

Age confirmation

- ☐ I certify that I, the person providing patient information, am at least 18 years of age, or an emancipated minor at least 16 years of age, or the parent or legal guardian of the minor patient.

Medical screening questions

Has the patient ever received a dose of COVID-19 vaccine?

☐ Yes ☐ No

If yes,

- Which vaccine product did the patient receive?

- ☐ Pfizer-BioNTech ☐ Janssen (*Johnson & Johnson*) ☐ Another Product
- ☐ Moderna ☐ Novavax

- How many doses of COVID-19 vaccine has the patient received? _____

Does the patient have a health condition or is the patient undergoing treatment that makes them moderately or severely immunocompromised?

☐ Yes ☐ No

This would include, but not be limited to, treatment for cancer, HIV, receipt of organ transplant, immunosuppressive therapy or high-dose corticosteroids, CAR-T-cell therapy, hematopoietic cell transplant [HCT], or moderate or severe primary immunodeficiency.

Has the patient received COVID-19 vaccine before or during hematopoietic cell transplant (HCT) or CAR-T-cell therapies?

☐ Yes ☐ No

Allergic Reactions

Allergic reactions include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused the patient to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.

- Has the patient ever had an allergic reaction to a component of a COVID-19 vaccine or a previous dose of a COVID-19 vaccine?

☐ Yes ☐ No

- Has the patient ever had an allergic reaction to another vaccine (other than a COVID-19 vaccine) or an injectable medication?

☐ Yes ☐ No

Medical screening questions (Continued)

Check all that apply to the patient:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Have a history of myocarditis or pericarditis | ☐ Have a history of thrombosis with thrombocytopenia syndrome (TTS) | ☐ Vaccinated with monkeypox vaccine in the last 4 weeks? |
| ☐ Have a history of Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C or MIS-A)? | ☐ Have a history of Guillain-Barré Syndrome (GBS) | ☐ Pregnant or breastfeeding |
| ☐ Have a history of an immune-mediated syndrome defined by thrombosis and thrombocytopenia, such as heparin-induced thrombocytopenia (HIT) | ☐ Have a history of COVID-19 disease within the past 3 months? | |

Vaccination disclosure & consent

Life threatening allergic reactions to vaccines are very rare. Signs of a serious allergic reaction include: shortness of breath, hoarseness of wheezing, hives, paleness, weakness, elevated heart rate, or severe dizziness. These symptoms may occur within a few minutes, or up to 48 hours after the vaccination. If you are experiencing any of these symptoms, you should contact a healthcare provider immediately.

- ☐ Verbal consent: The patient or legal guardian has been provided the benefits and potential adverse reactions, and provides consent to receive the vaccine.
- ☐ I understand that all immunizations will be reported to the California Immunization Registry (CAIR2).
- ☐ I understand the information in the patient's CAIR2 record will be shared with the local health department and California Department of Public Health, shall be treated as confidential medical information, and shall be used only as allowed by law. I may refuse to allow the information to be further shared and can request the CAIR2 record be locked by visiting the request to lock my CAIR record web form: <https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>

تأكيد العمر

☐ أقرّ بأنني، الشخص الذي يقدّم المعلومات، أبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل، أو أنني قاصر متحرر لا يقل عمره عن 16 عامًا، أو والد المريض القاصر أو الوصي القانوني عليه.

أسئلة الفحص الطبي

هل سبق للمريض أن تلقى جرعة من لقاح كوفيد-19؟ ☐ نعم ☐ لا

• ما نوع اللقاح الذي تلقاه المريض؟

☐ Pfizer-BioNTech ☐ Janssen (Johnson & Johnson) ☐ نوع آخر

☐ Moderna ☐ Novavax

• كم عدد جرعات لقاح كوفيد-19 التي تلقاها المريض؟ _____

هل يعاني المريض من حالة صحية أو هل يخضع لعلاج يجعله يعاني من نقص المناعة بشكل معتدل أو شديد؟ ☐ نعم ☐ لا

قد يشمل ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، علاج السرطان أو فيروس نقص المناعة البشرية أو تلقي زراعة الأعضاء أو العلاج المثبط للمناعة أو الجرعات العالية من الكورتيكوستيرويدات أو العلاج بالخلايا التائية CAR-T أو زرع الخلايا المكونة للدم [HCT] أو نقص المناعة الأولي المعتدل أو الشديد.

هل تلقى المريض لقاح كوفيد-19 قبل زراعة الخلايا المكونة للدم (HCT) أو علاجات الخلايا التائية CAR-T أو خلالها؟ ☐ نعم ☐ لا

ردود الفعل التحسسية

تشمل ردود الفعل التحسسية رد فعل تحسسيًا شديدًا [مثل الحساسية المفرطة] الذي يتطلب العلاج بالإبينفرين أو EpiPen® أو الذي يتسبب في ذهاب المريض إلى المستشفى. قد يشمل أيضًا رد فعل تحسسيًا يسبب الشرى أو التورم أو الضائقة التنفسية، بما في ذلك الصفير.

• هل سبق للمريض أن عانى من رد فعل تحسسي تجاه أحد مكونات لقاح كوفيد-19 أو جرعة سابقة من لقاح كوفيد-19؟ ☐ نعم ☐ لا

• هل أصيب المريض من قبل برد فعل تحسسي من لقاح آخر (بخلاف لقاح كوفيد-19) أو أي دواء يؤخذ عن طريق الحقن؟ ☐ نعم ☐ لا

أسئلة الفحص الطبي (متابعة الأسئلة)

حدّد كل ما ينطبق على المريض:

- ☐ لديه تاريخ من الإصابة بالتهاب عضلة القلب أو التهاب غلاف القلب (التامور)
- ☐ لديه تاريخ من الإصابة بتجلط الدم مع متلازمة نقص الصفائح (TTS)
- ☐ تلقى لقاح الجدري خلال الأسابيع الأربعة الماضية
- ☐ لديه تاريخ من الإصابة بالتهاب متلازمة MIS-C أو MIS-A
- ☐ لديه تاريخ من الإصابة بمتلازمة غيلان باريه (GBS)
- ☐ حامل أو مرضعة
- ☐ لديه تاريخ من الإصابة بمرض كوفيد-19 خلال الأشهر الثلاثة الماضية
- ☐ لديه تاريخ من الإصابة بالتهاب المناعة المحددة بتجلط الدم ونقص الصفائح، مثل نقص الصفائح الناجم عن الهيبارين (HIT)؟

إفصاح اللقاح والموافقة

ردود الفعل التحسسية التي تهدد الحياة من اللقاحات نادرة جدًا. تشمل علامات رد الفعل التحسسية الخطيرة ما يلي: ضيقًا في التنفس، أو بحة في صوت الصفير، أو الشعور بالقشعريرة، أو الشحوب، أو الضعف، أو ارتفاع معدل ضربات القلب، أو دوارًا شديدًا. قد تحدث هذه الأعراض في غضون بضع دقائق، أو حتى 48 ساعة بعد التطعيم. إذا كنت تعاني من أيٍّ من هذه الأعراض، يجب عليك التواصل مع موفر الرعاية الصحية فورًا.

☐ الموافقة اللفظية: تمّ إطلاع المريض أو الوصي القانوني على الفوائد وردود الفعل السلبية المحتملة، وهو يوافق على تلقي اللقاح.

☐ أفهم أنّه سيتمّ الإبلاغ عن جميع التطعيمات إلى سجل التطعيم في كاليفورنيا (CAIR2).

☐ أفهم أنه ستتم مشاركة المعلومات الموجودة في سجل CAIR2 الخاص بالمريض مع وزارة الصحة المحلية ووزارة الصحة العامة بولاية كاليفورنيا، وأنه سيتم التعامل معها على أنها معلومات طبية سرية، وسيتم استخدامها وفقًا لما يسمح به القانون فقط. قد أرفض السماح بمشاركة بياناتي بشكل أكبر ويُمكنني طلب إغلاق سجل CAIR2 عن طريق زيارة نموذج الويب الخاص بطلب إغلاق سجل CAIR الخاص بي: <https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>

Տարիքի հաստատում

- ☐ Ես հաստատում եմ, որ ես՝ հիվանդի մասին տեղեկություններ տրամադրող անձը, առնվազն 18 տարեկան եմ կամ առնվազն 16 տարեկան էմանսիպացված անչափահաս կամ անչափահաս հիվանդի ծնող կամ օրինական խնամակալ եմ:

Բժշկական սքրինինգային հարցեր

Հիվանդը երբևէ ստացել է COVID-19 պատվաստանյութի չափաբաժին:

☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե ստացել է,

• Ո՞ր պատվաստանյութն է ստացել հիվանդը:

- ☐ Pfizer-BioNTech ☐ Janssen (Johnson & Johnson) ☐ Another Product
- ☐ Moderna ☐ Novavax

• COVID-19-ի պատվաստանյութի քանի՞ չափաբաժին է ստացել հիվանդը: _____

Հիվանդի մոտ կա՞ որևէ առողջական վիճակ, կամ հիվանդն անցնում է որևէ բուժում, որը նրա մոտ առաջացնում է միջին կամ ծանր աստիճանի իմունային անբավարարություն:

☐ Այո ☐ Ոչ

Սա կարող է ներառել, բայց չի սահմանափակվում հետևյալով՝ քաղցկեղի բուժում, ՄԻԱՎ-ի, օրգանների փոխպատվաստում, իմունոսուպրեսիվ թերապիա կամ բարձր չափաբաժիններով կորտիկոստերոիդներ, CAR-T բջջային թերապիա, արյունաստեղծ բջիջների փոխպատվաստում [HCT] կամ միջին կամ ծանր առաջնային իմունային անբավարարություն:

Արդյո՞ք հիվանդը ստացել է COVID-19-ի պատվաստանյութ արյունաստեղծ բջիջների փոխպատվաստումից կամ CAR-T բջջային թերապիայից առաջ կամ դրա ընթացքում:

☐ Այո ☐ Ոչ

Ալերգիկ ռեակցիաներ

Ալերգիկ ռեակցիաները ներառում են սուր ալերգիկ ռեակցիան [օրինակ՝ անաֆիլակտիկ ռեակցիա (anaphylaxis)], որի բուժման համար պահանջվել է epinephrine (էպինեֆրին) կամ EpiPen®, կամ այդ ռեակցիայի պատճառով հիվանդը գնացել է հիվանդանոց: Այն նաև ներառում է ալերգիկ ռեակցիա, որն առաջացրել է եղնջացան, այտուց կամ շնչառական հյուծում, ներառյալ խոխոռոց:

• Երբևէ հիվանդն ունեցել է ալերգիկ ռեակցիա COVID-19-ի պատվաստանյութի որևէ բաղադրիչի կամ COVID-19-ի պատվաստանյութի նախորդ չափաբաժնի նկատմամբ:

☐ Այո ☐ Ոչ

Բժշկական սքրինինգային հարցեր (շարունակություն)

• Հիվանդը երբևէ ունեցել է ալերգիկ ռեակցիա այլ պատվաստանյութի (բացի COVID-19 պատվաստանյութից) կամ ներարկային դեղամիջոցի նկատմամբ:

☐ Այո ☐ Ոչ

Նշեք այն ամենը, ինչ վերաբերում է հիվանդին.

