

不活化疫苗防疫注射知情同意書

男 女 其他
(請圈選一項)
性別

姓氏 名字 中間名 出生日期 年齡

住家地址 城市 州 郵遞區號 電話

您比較喜歡使用哪邊手臂接受疫苗注射？ 主治醫生名稱 _____
(請圈選) 左 右
要求接種的疫苗： _____

篩檢調查問卷：請勾選方格回答問題。

篩檢問題	是	否
1 您今天是否生病？		
2 您是否對任何一類藥物或食品有嚴重過敏（如蛋類、魚膠、thimerosal 疫苗保存劑、neomycin 抗生素、gentamicin 抗生素等）？若回答「是」，請列明：_____		
3 您是否曾經在接受任何疫苗注射後出現嚴重反應或暈倒？		
4 您是否對膠乳過敏（如手套或繃帶）？		
5 您是否患有癲癇症或腦部疾病？（問題只適用於接種破傷風、白喉、百日咳疫苗）		
6 接受疫苗注射女士：您是否懷孕或在未來數個月內打算懷孕？		
7 您是否患有任何可能會削弱您免疫系統的疾病，或服用可能會削弱您免疫系統的藥物？若是，請列明：_____		

知情同意書：請閱讀下文並簽署表示同意。

本人在以下簽名，表示本人在法律允許的情況下，同意接受由受聘於 Albertsons 公司或其附屬藥房的藥劑師或受監督的學生藥劑師或技術員接種疫苗；若本人需要或符合資格接受其他防疫注射時，本人亦同意有關機構可以透過上述的電話號碼聯絡本人。本人亦免除 Albertsons 公司及其子公司、附屬公司、管理人員、董事、僱員和代理商因本人接受該疫苗注射而造成或引起的全部責任，包括其作為與不作為。本人明白：1) 本人自願選擇接受疫苗注射，並了解本人必須繳付有關產品和服務的費用。2) 若本人的醫療福利提供者收到產品或服務的帳單，本人可能需要負責支付服務日期以後的款項。3) 本人已經達到法定年齡，並有權簽署此同意書；或本人未達到法定年齡，但已獲得由家長或監護人簽署的同意書。4) 若本人患有任何可能會對本人健康或疫苗有效性產生不利影響的疾病，本人將立即通知藥劑師。5) 本人已被告知疫苗注射後的潛在副作用和副作用可能出現的時候，以及本人應該何時和在那兒尋求治療。若出現副作用時，本人負責自費向我的醫生追蹤情況。6) 本人已被告知在疫苗注射後 15 分鐘留下來以進行觀察。7) 本人已閱讀，或某人已向本人閱讀將接種疫苗的《疫苗資訊聲明》(Vaccine Information Statement, 簡稱 VIS)。本人有機會提出問題，也對所有問題的答覆感到滿意。本人明白疫苗的好處和風險。8) 本人被獲發公司一份符合《健康保險隱私及責任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, 簡稱 HIPAA) 的《隱私政策實施通知》副本。9) 該疫苗注射（包括獲得州或聯邦法律額外隱私保護的任何疫苗注射）都必須由本人的藥劑師或其商業夥伴向防疫注射登記處匯報，該登記處可能會向他人披露本人的防疫注射資料；若適用的話，並可能會向本人的主治醫生、授權醫生或當地的衛生局披露有關資料；而本人授權該等披露行為。

X _____
病人或未成年病人家長／監護人簽署

_____ 日期

For Pharmacy Use Only

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Route	Site (circle)	VIS Publication Date
Flu (_____)				0.5/0.7	IM	R / L Deltoid	8-15-19
Shingrix			GSK	0.5	IM	R / L Deltoid	10-30-19
						R / L _____	
						R / L _____	

Signature of RPh: _____ Initials of Administrator: _____ Administration Date: _____

Billing Info (off-site only): Medicare (ID# including letters) or Medical (Name, ID#, Group#, Payer ID) _____

Last 4 digits of SSN: _____

BIN: _____ PCN: _____ Group#: _____ ID#: _____