

Consentimento informado para imunização

M F

Sobrenome _____ **Nome** _____ **Nome do meio** _____ **Data de nascimento** _____ **Idade** _____ **Sexo atribuído ao nascer** _____

Endereço residencial _____ **Cidade** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____ **Telefone** _____ Residencial Celular

Vacina(s) solicitada(s):

- Gripe
- COVID-19 Pneumonia
- Herpes zóster Hepatite B
- Tétano/coqueluche
- VSR Hepatite A HPV
- Meningite MMR
- Outras: _____

- Etnia:** Hispânico ou latino
 Não hispânico nem latino
 Prefiro não informar (desconhecido)

Se menos de 66 libras, liste o peso: ___ lb.

- Raça:** Asiático Indígena americano
 Nativo das Ilhas do Pacífico Negro ou afro-americano Caucasiano Duas ou mais Outras

Em qual braço você prefere receber a vacina? Esquerdo Direito
Endereço de e-mail: _____

Nome do provedor de cuidados primários: _____
Telefone: _____ **Endereço:** _____

Somente para pacientes com Medicare: Últimos 4 dígitos do SSN: _____
Nº de ID do Medicare Parte B: _____

Perguntas de triagem **Sim** **Não**

1.	Você está doente hoje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Você tem alguma alergia a medicamentos, alimentos ou vacinas? Em caso afirmativo, liste: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Você já teve alguma reação grave ou desmaiou após tomar uma vacina (por exemplo, síndrome de Guillain-Barré)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Para mulheres: Você está grávida, amamentando ou pensando em engravidar no próximo mês? Se grávida , semana de gestação: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Marque todas as opções que se aplicam a você: <input type="checkbox"/> Asma/doença pulmonar <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença cardíaca <input type="checkbox"/> Fumante de tabaco <input type="checkbox"/> Transtorno convulsivo ou doença cerebral <input type="checkbox"/> Doença renal/diálise <input type="checkbox"/> Doença hepática <input type="checkbox"/> Asplenia <input type="checkbox"/> Timo removido ou problemas com o timo, como miastenia grave, síndrome de DiGeorge ou timoma? (apenas febre amarela) <input type="checkbox"/> Está tomando antibióticos ou medicamentos antimetabólicos? (Apenas febre tifoide via oral) <input type="checkbox"/> Histórico de trombocitopenia ou trombocitopenia púrpura? (Apenas MMR® II) <input type="checkbox"/> Clínica de repouso <input type="checkbox"/> Sistema imunológico debilitado (por exemplo, câncer, HIV, herpes zóster ativo, esteroides orais, medicamentos anticancerígenos ou antivirais, transfusão ou produtos de sangue, imunoglobulina, radioterapia) <input type="checkbox"/> Tomou alguma vacina nas últimas 4 semanas? Em caso afirmativo, liste: _____		
6.	Sobre quais vacinas você gostaria de receber mais informações? <input type="checkbox"/> Hepatite A <input type="checkbox"/> MMR (Sarampo, caxumba, rubéola) <input type="checkbox"/> Vacinas para viagem <input type="checkbox"/> Vacinas infantis <input type="checkbox"/> Outras: _____ <input type="checkbox"/> Não tenho certeza, gostaria que fosse feita uma avaliação de possíveis lacunas ou necessidades de vacinação		

Necessidades de vacinação

7.	Data da última: Vacina contra gripe _____ Vacina contra COVID-19 _____	Sim	Não	Não tenho certeza
8.	Você já recebeu alguma vacina contra PNEUMONIA? Em caso afirmativo, quando e de quais tipos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Pacientes com mais de 60 anos: você já tomou alguma vacina contra VSR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Pacientes com mais de 49 anos <u>OU</u> imunocomprometidos: você já tomou alguma vacina contra HERPES ZÓSTER? Em caso afirmativo, indique a(s) data(s): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Pacientes com menos de 66 anos <u>OU</u> profissionais de saúde: você já tomou uma vacina MMR (sarampo, caxumba, rubéola)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Pacientes com menos de 59 anos <u>OU</u> profissionais de saúde: você já tomou uma série completa de vacinas contra hepatite B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Pacientes com menos de 46 anos: você já tomou uma série completa de vacinas contra o HPV (papilomavírus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Pacientes com menos de 43 anos: você já tomou 2 doses de vacina contra catapora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Pacientes com 11 a 23 anos: você já tomou alguma vacina contra meningite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Há quantos anos você tomou sua última vacina contra o TÉTANO?	_____ anos		<input type="checkbox"/>

Consentimento informado: Leia e assin.

