

## فرم رضایت‌نامه آگاهانه واکسیناسیون

<b>نام خانوادگی</b>	<b>نام</b>	<b>نام میانی</b>	<b>تاریخ تولد</b>	<b>سن</b>	<b>جنسیت در زمان تولد</b>
_____	_____	_____	( ) _____	_____	_____
<b>نشانی منزل</b>	<b>شهر</b>	<b>ایالت</b>	<b>زیپ کد</b>	<b>شماره تلفن</b>	<b>تلفن منزل</b> □ <b>تلفن همراه</b> □
_____	_____	_____	_____	_____	_____

  

<p><b>واکسن(های) درخواستی:</b> □ آنفولانزا □ COVID-19 □ ذات‌الریه □ زونا □ هپاتیت B □ کزاز/سیاه‌سرفه □ RSV □ هپاتیت A □ HPV □ مننژیت □ MMR □ سایر: _____</p>	<p><b>قیمت:</b> □ اسپانیایی یا لاتین □ غیراسپانیایی یا لاتین □ رد اعلام وضعیت (نامعلوم)</p> <p><b>نژاد:</b> □ آسیایی □ سرخپوست □ مردم جزایر اقیانوس آرام □ سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی‌تبار □ قفقازی □ دو یا بیشتر □ سایر موارد</p>	<p>اگر وزن شما کمتر از 66 پوند می‌باشد، مشخص کنید: _____ پوند.</p> <p>کدام بازو را برای واکسن ترجیح می‌دهید؟ □ چپ □ راست</p> <p>آدرس ایمیل: _____</p> <p>نام ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه: _____</p> <p>تلفن: _____ آدرس: _____</p> <p>تنها بیماران دارای Medicare: 4 رقم آخر شماره تأمین اجتماعی ( Social Security Number, SSN): _____</p> <p>شماره شناسه Medicare قسمت B: _____</p>
--	--	---

خبر	بله	سؤالات غربالگری
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. آیا امروز مریض هستید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. آیا به هرگونه دارو، غذا و یا واکسن حساسیت دارید؟ اگر بله، لطفاً فهرست‌وار ذکر کنید: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. آیا هیچ‌گاه پس از تزریق واکسن، بدن‌تان واکنش شدیدی از خود نشان داده است یا از حال رفته‌اید (برای مثال سندروم گیلن باره)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. برای خانم‌ها: آیا باردار هستید، به نوزادان شیر می‌دهید یا در ماه آینده قصد باردار شدن دارید؟ در صورت بارداری، هفته بارداری: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. همه گزینه‌های صحیح را علامت‌بزنید: □ آسم یا بیماری ریوی □ دیابت □ بیماری قلبی □ مصرف دخانیات □ اختلال تشنجی/اختلال مغزی □ بیماری کلیوی یا دیالیز □ بیماری کبدی □ طحال برداشته شده □ آیا غده تیموس شما برداشته شده است یا دچار مشکلاتی در غده تیموس مانند میاستی گراویس، سندرم دی جورج یا تیموما هستید؟ (فقط برای واکسن تب زرد) □ آیا در حال حاضر داروی آن‌تی‌بیوتیک یا ضد مالاریا مصرف می‌کنید؟ (فقط برای واکسن تیفوئید خوراکی) □ آیا سابقه ترومبوسیتوپنی یا پورپورا ترومبوسیتوپنیک دارید؟ (فقط MMR II) □ بیمارستان □ افراد دارای سیستم ایمنی ضعیف (مثلاً سرطان، ویروس نقص ایمنی اکتسابی انسان (HIV)، زونا فعال، استروئیدهای خوراکی، داروهای ضد سرطان یا ضد ویروسی، انتقال خون یا فرآورده‌های خونی، ایمونوگلوبولین، پرتودرمانی) □ آیا در 4 هفته گذشته واکسنی دریافت کرده‌اید؟ اگر بله، لطفاً فهرست‌وار ذکر کنید: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. لطفاً مشخص کنید در مورد کدام واکسن(ها) اطلاعات بیشتری می‌خواهید؟ □ هپاتیت A □ MMR □ (سرخک، اورپون، سرخچه) □ واکسن‌های مسافرتی □ واکسن‌های دوران کودکی □ سایر: _____

  

خبر	بله	تاریخ آخرین: واکسن آنفولانزا و واکسن COVID-19
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. آیا تاکنون واکسن ذات‌الریه دریافت کرده‌اید؟ اگر بله، چه زمانی و چه نوع (هایی)؟ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. بیماران بالای 60 سال: آیا تاکنون واکسن RSV دریافت کرده‌اید؟ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. بیماران بالای 49 سال یا دارای نقص سیستم ایمنی: آیا تاکنون واکسن زونا دریافت کرده‌اید؟ اگر چنین است، در چه تاریخ(های): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. بیماران بالای 66 سال یا کارکنان حوزه سلامت: آیا واکسن MMR (سرخک، اورپون، سرخچه) دریافت کرده‌اید؟ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. بیماران زیر 66 سال یا کارکنان حوزه سلامت: آیا دوره کامل واکسن هپاتیت B را دریافت کرده‌اید؟ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. بیماران زیر 46 سال: آیا دوره کامل واکسن HPV (پاپیلوما انسانی) را دریافت کرده‌اید؟ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. بیماران زیر 43 سال: آیا دو دوز واکسن واریسلا (آبله مرغان) را دریافت کرده‌اید؟ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. بیماران 11 تا 23 ساله: آیا واکسن مننژیت دریافت کرده‌اید؟ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. از آخرین واکسن کزاز شما چند سال گذشته است؟ _____ سال

