

Świadoma zgoda na szczepienie

M K

Nazwisko	Imię	Drugie imię	Data urodzenia	Wiek ()	Płeć przypisana przy urodzeniu
Adres zamieszkania			Miejscowość	Stan	Kod pocztowy
Numer telefonu			Numer telefonu <input type="checkbox"/> Domowy <input type="checkbox"/> Komórkowy		

Szczepionki, których dotyczy wniosek: Grypa COVID-19
 Zapalenie płuc Półpasiec
 Zapalenie wątroby typu B
 Tężec/krztusiec RSV
 Zapalenie wątroby typu A
 HPV Zapalenie opon mózgowych MMR
 Inne: _____

Pochodzenie etniczne:
 Latynoskie
 Inne niż latynoskie
 Odmowa odpowiedzi (nieznane)

Rasa: Azjata Rdzenny Indianin amerykański
 Osoba z wysp Pacyfiku Osoba czarnoskóra lub Afroamerykanin/Afroamerykanka Osoba rasy białej
 Osoba dwóch lub większej liczby ras Inna

Podać masę ciała, jeśli jest niższa niż 30 kg: _____ kg

W które ramię woli Pan/Pani otrzymać szczepienie? Lewe Prawe
Adres e-mail: _____
Nazwisko lekarza pierwszego kontaktu: _____
Numer telefonu: _____ **Adres:** _____

Tylko pacjenci objęci programem Medicare: Ostatnie 4 cyfry numeru ubezpieczenia społecznego (SSN): _____
Numer identyfikacyjny Medicare Część B: _____

Pytania w ramach badania przesiewowego		Tak	Nie
1.	Czy dzisiaj jest Pan/Pani chory(-a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy jest Pan/Pani uczulony(-a) na leki, jedzenie lub szczepionki? Jeśli tak, prosimy wymienić: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana/Pani poważna reakcja lub omdlenie po szczepieniu (np. zespół Guillaina-Barrégo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Kobiety: Czy jest Pani w ciąży, karmi piersią lub planuje zażyć w ciąży w kolejnym miesiącu? Jeśli jest Pani w ciąży, prosimy podać tydzień ciąży: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Należy zaznaczyć wszystkie pasujące opcje: <input type="checkbox"/> Astma / choroba płuc <input type="checkbox"/> Cukrzyca <input type="checkbox"/> Choroba serca <input type="checkbox"/> Palacz tytoniu <input type="checkbox"/> Zaburzenia padaczkowe / zaburzenia mózgu <input type="checkbox"/> Choroba nerek / dializa <input type="checkbox"/> Choroba wątroby <input type="checkbox"/> Asplenia <input type="checkbox"/> Usunięcie grasicy lub problemy z grasicą takie jak miastenia gravis, zespół DiGeorge'a lub grasiczak? <i>(tylko szczepionka przeciwko żółtej febrze)</i> <input type="checkbox"/> Czy przyjmuje Pan/Pani obecnie antybiotyki lub leki na malarię? (Tylko doustna szczepionka przeciw durowi brzuszemu) <input type="checkbox"/> Czy w Pana/Pani historii medycznej występuje małopłytkowość lub plamica małopłytkowa? <i>(Tylko MMR® III)</i> <input type="checkbox"/> Hospicjum <input type="checkbox"/> Osłabiony układ odpornościowy (np. rak, HIV, aktywny półpasiec, sterydy doustne, leki przeciwnowotworowe lub antywirusowe, transfuzja krwi lub jej produktów, immunoglobulina, radioterapia) <input type="checkbox"/> Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjął(-ęła) Pan/Pani szczepionkę? Jeśli tak, prosimy wymienić: _____		
6.	Należy wskazać szczepionki, na temat których chciał(a)by Pan/Pani otrzymać więcej informacji: <input type="checkbox"/> Zapalenie wątroby typu A <input type="checkbox"/> MMR (odra, świnka, różyczka) <input type="checkbox"/> Szczepionki dla podróżnych <input type="checkbox"/> Szczepionka wieku dziecięcego <input type="checkbox"/> Inne: _____ <input type="checkbox"/> Nie jestem pewny(-a): chciał(a)bym poddać się ocenie w kwestii brakujących szczepień i potrzeb dotyczących szczepień		