☐ Ունի միոկարդիտի կամ պերիկարդիտի պատմություն:

☐ Ունի թրոմբոցիտոպենիայի համախտանիշով (TTS) թրոմբոզի պատմություն

☐ Պատվաստվել է կապիկի ծաղկի դեմ պատվաստանյութով վերջին 4 շաբաթվա ընթացքում:

☐ Ունի բազմահամակարգային բորբոքային համախտանիշի պատմություն (MIS-C կամ MIS-A)

☐ Ունի Գիլեն-Բարե համախտանիշի (GBS) պատմություն

☐ Հղի կամ կրծքով կերակրող է

☐ Ունի իմունային միջնորդավորված սինդրոմի պատմություն, որը բնորոշվում է թրոմբոզով և թրոմբոցիտոպենիայով, ինչպիսին է հեպարինով պայմանավորված թրոմբոցիտոպենիան (HIT)

☐ Վերջին 3 ամսվա ընթացքում COVID-19 հիվանդության պատմություն ունի:

Պատվաստումների մասին տեղեկատվության բացահայտում և համաձայնություն

Պատվաստանյութի հանդեպ ալերգիկ ռեակցիաները, որոնք կարող են կյանքին վտանգ սպառնալ, շատ հազվադեպ են: Լուրջ ալերգիկ ռեակցիաների նշանների թվում են՝ շնչառության դժվարացում, շնչառության ձայնի խռպոտություն, մոլաքոր, գունատություն, թուլություն, սրտի զարկերի արագացում կամ ուժեղ գլխապտույտ: Այս նախանշանները կարող են առաջանալ մի քանի րոպեի ընթացքում կամ պատվաստումից մինչև 48 ժամվա ընթացքում: Եթե դուք զգում եք այս ախտանիշներից որևէ մեկը, դուք պետք է անմիջապես դիմեք բուժաշխատողին:

- ☐ Բանավոր համաձայնություն. հիվանդին կամ օրինական խնամակալին տրամադրվել են օգուտները և հնարավոր անբարենպաստ ռեակցիաները և տրամադրում է համաձայնություն պատվաստանյութը ստանալու համար:
- ☐ Ես հասկանում եմ, որ բոլոր պատվաստումների մասին կտեղեկացվեն Կալիֆոռնիայի պատվաստումների գրանցամատյանում (CAIR2):
- ☐ Ես հասկանում եմ, որ հիվանդի CAIR2 արձանագրության տեղեկատվությունը կփոխանցվի տեղական առողջապահական բաժանմունքին և Կալիֆոռնիայի Հանրային առողջապահության վարչությանը, կոփտարկվի որպես գաղտնի բժշկական տեղեկատվություն և կօգտագործվի միայն օրենքով թույլատրվածի համաձայն: Ես կարող եմ մերժել տեղեկատվության հետագա փոխանակումը և կարող եմ խնդրել CAIR2 գրառումների կողպումը՝ այցելելով վեբ ձևաթուղթ՝ խնդրելով կողպել իմ CAIR գրառումը: <https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>

ការបញ្ជាក់អំពីអាយុ

- ☐ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំជាអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ មានអាយុយ៉ាងតិច 18 ឆ្នាំ ឬអ្នកជំងឺយ៉ាងហោចណាស់មានអាយុ 16 ឆ្នាំដែលមិនស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងពីអាណាព្យាបាល ឬជាឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់អ្នកជំងឺជាអតីតជន។

សំណួរអំពីការពិនិត្យសុខភាព

តើអ្នកជំងឺធ្លាប់បានចាក់វ៉ាក់សាំងជំងឺ COVID-19 ទេ?

☐ បាទ/ចាស☐ ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាស

- តើអ្នកជំងឺបានចាក់វ៉ាក់សាំងនៃផលិតផលមួយណា? :

☐ Pfizer-BioNTech☐ Janssen (Johnson & Johnson)☐ ផលិតផលផ្សេងទៀត☐ Moderna☐ Novavax

- តើអ្នកជំងឺធ្លាប់បានចាក់វ៉ាក់សាំងជំងឺ COVID-19 ប៉ុន្មានដូស? _____

តើអ្នកជំងឺធ្លាប់មានស្ថានភាពសុខភាព ឬតើអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាលដែលបង្កឱ្យចុះខ្សោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំមធ្យម ឬធ្ងន់ធ្ងរដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស☐ ទេ

រួមមានជាអាទិ៍ ការព្យាបាលជំងឺមហារីក មេរោគអេដស៍ ការទទួលការប្តូរសរីរាង្គ ការព្យាបាលការទប់ស្កាត់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំធម្មជាតិនៃរាងកាយ ឬថ្នាំ corticosteroids កម្រិតខ្ពស់ ការព្យាបាលកោសិកា CAR-T ការប្តូរកោសិកាឈាមដើម [HCT] ឬការសាងសង់ខ្សោយបឋមកម្រិតមធ្យម ឬធ្ងន់ធ្ងរ។

តើអ្នកជំងឺបានចាក់វ៉ាក់សាំងជំងឺ COVID-19 មុន ឬអំឡុងពេលប្តូរកោសិកាឈាមដើម (HCT) ឬការព្យាបាលកោសិកា CAR-T ដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស☐ ទេ

ប្រតិកម្មអាណែស្ទ៊ី

ការប្រតិកម្មអាណែស្ទ៊ីនេះ រាប់បញ្ចូលទាំងប្រតិកម្មអាណែស្ទ៊ីនធ្ងន់ធ្ងរ [ឧ. អាណាភីឡាក់ស៊ីស] ដែលទាមទារការព្យាបាលដោយប្រើ epinephrine ឬ EpiPen® ឬដែលធ្វើឱ្យអ្នកជំងឺត្រូវទៅរកការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។

វាក៏អាចរួមបញ្ចូលទាំងការប្រតិកម្មអាណែស្ទ៊ីនដែលបានបណ្តាលឱ្យកើតកន្ទួលត្រជាក់ ការហើម ឬពិបាកដកដង្ហើម រួមទាំងការដកដង្ហើមតឹងផងដែរ។

- តើអ្នកជំងឺធ្លាប់មានប្រតិកម្មអាណែស្ទ៊ីននៅនឹងសារធាតុផ្សំនៃវ៉ាក់សាំង COVID-19 ឬដូសកាលពីមុននៃវ៉ាក់សាំង COVID-19 ដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស☐ ទេ

- តើអ្នកជំងឺធ្លាប់មានប្រតិកម្មអាណែស្ទ៊ីននៅនឹងសារធាតុផ្សំនៃវ៉ាក់សាំង COVID-19 ឬដូសកាលពីមុននៃវ៉ាក់សាំង COVID-19 ដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស☐ ទេ

សំណួរអំពីការពិនិត្យសុខភាព (បន្ត)

សូមជ្រើសរើសចម្លើយទាំងឡាយណាដែលត្រូវចំពោះអ្នកជំងឺ៖

- ☐ មានប្រវត្តិរលាកសាច់ដុំបេះដូង
ឬរលាកស្រាវបេះដូង
- ☐ មានប្រវត្តិកើតជំងឺកំណកឈាម
ជាដុំតូចជាមួយជំងឺដែលមានផ្លាតតែតថយចុះ
(TTS)
- ☐ បានចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺអុចស្វាភ្លែង
រយៈពេល 4 សប្តាហ៍ចុងក្រោយនេះទេ?
- ☐ មានប្រវត្តិនៃជំងឺរលាកពហុ ប្រព័ន្ធ(MIS-C ឬ MIS-
A)?
- ☐ មានប្រវត្តិកើតជំងឺ Guillain-Barré Syndrome
(GBS)
- ☐ មានផ្ទៃពោះ ឬបំបៅដោះកូន
- ☐ មានប្រវត្តិកើតជំងឺដែលសម្រប
សម្រួលដោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដែលកំណត់ដោយកំ
ណកឈាមជាដុំតូច និង
ជំងឺដែលមានផ្លាតតែតថយចុះដូចជា
ជំងឺថយចុះផ្លាតតែតដោយសារធាតុហេរីរីន (HIT)
- ☐ មានប្រវត្តិកើតជំងឺ COVID-19 ក្នុងរយៈពេល 3
ខែចុងក្រោយនេះ?

