

Persetujuan yang Diinformasikan untuk Imunisasi

P W

Nama Belakang	Nama Depan	Nama Tengah	Tanggal Lahir	Usia	Jenis Kelamin saat Lahir
Alamat Rumah			Kota	Negara	Kode Pos
Telepon #			<input type="checkbox"/> Rumah	<input type="checkbox"/> Seluler	

Vaksin yang diminta: <input type="checkbox"/> Flu <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Shingles <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Tetanus/Batuk Rejan <input type="checkbox"/> RSV <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Lainnya: _____	Etnis: <input type="checkbox"/> Hispanik atau Latin <input type="checkbox"/> Non-Hispanik atau Latin <input type="checkbox"/> Menolak untuk Menyatakan (Tidak Diketahui) Ras: <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Indian Amerika <input type="checkbox"/> Penduduk Kepulauan Pasifik <input type="checkbox"/> Orang kulit hitam atau Afrika-Amerika <input type="checkbox"/> Kaukasia <input type="checkbox"/> Dua atau lebih <input type="checkbox"/> Lainnya	Jika berat badan kurang dari 30 kg: ____ kg. Lengan mana yang Anda pilih untuk vaksin? <input type="checkbox"/> Kiri <input type="checkbox"/> Kanan Alamat email: _____ Nama Penyedia Perawatan Primer: _____ Telepon: _____ Alamat: _____ Hanya untuk pasien Medicare: 4 digit Nomor Jaminan Sosial (Social Security Number, SSN): _____ ID Medicare Bagian B#: _____
---	---	---

Pertanyaan Skrining		Ya	Tidak
1.	Apakah Anda sakit hari ini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Apakah Anda memiliki alergi terhadap obat-obatan, makanan atau vaksin? Jika ya, mohon sebutkan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Pernahkah Anda mengalami reaksi serius atau pingsan setelah menerima vaksinasi (misalnya Sindrom Guillain-Barré)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Untuk wanita: Apakah Anda hamil, menyusui atau sedang mempertimbangkan untuk hamil bulan depan? Jika hamil , minggu kehamilan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Centang semua yang sesuai dengan Anda: <input type="checkbox"/> Asma/penyakit paru-paru <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Penyakit jantung <input type="checkbox"/> Perokok tembakau <input type="checkbox"/> Gangguan kejang/gangguan otak <input type="checkbox"/> Penyakit ginjal/dialisis <input type="checkbox"/> Penyakit hati <input type="checkbox"/> Asplenia <input type="checkbox"/> Kelenjar timus diangkat atau ada masalah dengan kelenjar timus seperti miastenia gravis, sindrom DiGeorge, atau timoma? (<i>hanya demam kuning</i>) <input type="checkbox"/> Sedang mengonsumsi antibiotik atau obat antimalaria? (hanya tifoid oral) <input type="checkbox"/> Riwayat trombositopenia atau trombositopenia purpura? (<i>Hanya MMR® II</i>) <input type="checkbox"/> Hospis <input type="checkbox"/> Sistem kekebalan tubuh yang melemah (misalnya kanker, HIV, shingles aktif, steroid oral, obat antikanker atau antivirus, transfusi darah atau produknya, imunoglobulin, terapi radiasi) <input type="checkbox"/> Sudah menerima vaksinasi dalam 4 minggu terakhir? Jika ya, mohon sebutkan: _____		
6.	Mohon sebutkan vaksin mana yang ingin Anda ketahui lebih lanjut? <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> MMR (Campak, Gondok, Rubella) <input type="checkbox"/> Vaksin Perjalanannya <input type="checkbox"/> Vaksin Anak <input type="checkbox"/> Lainnya: _____ <input type="checkbox"/> Tidak yakin: ingin dilakukan penilaian terhadap potensi kesenjangan atau kebutuhan vaksinasi		

Kebutuhan Imunisasi				
7.	Tanggal terakhir: Vaksin flu _____ Vaksin COVID-19 _____	Ya	Tidak	Tidak Yakin
8.	Apakah Anda pernah menerima vaksin PNEUMONIA? Jika ya, kapan dan apa jenisnya? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Pasien berusia di atas 60 tahun: Apakah Anda pernah menerima vaksin RSV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Pasien berusia di atas 49 tahun atau yang memiliki sistem kekebalan tubuh yang lemah: Pernahkah Anda menerima vaksin SHINGLES? Jika ya, tanggal berapa: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Pasien berusia di bawah 66 tahun ATAU petugas kesehatan: Apakah Anda sudah menerima vaksin MMR (Campak, Gondok, Rubella)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Pasien berusia di bawah 59 tahun ATAU petugas kesehatan: Sudahkah Anda menerima vaksin hepatitis B lengkap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Pasien berusia di bawah 46: Apakah Anda sudah menerima seri vaksin HPV (Human Papillomavirus) secara lengkap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Pasien berusia di bawah 43 tahun: Sudahkah Anda menerima 2 dosis vaksin varicella ("Cacar Air")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Pasien berusia 11 hingga 23 tahun: Apakah Anda sudah mendapat vaksin meningitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Sudah berapa tahun sejak vaksin TETANUS terakhir Anda?	_____ tahun	<input type="checkbox"/>	