Potrzeby związane ze szczepieniami				
7.	Data ostatniego: Szczepienia przeciw grypie _____ szczepienia przeciw COVID-19 _____	Tak	Nie	Nie wiem
8.	Czy był(a) Pan/Pani kiedykolwiek szczepiony(-a) przeciwko ZAPALENIU PŁUC? Jeśli tak, jakimi szczepionkami? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Pacjenci powyżej 60. roku życia: Czy kiedykolwiek przyjął(-ęła) Pan/Pani szczepienie RSV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Pacjenci powyżej 49. roku życia lub z obniżoną odpornością: Czy był(a) Pan/Pani kiedykolwiek szczepiony(-a) przeciwko PÓŁPAŚCOWI? Jeśli tak, należy podać daty szczepień: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Pacjenci poniżej 66. roku życia LUB pracownicy ochrony zdrowia: Czy przyjął(-ęła) Pan/Pani szczepienie MMR (odra, świnka, różyczka)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Pacjenci poniżej 59. roku życia LUB pracownicy ochrony zdrowia: Czy przyjął(-ęła) Pan/Pani pełną serię szczepień przeciw zapaleniu wątroby typu B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Pacjenci poniżej 46. roku życia: Czy przyjął(-ęła) Pan/Pani pełną serię szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Pacjenci poniżej 43. roku życia: Czy przyjął(-ęła) Pan/Pani 2 dawki szczepionki przeciwko ospie wietrznej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Pacjenci w wieku od 11 do 23 lat: Czy był(a) Pan/Pani szczepiony(-a) przeciwko zapaleniu opon mózgowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ille lat upłynęło od ostatniego szczepienia przeciwko TĘŻCOWI?	___ rok/lat(a)	<input type="checkbox"/>	

Świadoma zgoda: należy przeczytać i podpisać.