### رضایت آگاهانه: لطفاً بخوانید و امضا کنید.

با امضای من در زیر این برگه، من موافقت می‌کنم که واکسن(ها) توسط یک داروساز یا دانشجوی داروسازی تحت نظارت یا تکنسین، یا سایر افراد مجازی که توسط قانون یا دستورالعمل ایالتی/فدرال مجاز هستند، افراد استخدام‌شده یا قراردادی توسط Albertsons Companies یا یکی از داروخانه‌های وابسته به این شرکت تزریق شود و با شماره ارائه‌شده در بالا در مورد سایر واکسیناسیون‌هایی که قرار است دریافت کنم یا واجد شرایط دریافت آنها هستم، با من تماس گرفته شود. اطلاعات فوق درست و صحیح است. من تأیید می‌کنم که معیارهای صلاحیت برای واکسیناسیون را دارم (در صورت وجود)؛ اگر من والدین / سرپرست بیمار خردسال باشم، تأیید می‌نمایم که بیمار خردسال معیارهای صلاحیت واکسیناسیون را دارد. من همچنین Albertsons Companies و شرکت‌های تابعه، وابسته‌ها، مأموران، مدیران، کارمندان و نمایندگان آن را از هرگونه مسئولیت، از جمله اقدامات نادیده‌گرفته‌شده یا انجام‌شده، ناشی از دریافت این واکسیناسیون توسط بنده و یا فرد خردسال، مبرا می‌دارم. من متوجه هستم که: (1) من داوطلبانه دریافت واکسیناسیون را انتخاب کرده‌ام. اگر واکسن آنفولانزا دریافت می‌کنم و قبل از 1 سپتامبر است، در این صورت به‌نیابت از فرزندم که دریافت‌کننده واکسن است امضا می‌کنم، در سه ماهه سوم بارداری هستم، یا قادر نیستم در تاریخ دیرتری بازگردم. (2) من به Albertsons Companies اجازه می‌دهم از طرف من در یک درخواست بازپرداخت به Medicare یا هر پرداخت‌کننده شخص ثالث دیگری از جمله کارفرمایم ارائه دهند. اگر درخواست رد شود، متوجه هستم که بنده مسئول پرداخت خواهم بود (3) من در سن قانونی هستم و مجاز به دادن این فرم رضایت هستم یا والدین / قیم بیمار خردسال هستم. (4) من فوراً به داروساز در مورد هرگونه شرایط پزشکی که ممکن است بر سلامت شخصی من یا اثربخشی واکسن تأثیر منفی بگذارد هشدار خواهم داد. (5) در مورد عوارض جانبی احتمالی پس از واکسیناسیون، زمانی که ممکن است رخ دهد و اینکه چه زمانی و در کجا باید به دنبال درمان آن باشم، به من مشاوره داده شده است. من در صورت مشاهده هرگونه عوارض جانبی، مسئول پیگیری با پزشکم یا هزینه خودم هستم. (6) باید به مدت 15 دقیقه در این ناحیه تحت نظر بمانم، مگر اینکه سابقه آلرژی فوری یا هر شدتی به واکسن یا تزریق‌درمان یا اگر سابقه آنافیلاکسی به هر دلیل داشته باشم، باید در این ناحیه به مدت 30 دقیقه پس از واکسیناسیون تحت نظر باشم. اگر بدون انتظار منطقه ترک کنم، تأیید می‌نمایم که این کار را با مسئولیت شخصی خود و برخلاف توصیه متخصصی که واکسن را تزریق کرده است، انجام داده‌ام. (7) بیانیه‌های اطلاعات واکسن (Vaccine Information Statements, VIS) یا مجوز استفاده اضطراری (Emergency Use Authorization, EUA) ارائه‌شده برای واکسن(های) مورد تجویز را خوانده‌ام یا برایم خوانده شده است. من فرصت پرسیدن سؤال را داشته‌ام و به تمام سؤالات من در حد رضایت پاسخ داده شده است. من مزایا و خطرات واکسن(ها) را می‌دانم. (8) به من یک کپی از اعلامیه اقدامات حفظ حریم خصوصی شرکت مطابق با قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه سلامت (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ارائه شده است. (9) این واکسیناسیون، از جمله هرگونه واکسیناسیون جانبی انجام‌شده بر اساس قوانین ایالت یا فدرال، مشمول گزارش داروخانه من یا شرکت تجاری آن به دفتر ثبت واکسیناسیون که می‌تواند داده‌های واکسیناسیون من را با دیگران به اشتراک بگذارد، پزشک مراقبت‌های اولیه من، پزشک مجاز، یا اداره بهداشت (Department of Health) محلی (اگر مصداق دارد) است و من مجوز این اشتراک‌گذاری داده‌ها را می‌دهم. (فقط New Jersey: من اجازه می‌دهم \_\_\_ اجازه نمی‌دهم \_\_\_ که دریافت این واکسن به ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه‌ام گزارش داده شود. من می‌دانم که علم علامت زدن جلوی اجازه می‌دهم/اجازه نمی‌دهم به منزله اعطای مجوز محسوب خواهد شد.) (فقط داکوتای جنوبی (South Dakota)، ایالت مین (Maine)، ماساچوست (Massachusetts)، نیوهمپشایر (New Hampshire): متوجه‌ام که حق اعتراض به اشتراک‌گذاری داده‌هایم با طرف‌های فوق‌الذکر از طریق چنین ثبت‌هایی را دارم.) برای وی یا سرپرست خردسال، رضایت زیر مؤید دریافت اطلاعیه کتبی برای مراجعه سالانه به پزشک متخصص کودکان است.

X

امضای بیمار یا والدین/سرپرست بیمار خردسال (نسبت با خردسال را قید کنید)

نام با حروف بزرگ و خوانا

تاریخ

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	□ 1 □ 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): _____	ICMZIV 20240523
--	--	-----------------