ការបង្ហាញការចាក់វ៉ាក់សាំង និងការយល់ព្រម

ប្រតិកម្មអាលែកស្ស៊ីដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិតចំពោះវ៉ាក់សាំងគឺមានណាស់។ សញ្ញានៃប្រតិកម្មអាលែកស្ស៊ីធ្ងន់ធ្ងរមាន៖ ដង្ហើមខ្លី ដង្ហើមស្លុក កន្ទួលត្រជាក់ ស្លេកស្លាំង
ការចុះខ្សោយ អត្រាចង្វាក់បេះដូងកើនឡើង ឬរលូនចង្វាក់បេះដូង។ រោគសញ្ញាទាំងនេះអាចកើតឡើងក្នុងរយៈពេលពីរថ្ងៃទី ប្រហូតដល់ 48 ម៉ោងបន្ទាប់ពីការចាក់វ៉ាក់សាំង។
ប្រសិនបើអ្នកកំពុងជួបប្រទះរោគសញ្ញាទាំងនេះ អ្នកគួរតែទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពជាបន្ទាន់។

- ☐ ការយល់ព្រមដោយពាក្យសុំដឹង អ្នកជំងឺ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ និងប្រតិកម្មមិនល្អដែលអាចកើតមាន និងផ្តល់ការយល់ព្រមដើម្បីចាក់វ៉ាក់សាំង។
- ☐ ខ្ញុំយល់ថា ការចាក់ថ្នាំបង្ការទាំងអស់នឹងត្រូវបានរាយការណ៍ទៅការិយាល័យចុះបញ្ជីថ្នាំបង្ការរដ្ឋ California (CAIR2) ។
- ☐ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មាននៅក្នុងកំណត់ត្រា CAIR2 របស់អ្នកជំងឺនឹងត្រូវបានចែករំលែកជាមួយក្រសួងសុខាភិបាលក្នុងតំបន់ និងក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈរដ្ឋ California
នឹងត្រូវបានចាត់ទុកជាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រសម្ងាត់ ហើយនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ស្របតាមការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ប៉ុណ្ណោះ។
ខ្ញុំអាចបដិសេធមិនអនុញ្ញាតឱ្យព័ត៌មានត្រូវបានចែករំលែកបន្ថែមទៀត ហើយអាចស្នើសុំឱ្យចាក់សោកំណត់ត្រា CAIR2
ដោយចូលទៅកាន់សំណើដើម្បីចាក់សោទម្រង់បែបបទតាមគេហទំព័រនៃកំណត់ត្រា CAIR របស់ខ្ញុំ៖ [https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/
SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En](https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En)

年龄确认

☐ 兹证明提供患者信息的是本人，且本人已年满 18 岁，或者是已年满 16 岁且脱离父母而独立生活的未成人，或者是未成年患者的父母或法定监护人。

医疗筛查问题

患者是否接种过新冠肺炎疫苗？ ☐ 是 ☐ 否
如果“是”，

• 患者接种了哪种疫苗产品？

- ☐ 辉瑞 BioNTech
- ☐ 杨森（强生）
- ☐ 其他产品
- ☐ 莫德纳
- ☐ 诺瓦克斯

• 患者接种了多少剂新冠肺炎疫苗？ _____

患者是否有健康问题或正在接受使其免疫功能中度或严重受损的治疗？ ☐ 是 ☐ 否

这包括但不限于癌症治疗、艾滋病治疗、接受器官移植、免疫抑制治疗或大剂量皮质激素、CAR-T 细胞治疗、造血细胞移植 [HCT] 或中度或重度原发性免疫缺陷。

患者接受造血细胞移植 (HCT) 或 CAR-T 细胞疗法之前或期间是否接种过新冠肺炎疫苗？ ☐ 是 ☐ 否

过敏反应

过敏反应包括需要使用肾上腺素或 EpiPen® 治疗或导致接种者去医院的严重过敏反应（例如过敏症）。还包括导致荨麻疹、肿胀或呼吸窘迫（包括喘息）的过敏反应。

• 患者是否曾对新冠肺炎疫苗的成分或以前接种过的新冠肺炎疫苗有过敏反应？ ☐ 是 ☐ 否

• 是否曾对其他疫苗（新冠肺炎疫苗除外）或注射药物产生过敏反应？ ☐ 是 ☐ 否

医疗筛查问题（续）

选中所有适用于患者的项：

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ 有心肌炎或心包炎病史 | ☐ 有伴血小板减少综合征 (TTS) 的血栓形成史 | ☐ 在过去 4 周内接种过麻疹疫苗 |
| ☐ 有多系统炎症综合征 (MIS-C 或 MIS-A) 病史 | ☐ 有吉兰-巴雷综合征 (GBS) 病史 | ☐ 处于孕期或哺乳期 |
| ☐ 有由血栓形成和血小板减少症定义的免疫介导综合症史，如肝素诱导的血小板减少症 (HIT) | ☐ 在过去 3 个月内有新冠肺炎病史 | |

疫苗接种披露和同意书

致命的疫苗过敏反应非常罕见。严重的过敏反应的症状包括：呼吸急促、气喘且声音嘶哑、荨麻疹、面色苍白、虚弱、心律加快或严重头晕。接种疫苗后几分钟或最多 48 小时内可能会出现这些症状。如果您出现任何这些症状，您应该立即联系医疗保健提供者。

- ☐ 口头同意：患者或其法定监护人已了解疫苗接种的好处和可能的不良反应，并表示同意接种疫苗。
- ☐ 我了解所有免疫接种都将报告给加州免疫登记处 (CAIR2)。
- ☐ 我了解患者 CAIR2 记录中的信息将与当地卫生部门和加州公共卫生部共享，应视为机密医疗信息，并且只能在法律允许的情况下使用。我可以拒绝进一步共享信息，并且可以通过访问锁定我的 CAIR 记录的请求网页表单请求锁定 CAIR2 记录：
<https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>

年齡資訊

- ☐ 茲證明本人，即提供患者資訊者，已年滿 18 歲，或者是已年滿 16 歲且脫離父母而獨立生活的未成年人，或者是未成年患者的父母或法定監護人。

醫療篩檢問題

病患是否曾接種一劑 COVID-19 疫苗？

☐ 是 ☐ 否

若是，

- 病患之前接種哪個產品產品？

- ☐ Pfizer-BioNTech ☐ Janssen（嬌生） ☐ 其他產品
- ☐ 莫德納 ☐ Novavax

- 病患已接種多少劑 COVID-19 疫苗？ _____

病患是否有健康病況或正在進行的治療對他們造成中度或重度免疫功能不全？

☐ 是 ☐ 否

這包括（但不限於）癌症治療、HIV、接受器官移植、免疫抑制療法或高劑量皮質類固醇、CAR-T 細胞療法、造血幹細胞移植 [HCT] 或中度或重度原發性免疫功能不全。

病患在接受造血幹細胞移植 (HCT) 或 CAR-T-cell（嵌合抗原受體 T 細胞）療法之前或期間，是否曾接種 COVID-19 疫苗？

☐ 是 ☐ 否

過敏反應？

過敏反應包括導致病患前往醫療並需要使用腎上腺素或 EpiPen® 治療的嚴重過敏反應 [例如重度過敏]。這也包括造成蕁麻疹、腫脹或呼吸窘迫（包括哮喘）的過敏反應。

- 病患是否曾對 COVID-19 疫苗成分或上一劑 COVID-19 疫苗有過敏反應？ ☐ 是 ☐ 否

- 病患是否曾對其他疫苗（COVID-19 疫苗以外）或注射型藥物有過敏反應？ ☐ 是 ☐ 否

醫療篩檢問題 (續)

選取所有適用於病患的選項：

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 有心肌炎或心包膜炎病史 | ☐ 有血栓併血小板低下症候群 (TTS) 的病史 | ☐ 在過去 4 週曾經接種猴痘疫苗？ |
| ☐ 有多系統發炎症候群 (MIS-C 或 MIS-A) 病史？ | ☐ 有格林-巴利症候群 (GBS) 病史 | ☐ 懷孕或哺餵母乳 |
| ☐ 有透過血栓和血小板低下定義的免疫媒介症候群病史，例如肝素誘發的血小板減少症 (HIT) | ☐ 在過去 3 個月內有 COVID-19 疾病的病史 | |

疫苗公開事項與同意

構成生命威脅的疫苗過敏反應相當稀有。嚴重過敏反應的跡象包括：氣促、喘息且聲音沙啞、起疹、臉色蒼白、虛弱感、心跳加速，或者嚴重暈眩。這些症狀可能會在注射疫苗後幾分鐘內，以至最多 48 小時出現。若您遇到其中任何症狀，應立即聯絡健康照護提供者。

- ☐ 口頭同意：患者或法定監護人已獲提供有關疫苗好處和潛在不良反應的資訊，並已同意接種疫苗。
- ☐ 我理解將會向加州免疫登記系統 (CAIR2) 呈報所有預防接種。
- ☐ 我理解病患 CAIR2 記錄中的資訊將分享給當地健康部門和加州公共衛生署，該資訊應視為機密醫療資訊，僅可在法律許可下使用。我可以拒絕允許進一步分享資訊，並且可以造訪申請鎖定 CAIR 記錄網頁表單：<https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>，以申請鎖定 CAIR2 記錄

تأیید سن

☐ بدینوسیله تصدیق می‌کنم که من، شخصی که معلومات مریض را ارائه می‌دهم، حد اقل 18 سال سن دارم، یا یک طفل صغیر مستقل با حداقل 16 سال سن استم، یا والد یا سرپرست قانونی مریض صغیر می‌باشم.