Składając poniżej podpis, wyrażam zgodę na podanie szczepionki (szczepionek) przez farmaceutę, nadzorowanego studenta farmacji, technika lub inną upoważnioną osobę, w przypadkach dozwolonych przez prawo lub wytyczne stanowe/federalne, zatrudnioną lub zakontraktowaną przez firmę Albertsons Companies lub jedną z aptek stowarzyszonych oraz na skontaktowanie się ze mną pod podanym powyżej numerem telefonu w sprawie innych szczepień ochronnych, które mnie obowiązują lub do których się kwalifikuję. Informacje podane powyżej są zgodne z prawdą i poprawne. Potwierdzam spełnienie kryteriów uprawniających do szczepienia (jeśli dotyczy); jeśli jestem rodzicem/opiekunem niepełnoletniego pacjenta, potwierdzam, że niepełnoletni pacjent spełnia kryteria uprawniające do szczepienia. Zwalniam również firmę Albertsons Companies oraz jej podmioty zależne, stowarzyszone, kierownictwo, dyrektorów, pracowników i przedstawicieli z wszelkiej odpowiedzialności, w tym za wszelkie zaniechania lub czynności będące skutkiem lub wynikające z przyjęcia przeze mnie lub przez osobę niepełnoletnią tego szczepienia. Rozumiem, że: 1) Dobrowolnie zdecydowałem(-am) się na przyjęcie szczepienia. Jeżeli przyjmuję szczepionkę przeciwko grypie przed 1 września, jestem rodzicem składającym podpis w imieniu mojego dziecka otrzymującego szczepienie, jestem w trzecim trymestrze ciąży lub nie mogę wrócić w późniejszym terminie. 2) Upoważniam firmę Albertsons Companies do złożenia w moim imieniu wniosku o zwrot kosztów do Medicare lub innego płatnika, który objęty jest umową, w tym mojego pracodawcy, jeśli płaci bezpośrednio za moje szczepienie; jeśli wniosek zostanie odrzucony, oświadczam, że będę odpowiadać za pokrycie kosztów. 3) Jestem osobą pełnoletnią i upoważnioną do wypełnienia niniejszego formularza zgody lub jestem rodzicem/opiekunem pacjenta niepełnoletniego. 4) Natychmiast powiadomię farmaceutę o wszelkich stanach, które mogą negatywnie wpłynąć na moje zdrowie lub skuteczność szczepionki. 5) Zostałem(-am) poinformowany(-a) o potencjalnych działaniach niepożądanych po szczepieniu, o okolicznościach ich wystąpienia oraz wiem, kiedy i gdzie szukać pomocy medycznej. Jestem zobowiązany(-a) do kontaktu z lekarzem na własny koszt w przypadku wystąpienia jakichkolwiek działań niepożądanych. 6) Powiniennem/powinnam pozostać na obserwacji przez 15 minut; jeśli w przeszłości wystąpiła u mnie natychmiastowa reakcja alergiczna o jakimkolwiek nasileniu na szczepionkę bądź podanie zastrzyku lub jeśli w przeszłości wystąpiła u mnie anafilaksja z jakiegokolwiek przyczyny, powiniennem/powinnam pozostać na obserwacji przez 30 minut po szczepieniu. Jeśli opuścę miejsce obserwacji bez czekania, przyjmuję do wiadomości, że robię to na własne ryzyko i wbrew zaleceniom specjalisty, który podał mi szczepionkę. 7) Przeczytałem(-am) lub przeczytano mi Oświadczenie z informacjami dotyczącymi szczepionek (Vaccine Information Statement(s), VIS) lub Upoważnienie do stosowania w nagłych wypadkach (Emergency Use Authorization, EUA) dotyczące szczepionek, które mają zostać podane. Miałem(-am) możliwość zadania pytań i na każde pytanie udzielono mi wyczerpującej odpowiedzi. Rozumiem korzyści i zagrożenia związane ze szczepieniem. 8) Zaproponowano mi i/lub otrzymałem(-am) egzemplarz obowiązujących w firmie Zasad dotyczących ochrony prywatności zgodnie z amerykańską ustawą o przenośności i ochronie danych w ubezpieczeniach zdrowotnych (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). 9) Niniejsze szczepienie, w przypadku których przyznano dodatkową ochronę prywatności zgodnie z prawem stanowym lub federalnym, podlega zgłoszeniu przez aptekę lub jej pracownika do rejestru szczepień, który może udostępniać moje dane dotyczące szczepień innym stronom, mojemu dostawcy świadczeń medycznych, lekarzowi wydającemu zgodę na wykonanie szczepienia lub lokalnemu wydziałowi zdrowia, jeśli ma to zastosowanie, a ja upoważniam do takiego ujawnienia. *(Tylko New Jersey: wyrażam zgodę _____ nie wyrażam zgody _____ na przekazanie informacji o otrzymaniu tego szczepienia mojemu lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej. Rozumiem, że brak zaznaczenia opcji wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody jest równoznaczny z wyrażeniem zgody).* *(Tylko Dakota Południowa, Maine, Massachusetts i New Hampshire: rozumiem, że mam prawo odmówić udostępnienia moich danych wyżej wymienionym podmiotom za pośrednictwem takich rejestrów).* W przypadku rodzica lub opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej poniższa zgoda stanowi potwierdzenie otrzymania pisemnej informacji o corocznych wizytach u pediatry.

X

Podpis pacjenta lub rodzica/opiekuna osoby niepełnoletniej (podać stopień pokrewieństwa/rodzaj relacji z osobą niepełnoletnią) _____ Imię i nazwisko drukowanymi literami _____ Data _____

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