

# 免疫接种知情同意书

男 女

姓氏 \_\_\_\_\_ 名字 \_\_\_\_\_ 中间名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 出生性别 \_\_\_\_\_  
 ( ) -

住家地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_ 住家电话 手机

**要求接种的疫苗:**  流感  
 COVID-19  肺炎  
 带状疱疹  乙型肝炎  
 破伤风/百日咳  
 呼吸道合胞病毒 (RSV)  
 甲型肝炎  
 人乳头瘤病毒 (HPV)  
 脑膜炎  麻腮风 (MMR)  
 其他: \_\_\_\_\_

**族裔:**  西班牙裔或拉丁裔  
 非西班牙裔或拉丁裔  
 拒绝告知 (不清楚)

如果体重小于  
66 磅, 请列出  
体重: \_\_\_\_\_ 磅。

**种族:**  亚裔  美洲印第安人  
 太平洋岛民  黑人或非裔美国人  
 白种人  两种或以上  其他

您比较习惯在哪只手臂接种疫苗?  左臂  右臂

电子邮件地址: \_\_\_\_\_

初级保健提供者姓名: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_

仅限 Medicare 患者: 社会安全号码 (Social Security Number, SSN) 后 4 位数字: \_\_\_\_\_

Medicare B 部分 ID 号: \_\_\_\_\_

筛查问题	是	否
1. 您目前是否患病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您是否对任何药物、食物或疫苗过敏? 若是, 请列出: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 在您接种任何疫苗之后, 是否曾发生过严重反应或晕厥 (例如, Guillain-Barré 综合征)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 针对女性: 您是否怀孕、正在进行母乳喂养或考虑要在下个月怀孕? 若怀孕, 请告知孕周: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <b>请勾选所有适用项:</b> <input type="checkbox"/> 哮喘/肺病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 吸烟者 <input type="checkbox"/> 癫痫病/脑部疾病 <input type="checkbox"/> 肾病/透析 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 无脾 <input type="checkbox"/> 胸腺是否已切除或有问题, 例如患有重症肌无力、DiGeorge 综合征或胸腺瘤? (仅限黄热病疫苗) <input type="checkbox"/> 目前是否正在服用抗生素或抗疟药? (仅限口服伤寒疫苗) <input type="checkbox"/> 是否有血小板减少症或血小板减少性紫癜病史? (仅限 MMR® II 疫苗) <input type="checkbox"/> 临终关怀 <input type="checkbox"/> 免疫系统减弱 (例如, 癌症、艾滋病毒(HIV)、活动性带状疱疹、口服类固醇、抗癌或抗病毒药物、输血或血液制品、免疫球蛋白、放射治疗) <input type="checkbox"/> 在过去 4 周内是否接种过任何疫苗? 若是, 请列出: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 请指出您希望了解哪些疫苗的更多资讯? <input type="checkbox"/> 甲型肝炎 <input type="checkbox"/> MMR (麻疹、腮腺炎、风疹) <input type="checkbox"/> 旅行疫苗 <input type="checkbox"/> 儿童疫苗 <input type="checkbox"/> 其他: _____ <input type="checkbox"/> 不确定: 希望对潜在的疫苗接种差距或需求进行评估	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

免疫接种需求			
7. 最后一次接种日期: 流感疫苗 _____ COVID-19 疫苗 _____	是	否	不确定
8. 您是否接种过肺炎疫苗? 如果是, 何时以及何种类型? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 60 岁以上的患者: 您是否接种过 RSV 疫苗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 49 岁以上的患者或免疫功能低下者: 您是否接种过带状疱疹疫苗? 如果是, 接种日期: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 66 岁以下的患者或医护人员: 您是否接种过 MMR (麻疹、腮腺炎、风疹) 疫苗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 59 岁以下的患者或医护人员: 您是否接种过完整的乙型肝炎疫苗系列?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 46 岁以下的患者: 您是否接种过完整的 HPV (人乳头瘤病毒) 疫苗系列?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 43 岁以下的患者: 您是否接种过 2 剂水痘疫苗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 11 至 23 岁的患者: 您是否接种过脑膜炎疫苗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 您上次注射破伤风到现在经过多少年了?	_____ 年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**知情同意书: 请阅读并签名。**

