"/> Տամբուրկայան պատվաստանյութ <input type="checkbox"/> Մանկական պատվաստանյութեր <input type="checkbox"/> Այլ՝ _____ <input type="checkbox"/> Անվտանգ՝ պատվաստման հավանական բացթողումները կամ կարիքները գնահատման ենթարկելու ցանկություն			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Վարակագրման կարիքներ				Այո	Ոչ	Անվստահ
7.	Ամսաթիվը վերջին՝	Գրիպի դեմ պատվաստանյութի _____ COVID-19-ի դեմ պատվաստանյութի _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Երբևէ ստացե՞լ եք ԹՈՔԱԲՈՐԲԻ պատվաստանյութ: Եթե այո, ե՞րբ և ինչ տեսակ(ներ)ի: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	60 տարին բոլորած հիվանդներ՝ Երբևէ ստացե՞լ էք RSV-ի պատվաստանյութ: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	49 տարին բոլորած կամ իմունային անբավարարությամբ հիվանդներ՝ Երբևէ ստացե՞լ էք ԳՈՏԵՈՐՔԻՆԻ (ՇԻՆԳԼԶ) պատվաստանյութ: Եթե այո, ո՞ր թվական(ներ)ին՝ _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	66 տարին չբոլորած հիվանդներ կամ բուժաշխատողներ՝ Արդյոք ստացե՞լ էք MMR-ի (Կարմրուկ, խոզուկ, Կարմրախտ) պատվաստանյութ: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	59 տարին չբոլորած հիվանդներ կամ բուժաշխատողներ՝ Արդյոք ստացե՞լ էք լյարդաբորբ Բ-ի պատվաստանյութի լրիվ շարքերը: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	46 տարին չբոլորած հիվանդներ՝ Արդյոք ստացե՞լ էք HPV-ի (Մարդու պապիլոմավիրուս) պատվաստանյութի լրիվ շարքերը: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	43 տարին չբոլորած հիվանդներ՝ Արդյոք ստացե՞լ էք վարիցելայի («ջրծաղիկ») պատվաստանյութի 2 դեղաչափերը: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	11-ից 23 տարեկան հիվանդներ՝ Արդյոք ստացել եք մենինգիտի պատվաստանյութ: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Զանի՞ տարի է անցել ԴԴԿԱՆՏԻ (ՏԵՏԱՆՈՒԲ) ձեռ վերջին պատվաստանյութից: _____ տարի			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Տեղեկացված համաձայնություն՝ խնդրում ենք կարդալ և ստորագրել:**