سوالات غربالگری طبی

آیا مریض تا حال دوز واکسین COVID-19 دریافت کرده است؟
اگر بلی،

☐ بلی ☐ نخیر

• مریض کدام محصول واکسین را دریافت کرده است؟

☐ فایزر-بیونتک ☐ جانسن (جانسون اند جانسون) ☐ محصول دیگر
☐ مدرنا ☐ نووواکس

• مریض چند دوز واکسین COVID-19 دریافت کرده است؟ _____

آیا مریض مشکل صحت دارد یا تحت مداوی است که باعث نقص متوسط یا شدید سیستم دفاعی می‌شود؟

☐ بلی ☐ نخیر

این شامل، اما نه محدود به، مداوی سرطان، HIV، دریافت پیوند عضو، مداوی سرکوب کننده سیستم دفاعی یا کورتیکواستروئیدهای با دوز بلند، مداوی با حجرات CAR-T، پیوند حجرات خونساز [HCT]، یا نقص متوسط یا شدید سیستم دفاعی اولیه است.

آیا مریض قبل از پیوند حجرات خونساز (HCT) یا مداوی با حجرات CAR-T واکسین COVID-19 را دریافت کرده است؟

☐ بلی ☐ نخیر

عکس العمل های حساسیتی

واکنش های حساسیتی شامل یک واکنش آلرژیک شدید [به طور مثال، آنافیلاکسی] است که نیاز به مداوی با اپی نفرین یا EpiPen® دارد یا باعث می شود مریض به شفاخانه منتقل شود. همچنین شامل یک واکنش آلرژیک است که باعث کهیر، تورم یا ناراحتی تنفسی، از جمله خس خس سینه می شود.

• آیا مریض تا حال به یکی از اجزای واکسین COVID-19 یا دوز قبلی واکسین عکس العمل COVID-19 حساسیتی داشته است؟

☐ بلی ☐ نخیر

• آیا مریض تا حال به واکسین دیگری (غیر از واکسین COVID-19) یا یک دوا قابل تزریق عکس العمل حساسیتی داشته است؟

☐ بلی ☐ نخیر

سوالات غربالگری طبی (ادامه)

آنچه را که در خصوص مریض صدق می کند را مشخص کنید:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ آیا در 4 هفته گذشته، واکسین آبله میمون دریافت کرده است؟ | ☐ سابقه ترومبوز همراه با سندروم ترومبوسیتوپنی (TTS) دارد | ☐ سابقه میوکاردیت یا پریکاردیت دارد |
| ☐ حامله است یا شیر می دهد | ☐ سابقه سندروم گیلن باره (GBS) دارد | ☐ آیا سابقه سندروم التهابی چند سیستمی (MIS-A یا MIS-C) دارد؟ |
| ☐ آیا در 3 ماه گذشته، سابقه بیماری COVID-19 داشته است؟ | ☐ سابقه یک سندروم با واسطه ایمنی تعریف شده توسط ترومبوز و ترومبوسیتوپنی، مانند ترومبوسیتوپنی ناشی از هپارین (HIT) دارد | |

اشتراک گذاری معلومات واکسیناسیون و رضایت

بروز واکنش های حساسیتی به واکسین ها در حدی که تهدید کننده زندگی باشند، بسیار نادر است. علائم یک عکس العمل حساسیتی جدی عبارتند از: تنگی نفس، خس خس صدا، کهیر، رنگ پریدگی، ضعف، ضربان قلب بلند، یا سرگیجه شدید. این علائم ممکن است در عرض چند دقیقه یا الی 48 ساعت پس از واکسیناسیون ظاهر شوند. اگر هر یک از این علائم را تجربه کردید، باید در زودترین وقت با یک ارائه دهنده مراقبت های صحی تماس بگیرید.

☐ رضایت شفاهی: معلومات مزیت ها و عوارض جانبی احتمالی با مریض یا سرپرست قانونی به اشتراک گذاشته شده و وی رضایت خود را برای دریافت واکسین ارائه می کند.

☐ من می دانم که معلومات همه واکسیناسیون ها به اداره ثبت واکسیناسیون کالیفورنیا (CAIR2) گزارش می شوند.

☐ من می دانم که معلومات موجود در دوسیه CAIR2 مریض با اداره صحت محلی و اداره صحت عامه کالیفورنیا به اشتراک گذاشته می شود، منیث معلومات طبی محرمانه تلقی می گردد و فقط طبق قانون مورد استفاده قرار می گیرد. من می توانم اجازه اشتراک گذاری معلومات را رد کنم. همچنین می توانم با مراجعه به درخواست قفل کردن فورم وب ریکارد CAIR خود، درخواست قفل شدن ریکارد CAIR2 را بدهم: <https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>

تأیید سن

☐ من تأیید می‌کنم که خودم، فردی که اطلاعات بیمار را ارائه می‌کند، حداقل 18 سال سن دارم یا فرد زیر سن قانونی و بدون نیاز به سرپرستی والدین هستم و حداقل 16 سال سن دارم، یا والدین یا قیم قانونی بیماری هستم که به سن قانونی نرسیده است.

سؤال‌های مربوط به غربالگری پزشکی

آیا بیمار تا به حال واکسن کووید 19 زده است؟
☐ بله ☐ خیر

• بیمار کدام واکسن را زده است؟

☐ Pfizer-BioNTech ☐ Janssen (Johnson & Johnson) ☐ سایر برندها

☐ Moderna ☐ Novavax

• بیمار چند دوز واکسن کووید 19 زده است؟ _____

آیا بیمار مشکل سلامتی خاصی دارد، یا در حال انجام دادن درمانی است که باعث شده سیستم ایمنی او به شدت یا تا حدودی ضعیف شود؟
☐ بله ☐ خیر

این مورد شامل و نه محدود به درمان سرطان، HIV، دریافت عضو پیوندی، درمان سرکوب سیستم ایمنی یا دوزهای بالای کورتیکواستروئیدها (کورتون)، CAR-T-cell درمانی، پیوند سلول بنیادی خون‌ساز (HCT) یا نقص شدید یا متوسط ایمنی اولیه می‌شود

آیا بیمار از زمان دریافت واکسن کووید 19، تحت درمان پیوند سلول خون‌ساز بنیادی (HCT) یا CAR-T-cell قرار گرفته است؟
☐ بله ☐ خیر

واکنش‌های آلرژیک (حساسیتی)

واکنش آلرژیک شامل واکنش آلرژیک شدید (مثلاً آنافیلاکسی) است که باید با اپی‌نفرین یا EpiPen® درمان شود یا سبب می‌شود بیمار به بیمارستان برود. همچنین، هرگونه واکنش آلرژیک را که باعث ایجاد کهیر، ورم، مشکلات تنفسی از جمله خس‌خس سینه شود شامل می‌شود.

• آیا بیمار تا به حال واکنش آلرژیک به ترکیبات واکسن کووید 19 یا دوزهای قبلی واکسن کووید 19 داشته است؟
☐ بله ☐ خیر

• آیا بیمار تا به حال واکنش آلرژیک به واکسن دیگری (غیر از واکسن کووید 19) یا دارویی تزریقی داشته است؟
☐ بله ☐ خیر

سؤال‌های مربوط به غربالگری پزشکی (ادامه)

همه مواردی را که برای بیمار صدق می‌کند علامت بزنید:

- ☐ تزریق واکسن آبله میمون در 4 هفته گذشته؟
- ☐ سابقه ترومبوز با سندرم ترومبوسیتوپنی (TTS)
- ☐ سابقه میوکاردیت یا پریکاردیت
- ☐ بارداری یا شیردهی
- ☐ سابقه سندرم گیلن-باره (GBS)
- ☐ سابقه سندرم التهابی چند سیستمی (MIS-A یا MIS-C)
- ☐ سابقه ابتلا به کووید 19 در 3 ماه گذشته؟
- ☐ سابقه هرگونه سندرم با سابقه سیستم ایمنی ترومبوتیک و ترومبوسیتوپنیک مانند ترومبوسیتوپنی ناشی از هپارین (HIT)

اشتراک‌گذاری اطلاعات مرتبط با واکسیناسیون، و رضایت

واکنش‌های آلرژیک مرگ‌آور به واکسن‌ها بسیار نادر هستند. نشانه‌های یک واکنش آلرژیک جدی عبارت‌اند از: تنگی نفس، گرفتگی صدا با خس‌خس، کهیر، رنگ‌پریدگی، ضعف، افزایش ضربان قلب یا سرگیجه شدید. این علائم ممکن است ظرف مدت چند دقیقه تا 48 ساعت پس از واکسیناسیون پدیدار شوند. اگر هر یک از علائم فوق را داشتید، باید سریعاً با یک ارائه‌دهنده خدمات پزشکی تماس بگیرید.

☐ رضایت شفاهی: مزایا و واکنش‌های نامطلوب بالقوه به بیمار یا سرپرست قانونی ارائه شده است و وی به دریافت واکسن رضایت دارد.

☐ من می‌دانم که اطلاعات تمام واکسیناسیون‌ها به «دفتر ثبت واکسیناسیون کالیفرنیا» (CAIR2) گزارش می‌شود.

