

Информированное согласие на иммунизацию инактивированной вакциной

Фамилия	Имя	Второе имя	Дата рождения	Возраст	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">М</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Ж</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Другой</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(обведите один вариант)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Пол</td> </tr> </table>	М	Ж	Другой	(обведите один вариант)			Пол		
М	Ж	Другой												
(обведите один вариант)														
Пол														

Домашний адрес	Город	Штат	Почтовый индекс	Телефон
----------------	-------	------	-----------------	---------

Какую руку Вы предпочитаете для введения вакцины? _____
 (обведите) Левая Правая Основной поставщик медицинских услуг _____
 Запрашиваемая вакцина: _____

Опросник: Ответьте на вопросы, отмечая галочкой соответствующие ячейки.

Вопросы		ДА	НЕТ
1	Вы сегодня болеете?		
2	Есть ли у Вас серьезная аллергия на КАКИЕ-ЛИБО лекарства или продукты питания (например, яйца, тиомерсал, неомицин, гентамицин и др.)? Если да, то укажите: _____		
3	У Вас когда-нибудь была серьезная реакция или обморок после получения какой-либо вакцины?		
4	У Вас имеется гиперчувствительность к латексу (например, перчатки или пластыри)?		
5	У Вас имеется заболевание, сопровождающееся судорожными приступами, или же заболевание головного мозга? (только для вакцины против столбняка, дифтерии и коклюша [Tdap])		
6	Для женщин: Вы беременны или планируете забеременеть в следующем месяце?		
7	Есть ли у Вас заболевание или принимаете ли Вы лекарство (-а), которое может ослаблять иммунную систему? Если да, то укажите: _____		

Информированное согласие: Прочтите и подпишите следующее.

Поставив ниже свою подпись, я соглашаюсь на введение вакцины (вакцин) фармацевтом или, под его наблюдением, учеником фармацевта или лаборантом, если это разрешено законом, который работает на компанию Albertsons Companies или одну из ее дочерних аптек, и на то, чтобы со мной связывались по предоставленному телефонному номеру по вопросам других вакцинаций, которые я должен (должна) или имею право получить. Также я освобождаю компанию Albertsons Companies и ее дочерние предприятия, филиалы, должностных лиц, директоров, работников и агентов от любой ответственности, в том числе за действие или бездействие, в связи с этой вакцинацией. Я понимаю, что: 1) Я добровольно решил (-а) пройти вакцинацию и понимаю, что обязан (-а) оплатить все полученные изделия/материалы и услуги. 2) Возможно, что я буду нести ответственность за оплату после даты оказания услуги, если счет за продукт или услугу выставлен моему медицинскому страховому плану. 3) Я являюсь совершеннолетним (-ей) и уполномочен (-а) подписывать эту форму согласия или я не достиг (-ла) совершеннолетия и получил (-а) форму согласия, подписанную одним из родителей или опекуном. 4) Я без промедления сообщу фармацевту о любых заболеваниях или состояниях, которые могут отрицательно повлиять на мое здоровье или эффективность вакцины. 5) Меня проконсультировали о возможных побочных эффектах после вакцинации, о том, когда они могут возникнуть и когда и куда мне следует обращаться для получения лечения. В случае возникновения любых побочных эффектов я обязуюсь обратиться к своему врачу за свой счет. 6) Мне сообщили о необходимости задержаться в месте, где будет выполняться вакцинация, в течение 15 минут после вакцинации для наблюдения. 7) Я прочитал (-а) или мне прочитали «Информационный бюллетень вакцины» («VIS»), относящийся к вакцине (-ам), которую (-ые) мне будут вводить. Мне была предоставлена возможность задать вопросы, и на все мои вопросы были предоставлены удовлетворившие меня ответы. Я понимаю, в чем состоят польза и риск вакцины (вакцин). 8) Мне предложили и / или предоставили копию «Уведомления о политике сохранения конфиденциальности» компании в соответствии с Законом об ответственности и переносе данных медицинского страхования (HIPAA). 9) Об этой вакцинации, включая любую вакцинацию, на которую распространяются дополнительные меры защиты конфиденциальности в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством, будет сообщено моей аптекой или ее деловым партнером в реестр иммунизации, который может передавать мои данные о вакцинации другим, а также моему основному лечащему врачу, уполномоченному врачу или в местный департамент здравоохранения, если применимо, и я разрешаю раскрытие такой информации.

X _____
Подпись пациента или родителя/опекуна несовершеннолетнего **Дата**

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#: _____