Ստորև իմ ստորագրությամբ համաձայնվում եմ պատվաստանյութ(եր)ի մատակարարմանը դեղագործի կամ վերահսկվող դեղագործական ուսանողի կամ տեխնիկի, կամ այլ լիցenziավոր անձի կողմից, որտեղ դա արտոնվում է օրենքով կամ նահանգային/դաշնային ցուցումով, ու գործում է Albertsons Companies-ի կամ նրա հետ փոխկապակցված դեղատնիքի մեկի համար կամ պայմանագիր ունի նրանց հետ, և որ կապվել ինձ հետ վերը ներկայացված համարով այն պատվաստանյութի համար, որից ժամանակը հասել է կամ որոշո՞ւմ եմ ընդունել: Վերևում ներկայացված տեղեկությունը ճշմարիտ և ճշգրիտ է: Ես հավաստում եմ, որ բավարարում եմ պատվաստման իրավաստության չափանիշները (եթե կան այլափոխ): Եթե ձմոռը/խնամակալն եմ դեռահաս հիվանդի, հավաստում եմ, որ դեռահաս հիվանդը բավարարում է պատվաստման իրավաստության չափանիշները: Ես նաև ազատում եմ Albertsons Companies-ին և նրա դուստր ձեռնարկություններին, փոխկապակցված ձեռնարկություններին, աստիճանավոր պաշտոնյաներին, տնօրեններին, աշխատակիցներին և գործակալներին բոլոր պատասխանատվություններից, ներառյալ՝ անվտանգության կամ հանձնարարության արարքները, որոնք առաջում կամ ծագում են իմ կամ դեռահասի կողմից այս պատվաստումը ստանալուց: Ես հասկանում եմ, որ՝ 1) Կամուրջի որոշե՞լ եմ ստանալ պատվաստում: Եթե ես գրիպի պատվաստում եմ ստանում, և դա տեղի է ունենում սևտելների 1-ից առաջ, ես կամ ի ստորագրում եմ պատվաստանյութը ստացող իմ երեխայի անունից, կամ գտնվում եմ իմ հղրության երրորդ եռամսյակում, կամ չեմ կարող վերադառնալ ավելի ուշ: Ես լիցenziավոր եմ Albertsons Companies-ին իմ անունից փոխհատուցման պահանջ ներկայացնելու Medicare-ին կամ որևէ այլ պայմանագիր ունեցող երրորդ կողմի վճարողին, ներառյալ՝ իմ գործատուին՝ եթե նա ուղղակի վճարում է իմ պատվաստման համար. պահանջը մերժվելու դեպքում, ես հավաստում եմ, որ ես պատասխանատու կլինեմ վճարման համար. 3) Ես ունեմ օրենքով բուլյանտված տարիքը և լիցenziավոր եմ գործարդել այս համաձայնության ձևը կամ ես ձմոռը/խնամակալն եմ դեռահաս հիվանդի: 4) Ես անմիջապես կցուցաբերեմ դեղագործին որևէ բնական վիճակի մասին, որը կարող է բացասաբար ազդել իմ անձնական առողջության կամ պատվաստանյութի արդյունավետության վրա: 5) Ինձ խորհուրդ են տվել պատվաստումից հետո հավանական կողմնակի ազդեցությունների մասին, թե երբ դրանք կարող են առաջանալ և երբ և որտեղ պետք է դիմեմ բուժման համար: Իմ պատասխանատվությունն է իմ ծննդով իմ բժշկի մոտ հետևել՝ որևէ կողմնակի ազդեցություն ունենալու դեպքում: 6) Ես դիտարկման համար տարածքում պետք է մնամ 15 րոպե, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ պատվաստանյութի կամ ներերակային բուժման նկատմամբ որևէ աստուրությամբ անմիջապես այնպիսի ազդեցության պատմություն ունեմ, կամ եթե որևէ պատճառով ունեմ զերգայնական դրության (անաֆիլաքսիայի) պատմություն, դիտարկման համար տարածքում պետք է մնամ 30 րոպե պատվաստումից հետո: Եթե հետևանք տարածքից առանց սպասելու, ես ընդունում եմ, որ դա անում եմ անձնապես ինձ վնասելու ենթարկելով և պատվաստանյութը մատակարարած մասնագետի խորհրդին հակառակ: 7) Ես կարողացել եմ, կամ ինձ համար կարողացել եմ, Պատվաստանյութի վերաբերյալ տեղեկությունների հայտարարությունը (Vaccine Information Statement, VIS) կամ Արտակարգ իրավիճակների օգնագրքման լիցenziավորությունը (Emergency Use Authorization, EUA), տրամադրված՝ պատվաստանյութ(եր)ի մատակարարման համար: Ես հնարավորություն եմ ունեցել հարցեր տալու, և իմ բոլոր հարցերին տրվել են ինձ գոհացնող պատասխաններ: Ես հասկանում եմ պատվաստանյութ(եր)ի օգուտներն ու վտանգները: 8) Ինձ առաջարկվել է/կամ տրամադրվել է պատճենը ընկերության Գաղտնիության գործակալների մասին ծանուցագրի՝ համաձայն Առողջապահական պաշտոնյաների պաշտոնավորության և հաշվետվության օրենքի (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA): 9) Այս պատվաստումը, ներառյալ որևէ պատվաստում վերաբերյալ նահանգային կամ դաշնային օրենքով սրբազանված գաղտնիության հավելյալ պաշտպանություն, ենթակա է իմ դեղատան կամ նրա գործարար գործընկերոջ կողմից վարակագրման գրանցամատյանին գեկուցվելու, որը կարող է իմ վարակագրման տվյալները կիսել ուրիշներին և իմ առաջնային խնամքի բժշկի, լիցenziավոր բժշկի կամ տեղական Առողջապահության բաժնի (Department of Health) հետ, եթե կիրառելի է, և ես լիցenziավոր եմ այս բացառությունները: (Լյու Յերայի միայն՝  ի լիցenziավոր եմ \_\_\_\_\_ իմ այս պատվաստանյութն ստացած ինչևիդ տեղեկագրել իմ առաջնային խնամքի մատակարարին: Ես հասկանում եմ, որ լիցenziավոր/չլիցenziավոր վարկերը չստուգվելու դեպքում, այն կվկայվեն որևէ բնական վիճակի մասին, Սեյն, Սասայանց և Լյու Յեյնի միայն՝  ես հասկանում եմ, որ իրավունք ունեմ առարկել այդպիսի գրանցամատյանների միջոցով իմ տվյալների կիսման վերևում նշված կողմերի հետ): Դեռահասի ձմոռը կամ խնամակալի համար, ստորև գտնվող համաձայնությունը հաստատում է անենամյա դրությամբ մանկաբույժի այցելելու գրավոր ծանուցագրի ստացումը:

**X**

Դիվանդի կամ դեռահաս հիվանդի ծնողի/խնամակալի ստորագրությունը (կշե կապը դեռահասի հետ) \_\_\_\_\_ Տպատառ անունը \_\_\_\_\_ Ամսաթիվը \_\_\_\_\_

Below for Pharmacy Use Only: **WA ONLY: Substitution Permitted:** **Dispense as Written:**

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Pub. Date	F/U Appt Date/Time
COVID-19(_____)					N/A	IM	R / L Deltoid		
Flu (_____)				0.5	N/A	IM	R / L Deltoid		
Shingrix®			GSK	0.5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	IM	R / L Deltoid	2/4/2022	
							R / L _____		
							R / L _____		
							R / L _____		

Ordering RPh Signature: _____	RxBIN: _____ PCN: _____ Group #: _____ ID#: _____
Name of Administrator: _____	Medical (Name, ID#, Group#): _____
Admin/VIS Provided Date: _____ <input type="checkbox"/> NPP Offered	<input type="checkbox"/> Offsite Clinic Clinic Name: _____ Clinic Address: _____
Counseling (Please circle): Accepted / Declined	Appt Date: _____ Appt Time: _____ Administration time (OR Only): _____ ICMZIV 20240523