☐ من می‌دانم که اطلاعات موجود در سوابق CAIR2 بیمار با اداره بهداشت محلی و اداره بهداشت عمومی کالیفرنیا به اشتراک گذاشته می‌شود و به‌عنوان اطلاعات پزشکی محرمانه تلقی می‌شود و فقط باید طبق قانون استفاده شود. ممکن است اجازه ندهم اطلاعاتم بیشتر به اشتراک گذاشته شود و با تکمیل فرم درخواست قفل سوابق CAIR2 در این آدرس، درخواست کنم فرم اینترنتی سوابق CAIR من قفل شود: <https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>:

年齢確認

- ☐ 私は、患者情報を提供する私が18歳以上、または16歳以上の未成年者、もしくは未成年者の親または法定後見人であることを証明します。

医療スクリーニングの質問

過去に COVID-19 ワクチンの接種を受けたことがありますか？ ☐ はい ☐ 否いいえ
「はい」の場合

・ 患者はどのワクチンを接種しましたか？

- ☐ Pfizer-BioNTech ☐ Janssen (*Johnson & Johnson*) ☐ 別の製品
☐ Moderna ☐ Novavax

・ 患者は COVID-19 ワクチンを何回接種しましたか？ _____

患者は中等度または重度の免疫不全になるような健康状態にありますか？または治療を受けていますか？ ☐ はい ☐ 否いいえ

これには、がん、HIV、臓器移植、免疫抑制療法または大量コルチコステロイド、CAR-T 細胞療法、造血細胞移植[HCT]、中等度または重度の原発性免疫不全の治療が含まれるが、これらに限定されません。

造血細胞移植（HCT）またはCAR-T細胞療法の前または治療中に、COVID-19ワクチンの投与を受けたことがありますか？ ☐ はい ☐ 否いいえ

アレルギー反応

アレルギー反応には、エピネフリンまたはエピペン® による治療を必要とした、あるいは患者が病院に行く原因となった重篤なアレルギー反応 [アナフィラキシーなど] が含まれます。また、じんましん、腫れ、喘鳴を含む呼吸困難を引き起こすアレルギー反応も含まれます。

・ COVID-19（新型コロナウイルス感染症）ワクチンの成分または以前の COVID-19 ワクチン接種に対してアレルギー反応を起こしたことがありますか？ ☐ はい ☐ 否いいえ

医療スクリーニングの質問（続き）

- ・別のワクチン（COVID-19 ワクチン以外）や注射薬にアレルギー反応を起こしたことがありますか？

☐ はい ☐ いいえ

患者に当てはまるものすべてにチェックをしてください：

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ 心筋炎や心膜炎の既往歴がある | ☐ 患者に血小板減少症候群（TTS）を伴う血栓症の既往がある | ☐ 過去 4 週間以内にエム（サル）痘ワクチンを接種した |
| ☐ 多系統炎症症候群（MIS-C または MIS-A）の既往歴がある | ☐ ギラン・バレー症候群（GBS）の既往歴がある | ☐ 妊娠中または授乳中ですか？ |
| ☐ ヘパリン起因性血小板減少症（HIT）など、血栓症や血小板減少を特徴とする免疫介在性症候群の既往歴がある | ☐ 過去 3 ヶ月以内に COVID-19 の病歴がある | |

ワクチンの開示と同意

ワクチン接種によって命を脅かすほどのアレルギー反応が出ることは非常に稀です。重篤なアレルギー反応の兆候としては、息切れ、喘ぎ声、じんましん、顔面蒼白、脱力感、心拍数の上昇、激しいめまいなどがあります。これらの症状は、ワクチン接種後、数分から 48 時間以内に発生する可能性があります。このような症状が出た場合は、すぐに医療機関に連絡してください。

- ☐ 口頭での同意：患者または法定後見人が、効果と潜在的な副反応について説明を受け、ワクチンを受けることに同意していること。
- ☐ 私は、すべての予防接種が California Immunization Registry（CAIR2）に報告されることを理解しています。

- ☐ 私は、患者の CAIR2 記録に記載された情報は、地域の保健部門およびカリフォルニア州公衆衛生局と共有され、機密の医療情報として取り扱われ、法律で認められた範囲でのみ使用されることを理解します。私は、情報がこれ以上共有されることを拒否することができます。また、CAIR記録のウェブフォーム: <https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En> をロックするリクエストにアクセスすることで、CAIR2 記録をロックするよう要請することができます。

연령 확인

☐ 본인은 환자 정보를 제공하는 본인이 만 18세 이상이거나, 만 16세 이상의 자립한 미성년자이거나, 미성년 환자의 부모 또는 법적 보호자임을 확인합니다.

건강 진단 관련 질문

환자가 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
예라고 답변한 경우,

• 환자가 어떤 백신 제품을 접종받았습니까?

- ☐ 화이자-바이오엔텍
- ☐ 얀센 (존슨앤드존슨)
- ☐ 다른 제품
- ☐ 모더나
- ☐ 노바백스

• 환자가 코로나19 백신을 몇 번 접종했습니까? _____

환자에게 건강상 질환이 있거나 중등도 또는 중증 면역 저하를 유발하는 치료를 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

여기에는 암, HIV, 장기 이식, 면역억제 요법 또는 고용량 코르티코스테로이드, CAR-T 세포 요법, 조혈 세포 이식[HCT] 또는 중등도 또는 중증 원발성 면역결핍에 대한 치료가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

환자가 조혈모세포이식(HCT) 또는 CAR-T 세포 요법을 받기 전 또는 받는 동안 코로나19 백신을 접종받았습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

알레르기 반응

알레르기 반응에는 에피네프린이나 EpiPen®을 사용하는 치료가 요구되거나 병원에 가야 했던 심각한 알레르기 반응(예컨대 아나필락시스)을 포함합니다. 또한 두드러기, 부기 또는 천명 등의 호흡 곤란을 유발하며 알레르기 반응도 포함합니다.

• 환자가 코로나19 백신의 구성 성분 또는 이전 코로나19 백신 접종에 대해 알레르기 반응을 보인 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

• 환자가 다른 백신(코로나19 백신 제외)이나 주사 약물에 알레르기 반응을 보인 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

건강 진단 관련 질문 (계속)

환자가 해당되는 모든 사항에 체크 표시하십시오.

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ 심근염 또는 심막염 병력이 있습니까? | ☐ 혈소판 감소성 혈전증(TTS)을 앓은 적이 있습니까? | ☐ 지난 4주 동안 원숭이두창 백신 접종을 받았습니까? |
| ☐ 다기관염증증후군(MIS-C 또는 MIS-A)을 앓은 적이 있습니까? | ☐ 길랑-바레 증후군(GBS) 병력이 있습니까? | ☐ 임신 중이거나 수유 중입니까? |
| ☐ 헤파린에 의한 저혈소판증(HIT)과 같은 혈전증 및 혈소판 감소증에 의해 정의되는 면역 매개 증후군을 앓은 적이 있습니까? | ☐ 지난 3개월 이내에 코로나19에 확진된 적이 있습니까? | |

백신 접종 공개 및 동의

백신에 대한 치명적인 알레르기 반응은 매우 드뭅니다. 심각한 알레르기 반응의 증상에는 호흡 곤란, 씹씹거림이나 쉼 목소리, 두드러기, 창백함, 무기력, 심박수 상승 또는 심한 현기증이 포함됩니다. 이러한 증상은 몇 분 내로, 또는 백신 접종 후 최대 48시간 이내에 발생할 수 있습니다. 이러한 증상이 나타나면 즉시 의료 서비스 제공자에게 연락해야 합니다.

- ☐ 구두 동의: 환자 또는 환자의 법적 보호자가 백신의 이점과 잠재적인 부작용에 대한 정보를 제공받았으며 백신 접종에 동의합니다.
- ☐ 본인은 모든 백신 접종 내역이 CAIR2(California Immunization Registry)에 보고된다는 점을 이해합니다.
- ☐ 본인은 환자의 CAIR2 기록에 있는 정보가 현지 보건부와 캘리포니아 보건국에 공유되고, 기밀 의료 정보로 취급되며, 법에 따라서만 사용된다는 점을 이해합니다. 본인은 정보가 추가로 공유되는 것을 거부할 수 있으며 CAIR 기록의 잠금 처리 요청을 위한 웹 양식 페이지(<https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>)를 방문하여 CAIR2 기록을 잠금 처리해 달라고 요청할 수 있습니다.

د عمر تصدیق

☐ زه تصدیقوم چې زه، هغه شخص چې د ناروغ معلومات چمتو کوي، لږ تر لږه 18 کلن يم يا يو ازاد شوی کم عمره شخص يم چې لږ تر لږه 16 کاله عمر لرم، يا د کم عمره ناروغ والدين يا قانوني سرپرست يم.

د طبي معاینې پوښتنې

ايا ناروغ کله د کووید-19 د واکسين يو ډوز ترلاسه کړی دی؟
که هو، ☐ نه ☐

• ناروغ د کوم واکسين محصول ترلاسه کړی دی؟

☐ Pfizer-BioNTech ☐ Janssen (Johnson & Johnson) ☐ کوم بل محصول
☐ Moderna ☐ Novavax

• ناروغ د کووید-19 د واکسين څو ډوزونه ترلاسه کړي دي؟ _____

ايا ناروغ داسې کومه ناروغي لري يا تر داسې درملنې لاندې دی چې د هغوی د بدن دفاعي سيستم په منځنۍ يا شديد توګه کمزوری کوي؟
هو ☐ نه ☐

په دې کې د سرطان درملنه، HIV درملنه، د غړي پيوند، د بدن د دفاعي سيستم کمزورې کوونکې معالجه يا د کورتيکوسټرايډونو لوړ ډوز، د CAR-T-حجرو درملنه، د وينې جوړوونکو حجراتو پيوند [HCT] يا په منځنۍ يا شديد کچه د بدن د دفاعي سيستم کمزورتيا شامل دي، خو په دې مواردو پورې محدود نه دي.

ايا ناروغ د حجراتو د پيوند (HCT) يا CAR-T-حجرې د درملنو پر مهال يا تر هغې دمخه د کووید-19 واکسينونه ترلاسه کړي دي؟
هو ☐ نه ☐

حساسيتي غبرګونونه

ټول حساسيتي غبرګونونه د شديد حساسيتي غبرګون په ګډون [د بېلګې په توګه انافيلاکسي] چې د ايپينفرين يا EpiPen® په وسيله درملنې ته اړتيا لري يا دا چې له امله يې ناروغ روغتون ته تللی وي. په دې کې کېدای شي هغه حساسيتي غبرګون هم شامل وي چې د دانو، پړسوب، يا تنفسي ستونزې لامل شوی وي لکه د سينې خس خس.