在下方签名, 即表示本人同意由 Albertsons Companies 或其任何附属药房所雇用或签约的药剂师、受监督的实习药剂师或其他经授权人员在法律或州/联邦指南允许的情况下为本人施打疫苗, 并可通过上方提供的号码就本人应接种或有资格接种的其他疫苗与本人联系。以上信息属实无误。本人证明, 本人符合接种疫苗的资格条件 (如有); 如果本人是未成年患者的父母/监护人, 本人证明该未成年患者符合接种疫苗的资格条件。本人亦免除 Albertsons Companies 与其子公司、附属公司、主管、董事、员工与代理人的全部责任, 包括因本人或未成年患者接受该疫苗接种所产生或造成的疏忽或错误行为。本人了解: 1) 本人自愿选择接种疫苗。如果本人将接种流感疫苗且于 9 月 1 日之前接种, 则本人或是代表本人子女接种疫苗的家长、孕晚期的孕妇, 或者本人无法在以后返回接种。2) 本人授权 Albertsons Companies 代表本人向 Medicare 或任何其他签约的第三方支付人提交报销申请 (包括本人的雇主, 如果雇主直接支付疫苗费用); 如果报销被拒绝, 本人将负责支付款项; 3) 本人已达到法定年龄并获授权签署本同意书, 或者本人是未成年患者的父母/监护人。4) 若有可能对本人健康或疫苗功效造成不利影响, 本人将立即通知。5) 相关人员已向本人说明接种疫苗后可能产生的副作用、这些副作用可能出现的时间, 以及本人应在何时何地寻求治疗。若本人出现任何副作用, 本人有责任自费与本人的医师沟通, 以跟踪本人的相关情况。6) 本人应在指定区域留观 15 分钟, 如果本人对疫苗或注射疗法有过任何严重程度的即时过敏反应, 或者本人出现过因任何原因造成的过敏性休克, 则应在接种后于指定区域留观 30 分钟。如果本人在接种后立即离开, 则本人确认, 此举未遵守施打疫苗的专业人员的建议, 风险自担。7) 本人已经阅读或相关人员已向本人朗读了关于即将施打之疫苗的“疫苗信息声明书”(Vaccine Information Statement, VIS) 或“紧急使用授权书”(Emergency Use Authorization, EUA)。本人曾有机会提出问题, 并且本人所有的疑问均已得到了满意的答复。本人了解疫苗的好处与风险。8) 本人已收到及/或取得该公司符合《健康保险可携性与责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 规定的“隐私惯例通知”(Notice of Privacy Practices) 副本。9) 此类疫苗接种, 包括州或联邦法律规定享有额外隐私权保护的其他任何疫苗, 均须由本人的药房或其商业伙伴向免疫登记处报告, 该登记处可能会与他人以及本人的初级保健提供者、授权医师或当地卫生局 (Department of Health) (若适用) 分享本人的免疫接种资料, 且本人授权这些披露信息。(仅适用于新泽西州: 本人授权 \_\_\_ 不授权 \_\_\_ 将本人接种此疫苗的情况报告给本人的初级保健提供者。本人了解, 不勾选“授权”/“不授权”将视为授权。) (仅适用于南达科他州、缅因州、马萨诸塞州和新罕布什尔州: 本人了解, 本人有权拒绝通过这些登记处与上述各方分享本人的数据。) 对于未成年人的父母或监护人, 以下同意书用于确认收到每年去看儿科医生的书面通知。

X  
 患者或未成年患者父母/监护人的签名 (填写与未成年人的关系) \_\_\_\_\_ 正楷姓名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_  
 Name of Administrator: \_\_\_\_\_  
 Admin/VIS Provided Date: \_\_\_\_\_  NPP Offered  
 Counseling (Please circle): Accepted / Declined

RxBIN: \_\_\_\_\_ PCN: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
 Medical (Name, ID#, Group#): \_\_\_\_\_  
 Offsite Clinic Clinic Name: \_\_\_\_\_ Clinic Address: \_\_\_\_\_  
 Appt Date: \_\_\_\_\_ Appt Time: \_\_\_\_\_ Administration time (OR Only): \_\_\_\_\_

ICIMZIV 20240523