Por intermédio de minha assinatura abaixo, eu dou consentimento para a administração da(s) vacina(s) por um farmacêutico ou por um técnico ou estudante de farmácia supervisionado, ou por outro profissional autorizado, quando permitido pela legislação ou por diretrizes estaduais/federais, empregado ou contratado pela Albertsons Companies ou por uma de suas farmácias afiliadas, e autorizo o contato comigo, pelo número indicado acima, para tratar de outras imunizações de que eu preciso ou que me qualifico para receber. As informações acima são verdadeiras e estão corretas. Eu declaro que atendo aos critérios de qualificação para a vacinação (se houver); caso eu seja pai/mãe/responsável legal de um paciente menor de idade, declaro que esse paciente atende aos critérios de qualificação para a vacinação. Eu também isento a Albertsons Companies e suas subsidiárias, afiliadas, executivos, diretores, funcionários e agentes de quaisquer responsabilidades, incluindo por ação ou omissão, resultantes ou decorrentes do recebimento, por mim ou pelo paciente menor de idade, da vacinação. Eu compreendo que: 1) Escolhi voluntariamente receber a vacinação. Se estou recebendo uma vacina contra a gripe antes de 1º de setembro, eu sou um/a pai/mãe que está assinando em nome de meu/minha filho/a que tomará a vacina, estou grávida no terceiro trimestre de gravidez ou não posso voltar em uma data posterior. 2) Eu autorizo a Albertsons Companies a enviar uma solicitação de reembolso em meu nome à Medicare ou a qualquer outra fonte pagadora contratada, incluindo ao meu empregador se ele for pagar diretamente por minha vacinação. Se a solicitação for negada, compreendo que serei responsável pelo pagamento; 3) Tenho idade de consentimento legal e estou autorizado/a a assinar este formulário de consentimento, ou sou o/a pai/mãe/responsável de um paciente menor de idade. 4) Eu alertarei imediatamente o farmacêutico sobre qualquer condição médica que possa afetar negativamente minha saúde pessoal ou a eficácia da vacina. 5) Eu fui orientado quanto a possíveis efeitos colaterais após a vacinação, quando eles podem ocorrer, e quando e onde devo procurar tratamento. Eu sou responsável por solicitar atendimento médico, pago por conta própria, caso apresente efeitos colaterais. 6) Eu devo permanecer no local para observação por 15 minutos, a menos que eu tenha histórico de reação alérgica imediata, de qualquer nível de gravidade, a alguma vacina ou terapia injetável, ou que tenha histórico de choque anafilático por qualquer causa; nesses casos, eu devo permanecer no local para observação por 30 minutos após a vacinação. Se eu deixar o local antes do período de espera, reconheço que estou fazendo isso por minha conta e risco e contra a orientação do profissional que administrou a vacina. 7) Eu li, ou alguém leu para mim, a Declaração de informação sobre a vacina (Vaccine Information Statement, VIS) ou a Autorização de uso emergencial (Emergency Use Authorization, EUA) referente às vacinas a serem administradas. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas e todas elas foram respondidas de maneira satisfatória. Eu compreendo os benefícios e os riscos das vacinas. 8) Foi oferecida e/ou fornecida a mim uma cópia do Aviso de práticas de privacidade da empresa, de acordo com a Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). 9) Esta vacinação, incluindo qualquer vacinação que tenha proteções de privacidade adicionais de acordo com a legislação estadual ou federal, está sujeita à notificação, pela minha farmácia ou seu parceiro de negócios, a um registro de imunização, que pode compartilhar meus dados de imunização com outros, e com meu médico principal, o médico responsável pela autorização ou o Departamento de Saúde local, se aplicável, e eu autorizo essas divulgações. (Somente para New Jersey: Eu autorizo ___ não autorizo ___ a notificação de meu recebimento desta vacinação ao meu provedor de cuidados primários. Compreendo que não marcar que autorizo/não autorizo servirá como uma autorização.) (Apenas Dakota do Sul, Maine, Massachusetts e New Hampshire: Eu compreendo que tenho o direito de recusar o compartilhamento de meus dados com as partes mencionadas acima por meio de tais registros). Para o pai/mãe/responsável de um menor de idade, o consentimento abaixo confirma o recebimento de um aviso por escrito indicando que são necessárias consultas anuais com um pediatra.

X
Assinatura do(a) paciente ou do pai/mãe/responsável do(a) paciente menor de idade (indicar a relação com o menor de idade) Nome em letra de fôrma 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: _____ <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
---	---