• ايا ناروغ کله د کووید-19 واکسين د ترکیباتو يا د کووید-19 واکسين د مخکيني ډوز پر وړاندې حساسيت ښودلی دی؟
هو ☐ نه ☐

• ايا ناروغ کله د کوم بل واکسين پر وړاندې (د کووید-19 له واکسين پرته) يا د کوم تزريقي درمل پر وړاندې حساسيت ښودلی دی؟
هو ☐ نه ☐

د طبي معاینې پوښتنې (دوام لري)

ټول هغه موارد انتخاب کړئ چې پر ناروغ پلي کېږي:

- ☐ په تېرو 4 اونیو کې د بیزو د تهاکو واکسین ورکړل شوی دی؟
- ☐ له ترومبوسیتوپېنیا سره د ترومبوسېز سپنډروم (TTS) مخینه لري
- ☐ د مایوکارډېټس یا پیري کارډېټس مخینه لري
- ☐ مېندواره ده یا ماشوم ته شیدې ورکوي
- ☐ د ګیلین بهري سنډروم (GBS) مخینه لري
- ☐ ایا د څو سیسټمي التهابي سنډروم (MIS-A یا MIS-C) مخینه لري؟
- ☐ په تېرو 3 میاشتو کې د کووید-19 ناروغۍ مخینه لري؟
- ☐ د اېمني واسطې سپنډروم مخینه لري چې د ترومبوسېز او ترومبوسیتوپېنیا په وسیله تعریف شوی وي لکه د هپارین له امله را منځته شوی ترومبوسیتوپېنیا (HIT)

د واکسیناسیون خپرول او رضایت

د واکسین پر وړاندې د ژوند ګواښونکي حساسیتي غبرګونونه خورا نادر دي. د شدید حساسیتي غبرګون په نښو نښانو کې دغه موارد شامل دي: ساه لنډي، د غږ خس، دانې، د رنګ بدلېدل، کمزوري، د زړه د ضربان چټکېدل یا شدید سرګنگسي. دغه نښې نښانې کېدای شي چې له واکسین ترلاسه کولو څخه یو څو دقیقې وروسته یا تر 48 ساعتونو پورې را منځته شي. که چېرته تاسو له دغو نښو نښانو څخه کومه یوه تجربه کوئ، نو باید ژر تر ژره له یوه روغتیا پال سره اړیکه ټینګه کړئ.

☐ شفاهي رضایت: ناروغ یا د هغوی قانوني سرپرست ته د واکسین ګټې او احتمالي حساسیتونه تشرېح شوي دي او د واکسین د ترلاسه کولو لپاره رضایت ورکوي.

☐ زه پوهېږم چې د ټولو واکسینونو راپور به د کلیفورنیا د واکسین د راجستر کولو ادارې (CAIR2) ته واستول شي.

☐ زه پوهېږم چې د ناروغ د CAIR2 سوابق به له ځایي روغتیايي ادارې او د کلیفورنیا د عامې روغتیا له ریاست سره شریک شي، له دغو معلوماتو سره به د محرمو طبي معلوماتو په څېر چلند وشي او یوازې به په هغه صورت کې وکارول شي چې قانون اجازه ورکړې وي. زه کولای شم چې د معلوماتو د نورو خپرولو اجازه رد کړم او کولای شم زما د CAIR سوابقو د بندولو وېب فورم ته مراجعه وکړم او غوښتنه ترې وکړم چې زما د CAIR2 سوابق بند کړي:

<https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>

ਉਮਰ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ

- ☐ ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ, ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ, ਘੱਟੋ ਘੱਟ 18 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ, ਜਾਂ ਸੁਤੰਤਰ ਨਾਬਾਲਗ ਹਾਂ ਜੋ ਘੱਟੋ ਘੱਟ 16 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦਾ/ਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਨਾਬਾਲਗ ਦੀ ਮਾਤਾ ਜਾਂ ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਹਾਂ।

ਮੈਡੀਕਲ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਸਵਾਲ

ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਕਦੇ ਵੀ COVID-19 ਵੈਕਸੀਨ ਦੀ ਖੁਰਾਕ ਮਿਲੀ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ,

- ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਕਿਹੜਾ ਵੈਕਸੀਨ ਉਤਪਾਦ ਮਿਲਿਆ ਸੀ?

☐ Pfizer-BioNTech

☐ Janssen (Johnson & Johnson)

☐ ਕੋਈ ਹੋਰ ਉਤਪਾਦ

☐ Moderna

☐ Novavax

- ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ COVID-19 ਵੈਕਸੀਨ ਦੀਆਂ ਕਿੰਨੀਆਂ ਖੁਰਾਕਾਂ ਮਿਲੀਆਂ ਹਨ? _____

ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਕੋਈ ਅਜਿਹੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਇਲਾਜ ਚੱਲ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜੋ ਉਸਨੂੰ ਮੱਧਮ ਜਾਂ ਗੰਭੀਰ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਮਿਊਨੋਕੋਮਪ੍ਰੋਮਾਈਜ਼ਡ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੈਂਸਰ ਲਈ ਇਲਾਜ, HIV, ਅੰਗ ਪ੍ਰਤੀਰੋਪਣ ਕਰਵਾਉਣਾ, ਈਮਿਊਨੋਸਪਰੈਸਿਵ ਥੈਰੇਪੀ ਜਾਂ ਉੱਚ-ਖੁਰਾਕ ਵਾਲੀ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡਜ਼, CAR-T-ਸੈੱਲ ਥੈਰੇਪੀ, ਹੀਮਾਟੋਪੋਏਟਿਕ ਸੈੱਲ ਟ੍ਰਾਂਸਪਲਾਂਟ [HCT], ਜਾਂ ਮੱਧਮ ਜਾਂ ਗੰਭੀਰ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਈਮਿਊਨੋਡੈਫੀਸੈਂਸੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਪਰ ਸੂਚੀ ਦੇਖੋ ਤੱਕ ਹੀ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ।

ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਹੀਮਾਟੋਪੋਏਟਿਕ ਸੈੱਲ ਟ੍ਰਾਂਸਪਲਾਂਟ (HCT) ਜਾਂ CAR-T-ਸੈੱਲ ਥੈਰੇਪੀਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਦੌਰਾਨ COVID-19 ਵੈਕਸੀਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਐਲਰਜੀ ਵਾਲੀਆਂ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆਵਾਂ

ਐਲਰਜੀ ਵਾਲੀਆਂ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚ ਗੰਭੀਰ ਐਲਰਜੀ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇਗੀ [ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਐਨਾਫਾਈਲੈਕਸਿਸ] ਜਿਸ ਲਈ ਐਪੀਨੇਫ੍ਰਾਈਨ ਜਾਂ EpiPen® ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪਈ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਣਾ ਪਿਆ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਐਲਰਜੀ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇਗੀ ਜਿਸ ਨਾਲ ਛਪਾਕੀ, ਸੋਜ, ਜਾਂ ਸਾਹ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰੇਸ਼ਾਨੀ ਆਈ ਹੋਵੇ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਘਰਘਰ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਆਉਣਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

- ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਕਦੇ COVID-19 ਵੈਕਸੀਨ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹਿੱਸੇ ਜਾਂ COVID-19 ਟੀਕੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਖੁਰਾਕ ਤੋਂ ਐਲਰਜੀ ਹੋਈ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

- ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਕਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵੈਕਸੀਨ (COVID-19 ਵੈਕਸੀਨ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ) ਜਾਂ ਕੋਈ ਟੀਕਾ ਰਾਹੀਂ ਲਗਾਉਣ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਤੋਂ ਐਲਰਜੀ ਹੋਈ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਮੈਡੀਕਲ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਸਵਾਲ (ਜਾਰੀ)

ਮਰੀਜ਼ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਭ ਅੱਗੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ:

- ☐ ਮਾਇਆਕਾਰਿਡੀਸ ਜਾਂ ਪੈਰੀਕਾਰਿਡੀਸ ਦਾ ਕੋਈ ਇਤਿਹਾਸ ਹੈ
- ☐ ਬੁੱਥੋਸਾਈਟੋਪੀਨੀਆ ਸਿੰਡਰੋਮ (TTS) ਦੇ ਨਾਲ ਬੁੱਥੋਸਿਸ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਹੈ
- ☐ ਕੀ ਪਿਛਲੇ 4 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮੰਕੀਪੌਕਸ ਵੈਕਸੀਨ ਦਾ ਟੀਕਾ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ?
- ☐ ਮਲਟੀਸਿਸਟਮ ਇਨਫਲੈਮੇਟਰੀ ਸਿੰਡਰੋਮ (MIS-C ਜਾਂ MIS-A) ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਹੈ?
- ☐ ਗੁਇਲੇਨ-ਬੈਰੀ ਸਿੰਡਰੋਮ (GBS) ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਹੈ
- ☐ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ ਜਾਂ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਆਪਣਾ ਦੁੱਧ ਪਿਲਾਉਂਦੇ ਹੋ
- ☐ ਬੁੱਥੋਸਿਸ ਅਤੇ ਬੁੱਥੋਸਾਈਟੋਪੀਨੀਆ ਦੁਆਰਾ ਪਰਿਭਾਸ਼ਿਤ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਤਾ-ਜਵਾਬ ਕਾਰਨ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਿੰਡਰੋਮ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹੈਪਾਰਿਨ-ਪ੍ਰੇਰਿਤ ਥਰੋਮਬੋਸਾਈਟੋਪੀਨੀਆ (HIT) ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਹੈ
- ☐ ਕੀ ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ COVID-19 ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਹੈ?