Persetujuan yang Diinformasikan: Silakan baca dan tanda tangani.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyetujui pemberian vaksin oleh apoteker atau mahasiswa apoteker atau teknisi di bawah pengawasan, atau orang berwenang lainnya, yang diizinkan oleh undang-undang atau peraturan daerah, yang dipekerjakan atau dikontrak oleh Albertsons Companies atau apotek afiliasinya dan menyetujui untuk dihubungi melalui nomor yang tercantum di atas terkait imunisasi lain yang berhak saya terima atau bisa saya dapatkan. Informasi di atas sudah benar dan akurat. Saya menyatakan bahwa saya memenuhi syarat untuk vaksinasi (jika ada); jika saya adalah orang tua/wali dari pasien di bawah umur, saya menyatakan bahwa pasien tersebut telah memenuhi syarat untuk vaksinasi. Saya juga membebaskan Albertsons Companies dan anak perusahaan, afiliasi, pejabat, direktur, karyawan, dan agennya dari semua tanggung jawab, termasuk tindakan kelalaian atau komisi yang diakibatkan atau timbul dari penerimaan vaksin saya atau pasien di bawah umur. Saya memahami bahwa: 1) Saya menerima vaksinasi dengan sukarela. Jika saya menerima vaksinasi flu dan sebelum tanggal 1 September, saya adalah orang tua yang menandatangani atau nama anak saya yang menerima vaksin, hamil di trimester ketiga, atau saya tidak dapat kembali di kemudian hari. 2) Saya mengizinkan Albertsons Companies untuk mengajukan klaim penggantian biaya atas nama saya kepada Medicare atau pembayar pihak ketiga lain yang telah dikontrak; termasuk perusahaan saya jika mereka membayarkan langsung vaksinasi saya; jika klaim ditolak, saya memahami bahwa saya akan bertanggung jawab atas pembayarannya; 3) Saya sudah dewasa secara hukum dan berwenang untuk memberi izin pelaksanaan formulir persetujuan ini atau saya adalah orang tua/wali dari pasien di bawah umur. 4) Saya akan langsung memberi tahu apoteker terkait kondisi medis yang mungkin akan berpengaruh pada kondisi kesehatan saya atau pada efektivitas vaksin. 5) Saya sudah mendapatkan konseling mengenai kemungkinan efek samping setelah vaksinasi, kapan akan muncul, dan kapan dan di mana saya harus mencari penanganan. Saya bertanggung jawab untuk melakukan tindak lanjut dengan dokter saya jika ada efek samping atas biaya pribadi. 6) Saya akan tetap berada di area untuk observasi selama 15 menit, kecuali jika saya memiliki riwayat reaksi alergi langsung dengan tingkat keparahan apa pun terhadap vaksin atau obat suntik atau jika saya memiliki riwayat anafilaksis karena berbagai hal, saya akan berada di area untuk observasi selama 30 menit setelah vaksinasi. Jika saya meninggalkan area tanpa menunggu, saya memahami bahwa saya melakukannya atas risiko pribadi dan tidak menuruti petunjuk yang sudah diberikan petugas yang memberikan vaksin. 7) Saya sudah membaca, atau dibacakan, Pernyataan Informasi Vaksin (Vaccine Information Statement, VIS) atau Izin Penggunaan Darurat (Emergency Use Authorization, EUA) yang disediakan untuk pemberian vaksin. Saya telah berkesempatan untuk mengajukan pertanyaan, dan semua pertanyaan saya telah dijawab dengan jelas. Saya memahami manfaat dan risiko dari vaksin tersebut. 8) Saya telah ditawarkan dan/atau disediakan salinan dari Pemberitahuan Praktik Privasi perusahaan yang sesuai dengan Undang-Undang Portabilitas dan Akuntabilitas Asuransi Kesehatan (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). 9) Vaksinasi ini, termasuk vaksinasi lain yang mendapat perlindungan privasi tambahan berdasarkan undang-undang negara bagian atau federal, tunduk pada pelaporan oleh apotek saya atau rekan bisnisnya ke registri imunisasi, yang mungkin akan menyerahkan data imunisasi saya kepada pihak lain, kepada dokter penanggung jawab saya, dokter yang berwenang, atau kepada Departemen Kesehatan (Department of Health) dan saya mengizinkan pengungkapan data tersebut. (*Khusus New Jersey: Saya mengizinkan ____ tidak mengizinkan ____ melaporkan penerimaan vaksinasi ini kepada penyedia layanan kesehatan utama saya. Saya memahami bahwa kegagalan untuk mencantumkan otorisasi/tidak mengizinkan akan dianggap sebagai otorisasi.*) (*Khusus South Dakota, Maine, Massachusetts, dan New Hampshire: Saya memahami bahwa saya memiliki hak untuk menolak pembagian data saya kepada pihak-pihak yang disebutkan di atas melalui registri tersebut.*) Bagi orang tua atau wali anak di bawah umur, persetujuan di bawah ini mengonfirmasi penerimaan pemberitahuan tertulis untuk mengunjungi dokter anak setiap tahun.

X
 Tanda Tangan Pasien atau Orang Tua/Wali Pasien di Bawah Umur (cantumkan hubungan dengan pasien di bawah umur) _____ Nama Cetak _____ Tanggal _____

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: _____ <input type="checkbox"/> NPP Offered Counseling (Please circle): Accepted / Declined	RxBIN: _____ PCN: _____ Group #: _____ ID#: _____ Medical (Name, ID#, Group#): _____ <input type="checkbox"/> Offsite Clinic Clinic Name: _____ Clinic Address: _____ Appt Date: _____ Appt Time: _____ Administration time (OR Only): _____ ICIMZIV 20240523
---	---