ਟੀਕਾਕਰਨ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ

ਵੈਕਸੀਨਾਂ ਨਾਲ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਨੂੰ ਖਤਰੇ ਵਿੱਚ ਪਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਐਲਰਜਿਕ ਪ੍ਰਤੀਕਰਿਆਵਾਂ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਵਾਪਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਗੰਭੀਰ ਅਲਰਜਿਕ ਰਿਐਕਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਸੰਕੇਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ: ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੋਣਾ, ਖਰੜ-ਖਰੜ ਦੀ ਅਵਾਜ਼ ਨਾਲ ਘੱਗਾਪਣ ਆਉਣਾ, ਛਪਾਕੀ, ਸਰੀਰ ਪੀਲਾ ਪੈ ਜਾਣਾ, ਕਮਜ਼ੋਰੀ, ਦਿਲ ਦੀ ਧੜਕਣ ਦੀ ਦਰ ਵੱਧ ਜਾਣਾ, ਜਾਂ ਗੰਭੀਰ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਚੱਕਰ ਆਉਣੇ। ਇਹ ਲੱਛਣ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਦੇ ਕੁਝ ਮਿੰਟਾਂ ਬਾਅਦ, ਜਾਂ 48 ਘੰਟਿਆਂ ਤੱਕ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਲੱਛਣ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

- ☐ ਜ਼ੁਬਾਨੀ ਸਹਿਮਤੀ: ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੂੰ ਲਾਭ ਅਤੇ ਸੰਭਾਵੀ ਪ੍ਰਤੀਕਰਮ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ, ਅਤੇ ਵੈਕਸੀਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- ☐ ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਾਰੀਆਂ ਟੀਕਾਕਰਨਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਇਮਯੂਨਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਰਜਿਸਟਰੀ (CAIR2) ਨੂੰ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- ☐ ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ CAIR2 ਰਿਕਾਰਡ ਵਿਚਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਅਤੇ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਪਬਲਿਕ ਹੈਲਥ ਦੇ ਨਾਲ, ਗੁਪਤ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਜੋਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ, ਅਤੇ ਕੇਵਲ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੀ ਵਰਤਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਮੈਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਆਪਣੇ CAIR ਰਿਕਾਰਡ ਵਿੱਚ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਲਾਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ 'ਤੇ ਜਾ ਕੇ CAIR2 ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਲਾਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ:

<https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>

Подтверждение возраста

- ☐ Я подтверждаю, что мне (лицу, предоставляющему информацию о пациенте) не менее 18 лет, либо что я являюсь дееспособным несовершеннолетним не младше 16 лет, родителем или законным представителем несовершеннолетнего пациента.

Вопросы в рамках медицинского скринингового обследования

Пациенту когда-либо вводили дозу вакцины против коронавирусной инфекции COVID-19?

☐ Да ☐ Нет

Если ответ **ДА**,

- **Вакцина какой марки была введена пациенту?**

- ☐ Pfizer-BioNTech ☐ Janssen (Johnson & Johnson) ☐ Другая вакцина
☐ Moderna ☐ Novavax

- **Сколько доз вакцины против коронавирусной инфекции COVID-19 было введено пациенту?** _____

Вызывает ли состояние здоровья пациента или проходимое им лечение иммунодефицит средней или тяжелой степени?

☐ Да ☐ Нет

К данной категории можно отнести, среди прочего, прохождение лечения по поводу рака, ВИЧ, трансплантацию органов, иммуносупрессивную терапию или получение высоких доз кортикостероидов, CAR-T-клеточную терапию, трансплантацию гемопоэтических клеток [ТГК] или первичный иммунодефицит средней или тяжелой степени.

Проходил ли пациент вакцинацию против COVID-19 до или во время трансплантации гемопоэтических клеток (ТГК) или CAR-T-клеточной терапии?

☐ Да ☐ Нет

Вопросы в рамках медицинского скринингового обследования (Продолжение)

Аллергические реакции

К аллергическим реакциям относится тяжелая аллергическая реакция (например, анафилактический шок), которая потребовала применения эпинефрина или препарата EpiPen® или привела к необходимости посещения клиники. К данной категории также можно отнести аллергическую реакцию, которая привела к появлению аллергической сыпи, отека или респираторному дистрессу, в том числе к свистящему дыханию.

- Была ли у пациента когда-либо аллергическая реакция на компонент вакцины против COVID-19 или предыдущую дозу вакцины против COVID-19? ☐ Да ☐ Нет
- Была ли у пациента когда-либо аллергическая реакция на другую вакцину (не на вакцину против коронавирусной инфекции COVID-19) или инъекционный препарат? ☐ Да ☐ Нет

Отметьте все применимые к пациенту пункты:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ В анамнезе присутствует миокардит или перикардит | ☐ В анамнезе присутствует синдром тромбоза с тромбоцитопенией (ТТС) | ☐ Вакцинация против оспы обезьян в течение последних 4 недель |
| ☐ В анамнезе присутствует синдром мультисистемного воспаления (MIS-C или MIS-A) | ☐ В анамнезе присутствует синдром Гийена-Барре в анамнезе (GBS) | ☐ Беременность или кормление грудью |
| ☐ В анамнезе присутствует иммуноопосредованный синдром, характеризующийся тромбозом с тромбоцитопенией, такой как гепарин-индуцированная тромбоцитопения (ГИТ) | ☐ В анамнезе присутствует коронавирусная инфекция COVID-19 в течение последних 3 месяцев | |

Раскрытие информации и согласие на вакцинацию

Опасные для жизни аллергические реакции на вакцину развиваются очень редко. Симптомы серьезной аллергической реакции могут быть следующими: одышка, осиплость или охриплость, сыпь, бледность, слабость, учащенное сердцебиение или сильное головокружение. Данные симптомы могут проявиться в течение нескольких минут или вплоть до 48 часов после вакцинации. Если вы испытываете какие-либо из этих симптомов, вам следует немедленно обратиться к поставщику медицинских услуг.

- ☐ Словесное согласие: пациенту или его законному опекуну была представлена информация о преимуществах и потенциальных нежелательных реакциях, и он/она дал(-а) согласие на получение вакцины.
- ☐ Я понимаю, что все сведения о проведенной вакцинации будут переданы в Реестр иммунизации штата Калифорния (CAIR2).
- ☐ Я понимаю, что все сведения, внесенные в реестр CAIR2, будут переданы в местное управление здравоохранения и Департамент здравоохранения штата Калифорния и будут обрабатываться с соблюдением требований к конфиденциальности медицинской информации, а также использоваться в строгом соответствии с законодательством. Я имею право запретить дальнейшую передачу информации и запросить блокировку сведений в реестре CAIR2, перейдя по ссылке для отправки запроса на блокировку моей электронной записи в реестре CAIR:
<https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>

Confirmación de la edad

- ☐ Certifico que yo, la persona que brinda información del paciente, tengo 18 años como mínimo, soy un menor emancipado de 16 años como mínimo o soy padre, madre o tutor de un paciente menor de edad.

Preguntas de evaluación médica

¿Alguna vez recibió el paciente una dosis de la vacuna contra el COVID-19?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique

- ¿Qué producto de vacuna recibió el paciente?

- ☐ Pfizer-BioNTech ☐ Janssen (*Johnson & Johnson*) ☐ Otro producto
- ☐ Moderna ☐ Novavax

- ¿Cuántas dosis de la vacuna del COVID-19 ha recibido el paciente? _____

¿Tiene el paciente una enfermedad o está sometido a un tratamiento que le hace estar moderada o gravemente inmunodeprimido?

☐ Sí ☐ No

Esto incluiría, entre otros, el tratamiento contra el cáncer, el VIH, la recepción de un trasplante de órganos, la terapia inmunosupresora o las dosis elevadas de corticosteroides, la terapia con células CAR-T, el trasplante de células hematopoyéticas [HCT] o la inmunodeficiencia primaria moderada o grave.

¿Ha recibido el paciente la vacuna del COVID-19 antes o durante un trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o terapias de células T con CAR?

☐ Sí ☐ No

Reacciones alérgicas

Las reacciones alérgicas incluyen una reacción alérgica severa (p. ej., anafilaxis) que requiriera tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que hiciera que el paciente fuera al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocasionó urticaria, hinchazón, dificultad respiratoria, incluidas sibilancias).

- ¿Alguna vez tuvo el paciente una reacción alérgica a un componente de la vacuna del COVID-19 o una dosis previa de una vacuna del COVID-19?

☐ Sí ☐ No

- ¿Alguna vez tuvo el paciente una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o un medicamento inyectable?

☐ Sí ☐ No

Preguntas médicas de evaluación (continuación)

Marque todas las opciones que apliquen al paciente:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis | ☐ Tiene antecedentes de trombosis con síndrome de trombocitopenia (TTS) | ☐ Recibió la vacuna contra la viruela del mono (mpox) en las últimas 4 semanas |
| ☐ Tiene antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) | ☐ Tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré (GBS) | ☐ Está embarazada o en período de lactancia |
| ☐ Tiene antecedentes de un síndrome inmunomediado definido por trombosis y trombocitopenia, como la trombocitopenia inducida por heparina (HIT) | ☐ Tiene antecedentes de enfermedad de COVID-19 dentro de los últimos 3 meses | |

Consentimiento y revelaciones para la vacuna

Las reacciones alérgicas potencialmente mortales a las vacunas son muy poco frecuentes. Los signos de una reacción alérgica grave son: dificultad para respirar, ronquera o silbido en el pecho, urticaria, palidez, debilidad, aumento de la frecuencia cardíaca o mareos severos. Estos síntomas pueden aparecer a los pocos minutos o hasta 48 horas después de recibir la vacuna. Si experimenta cualquiera de estos síntomas, debe comunicarse con su proveedor de atención médica de inmediato.

- ☐ Consentimiento verbal: el paciente o su tutor legal ha recibido información sobre los beneficios y las posibles reacciones adversas y presta su consentimiento para recibir la vacuna.
- ☐ Entiendo que todas las vacunas se informarán al Registro de Inmunización de California (California Immunization Registry, CAIR2).
- ☐ Entiendo que la información en el registro CAIR2 del paciente se compartirá con el departamento de salud local y el Departamento de Salud Pública de California, se tratará como información médica confidencial y se utilizará solo según lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que la información se comparta aún más y puedo solicitar que se bloquee el registro CAIR2 visitando el formulario web Solicitud para bloquear mi registro CAIR: <https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>

Pagkumpirma ng edad

- ☐ Pinapatunayan ko, bilang tagapagbigay ng impormasyon ng pasyente, na nasa edad na hindi baba sa 18 taong gulang, o menor de edad na may kalayaan na at may edad na hindi baba sa 16 taong gulang, o ang magulang o legal na tagapag-alaga ng menor de edad na pasyente.

Mga tanong sa medical screening

Nakatanggap na ba ang pasyente ng dosis ng bakuna laban sa COVID-19?

☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo,

- Aling produkto ng bakuna ang natanggap ng pasyente?

- ☐ Pfizer-BioNTech ☐ Janssen (*Johnson & Johnson*) ☐ Iba pang produkto
- ☐ Moderna ☐ Novavax

- Ilang dosis ng bakuna laban sa COVID-19 ang natanggap ng pasyente? _____

Mayroon bang kondisyon sa kalusugan ang pasyente o sumasailalim sa isang gamutan ang pasyente na maaaring katamtaman o lubhang nakompromiso ang lagay ng kalusugan?

☐ Oo ☐ Hindi

Maaaring kabilang dito, ngunit hindi limitado sa, ang gamutan para sa cancer, HIV, pagtanggap ng transplant ng organ, therapy para sa immunosuppressive o high-dose ng corticosteroids, therapy para sa CAR-T-cell, transplant ng hematopoietic cell, o katamtaman o malubhang

Nakatanggap na ba ang pasyente ng bakuna laban sa COVID-19 bago o habang nagkaroon ng transplant ng hematopoietic cell o therapy ng CAR-T-cell?

☐ Oo ☐ Hindi

Mga Reaksyon na Allergic

Kabilang sa reaksiyon na allergic ay ang malalang reaksiyon [hal., anaphylaxis] na nangailangan ng paggamot gamit ang epinephrine o EpiPen® o sanhi ng pagpunta sa ospital ng pasyente. Maaaring kabilang din dito ang reaksiyon na allergic na nagdulot ng pagpapantal, pamamaga, o respiratory distress, kabilang na ang paghingal.

- Nagkaroon na ba ang pasyente ng reaksiyon na allergic sa sangkap ng bakuna laban sa COVID-19 o sa nakaraang dosis ng bakuna laban sa COVID-19?

☐ Oo ☐ Hindi

- Nagkaroon na ba ng reaksiyon na allergic ang pasyente sa iba pang bakuna (bukod sa bakuna laban sa COVID-19) o sa isang gamot na tinuturok ng iniksyon?

☐ Oo ☐ Hindi

Mga tanong sa medical screening (pagpapatuloy)

I-check ang lahat ng totoo sa pasyente:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Dati nang nakaranas ng myocarditis o pericarditis | ☐ Dati nang nagkaroon ng thrombosis na may thrombocytopenia syndrome (TTS) | ☐ Nabakunahan ng laban sa monkeypox sa nakaraang apat na linggo? |
| ☐ Dati nang nagkaroon ng Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C o MIS-A)? | ☐ Dati nang nagkaroon ng Guillain-Barré Syndrome (GBS) | ☐ Buntis o nagpapasuso |
| ☐ Dati nang nagkaroon ng immune-mediated syndrome na natukoy ng thrombosis at thrombocytopenia, gaya ng heparin-induced thrombocytopenia (HIT) | ☐ Nagkaroon ng sakit na COVID-19 sa nakaraang tatlong buwan? | |

Disclosure at consent para sa pagpapabakuna

Napakabihira ang mga nakamamatay na reaksiyon na allergic sa bakuna. Kabilang sa mga senyales ng malubhang reaksiyon na allergic ang: pangangapos ng hininga, paghinga na may pamamaos, pamamantal, pamumutla, panghihina, mas mabilis na pagtibok ng puso, o matinding pagkahilo. Maaaring mangyari ang mga sintomas na ito sa loob ng ilang minuto, o hanggang 48 oras pagkatapos ng pagpapabakuna. Kung nakararanas ka ng alinman sa mga sintomas na ito, dapat kang makipag-ugnayan kaagad sa isang healthcare provider.

- ☐ Berbal na pahintulot: Ipinaalam sa pasyente o legal na tagapangalaga ang mga benipisyo at potensyal na hindi magandang mga reaksiyon, at ipinaalam ang pagbibigay ng bakuna.
- ☐ Nauunawaan kong iuulat ang lahat ng pagpapabakuna sa California Immunization Registry (CAIR2).
- ☐ Nauunawaan kong ang lahat ng impormasyon sa CAIR2 record ng pasyente ay ibabahagi sa lokal na health department at California Department of Public Health, na mananatiling confidential na medikal na impormasyon, at gagamitin lamang ayon sa ipinapahintulot ng batas. Maaari kong tanggihan ang higit na pagbabahagi ng impormasyon at ang pag-request sa pag-lock ng CAIR2 na record sa pamamagitan ng pagpunta sa CAIR record web form: <https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>

Xác nhận tuổi

☐ Tôi xác nhận rằng tôi, người cung cấp thông tin bệnh nhân, ít nhất 18 tuổi hoặc là trẻ vị thành niên tự lập ít nhất 16 tuổi hoặc là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân trẻ vị thành niên.

Câu hỏi sàng lọc y tế

Bệnh nhân đã tiêm một liều vắc-xin COVID-19 chưa? ☐ Rồi ☐ Chưa

Nếu rồi,

- Bệnh nhân đã được tiêm loại vắc-xin nào?
☐ Pfizer-BioNTech ☐ Janssen (Johnson & Johnson) ☐ Sản phẩm khác
☐ Moderna ☐ Novavax
- Bệnh nhân đã tiêm bao nhiêu liều vắc-xin COVID-19? _____

Bệnh nhân có vấn đề sức khỏe hay bệnh nhân đang được điều trị khiến họ bị suy giảm miễn dịch ở mức độ trung bình hoặc nặng? ☐ Có ☐ Không

Điều này sẽ bao gồm, nhưng không giới hạn trong điều trị ung thư, HIV, được cấy ghép nội tạng, liệu pháp ức chế miễn dịch hoặc corticosteroid liều cao, liệu pháp tế bào CAR-T, ghép tế bào tạo máu [HCT] hoặc suy giảm miễn dịch nguyên phát ở mức độ trung bình hoặc nặng.

Bệnh nhân có được tiêm vắc-xin COVID-19 trước hoặc trong quá trình cấy ghép tế bào tạo máu (HCT) hoặc liệu pháp tế bào CAR-T không? ☐ Có ☐ Không

Các Phản ứng Dị ứng

Phản ứng dị ứng bao gồm phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] cần điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến bệnh nhân phải đến bệnh viện. Ngoài ra, còn bao gồm cả phản ứng dị ứng gây ra phát ban, sưng hoặc suy hô hấp, kể cả thở khó khè.

- Bệnh nhân có từng bị phản ứng dị ứng với một thành phần của vắc-xin COVID-19 hoặc liều vắc-xin COVID-19 trước đó không? ☐ Có ☐ Không

Câu hỏi sàng lọc y tế (Tiếp)

- Bệnh nhân có bao giờ bị dị ứng với một loại vắc-xin khác (không phải vắc-xin COVID-19) hoặc một loại thuốc tiêm nào không? ☐ Có ☐ Không

Chọn tất cả những điều đúng với bệnh nhân:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Có tiền sử viêm cơ tim hoặc viêm màng ngoài tim | ☐ Có tiền sử huyết khối với hội chứng giảm tiểu cầu (TTS) | ☐ Đã tiêm vắc-xin thủy đậu trong vòng 4 tuần trước? |
| ☐ Có tiền sử mắc Hội chứng viêm đa hệ thống (MIS-C hoặc MIS-A) không? | ☐ Có tiền sử mắc Hội chứng Guillain-Barré (GBS) | ☐ Mang thai hoặc cho con bú |
| ☐ Có tiền sử mắc hội chứng qua trung gian miễn dịch được xác định bởi huyết khối và giảm tiểu cầu, chẳng hạn như giảm tiểu cầu do heparin (HIT) | ☐ Có tiền sử mắc bệnh COVID-19 trong vòng 3 tháng qua không? | |

Đồng ý tiêm chủng & tiết lộ thông tin

Các phản ứng dị ứng với vắc-xin đe dọa đến tính mạng là rất hiếm. Các dấu hiệu của phản ứng dị ứng nghiêm trọng bao gồm: khó thở, thở khò khè, phát ban, xanh xao, suy yếu, tăng nhịp tim hoặc chóng mặt nghiêm trọng. Những triệu chứng này có thể xảy ra trong vài phút hoặc đến 48 giờ sau khi tiêm vắc-xin. Nếu gặp bất kỳ triệu chứng nào trong số này, quý vị nên liên hệ với nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe ngay lập tức.

- ☐ Đồng ý bằng lời nói: Bệnh nhân hoặc người giám hộ hợp pháp đã được thông báo các lợi ích và phản ứng phụ có thể xảy ra và đồng ý tiêm vắc-xin.
- ☐ Tôi hiểu rằng tất cả các trường hợp tiêm phòng sẽ được báo cáo cho cơ quan Đăng ký Tiêm phòng California (CAIR2).
- ☐ Tôi hiểu thông tin trong hồ sơ CAIR2 của bệnh nhân sẽ được chia sẻ với sở y tế địa phương và Sở Y tế Công cộng California, sẽ được coi là thông tin y tế bí mật và chỉ được sử dụng khi được pháp luật cho phép. Tôi có thể từ chối cho phép chia sẻ thêm thông tin và có thể yêu cầu khóa hồ sơ CAIR2 bằng cách truy cập biểu mẫu web yêu cầu khóa hồ sơ CAIR của tôi:
<https://cairforms.cdph.ca.gov/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>