**Форма согласия на получение вакцины от COVID-19 (preferred language Russian)**

Имя пациента (фамилия, имя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер мобильного телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Эта информация будет использоваться, чтобы напомнить вам о второй вакцинации.)

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Город, штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Собранная в этом разделе информация позволяет гарантировать соответствующее лечение, ориентированное на пациента:**

Пол при рождении (выберите один вариант):

|  |  |
| --- | --- |
| Мужской: □ | Женский: □ |

Гендерная идентичность (выберите один вариант):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Мужчина: □ | Женщина: □ | Гендерквир: □ | Не указана/неопределенная: □ |

Этническая принадлежность (выберите один вариант):

|  |  |
| --- | --- |
| Латиноамериканское происхождение (включая испанское, мексиканское, пуэрториканское, кубинское и т. д.) □ | Не латиноамериканское происхождение. Лицо не испаноязычной культуры или происхождения □ |

Раса (выберите все подходящие варианты):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Чернокожий или афроамериканец □  Белокожий □ | Азиат □  Американский индеец или коренной житель Аляски □ | Уроженец Гавайских островов или островов Тихого океана □ |

**Страховая информация:**

Страховая компания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Являетесь ли вы держателем основной карты? Да Нет

Если нет, укажите имя и дату рождения держателя основной карты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Идентификатор держателя карты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Идентификатор группы Rx: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BIN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PCN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Являетесь ли вы участником программы государственной бесплатной медицинской помощи для престарелых? Да Нет

Если да, укажите номер программы страхования (часть A/B): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если вы не застрахованы и не желаете платить за введение вакцины, заполните информацию ниже. Если вы не предоставите эту информацию, вам может быть выставлен счет за введение вакцины.

*У меня нет страховки, в том числе я не являюсь участником программы Medicare, Medicaid или любого другого частного или государственного плана здравоохранения. Чтобы оплатить вакцинацию по Программе COVID-19 для незастрахованных пациентов Управления здравоохранения и медицинского обслуживания США, укажите (а) действительный номер социального страхования; (б) идентификационный номер штата с указанием штата выдачи, или (в) номер водительского удостоверения с указанием*

*штата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Согласие на услуги:**

* *Я самостоятельно и по доброй воле принимаю решение пройти вакцинацию от COVID-19. Я знаю, что имею возможность отказаться от вакцинации. Я прошу вакцинировать меня или же указанное выше лицо, от имени которого я обращаюсь с этой просьбой. Мне была предоставлена информационная сводка для вакцинируемых и специалистов по уходу за больными*, касающаяся данной вакцины. В сводке *указана информация о побочных эффектах и патологических реакциях. Я прочитал(а) (либо мне прочитали) информацию о вакцине против COVID-19.*
* *Я знаю, что Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) разрешило экстренное применение этой вакцины. Я знаю, что эта вакцина не имеет всех необходимых лицензий FDA. У меня была возможность задать вопросы и получить удовлетворительные ответы. Мне известна информация о вакцине, альтернативных вариантах, преимуществах и рисках в той мере, в которой она известна или неизвестна в настоящее время.*
* *Я понимаю, что после получения вакцины мне нужно определенное время оставаться в зоне проведения вакцинации для наблюдения на случай возникновения нежелательных реакций. Если у меня в анамнезе были аллергические реакции, мне нужно подождать 30 минут. Если у меня в анамнезе не было аллергических реакций, мне нужно подождать 15 минут.*
* *Я знаю, что в случае возникновения тяжелой аллергической реакции, включая затрудненное дыхание, отек лица или горла, учащенное сердцебиение, обильную сыпь по всему телу, головокружение или слабость, мне нужно позвонить по номеру 9-1-1 или обратиться в ближайшую больницу. Я знаю, что в случае возникновения побочных эффектов, которые меня беспокоят или не проходят, я могу позвонить своему врачу.*
* *Мне предлагали стать участником программы V-SAFE. Программа проверяет состояние здоровья пациентов, которые получили вакцину от COVID-19. Я знаю, что мне нужно сообщить о побочных эффектах после вакцинации в FDA/CDC, используя систему регистрации поствакцинальных побочных проявлений (VAERS), по номеру 1-800-822-7967 или по адресу* [*https://vaers.hhs.gov/reportevent.html*](https://vaers.hhs.gov/reportevent.html)*.*
* *Я знаю, что мне необходимо получить две дозы вакцины от COVID-19, причем в обоих случаях мне должны ввести один и тот же препарат. Я понимаю, что ни одна вакцина не гарантирует иммунитета к болезни (вирусу) или отсутствия побочных эффектов. Я знаю, что могу отказаться от второй дозы вакцины. Но если я откажусь от второй дозы, вероятность вырабатывания иммунитета снизится.*

***Разрешение запроса на оплату.*** *Я разрешаю организации, предоставляющей вакцину, разглашать информацию и выставлять запрос на оплату. Я подтверждаю, что предоставленная мной информация для запроса на оплату по программе Medicare, Medicaid или по программе HRSA для борьбы против COVID-19 для незастрахованных пациентов верна. Я разрешаю передачу всей зарегистрированной информации для данного запроса. Прошу произвести страховую выплату от моего имени.*

***Раскрытие информации.*** *Я понимаю, что организация, предоставляющая вакцину, по требованию или добровольно может раскрывать информацию о моем здоровье, связанном с вакцинацией, моему лечащему врачу, для программы страхования, систем здравоохранения и больниц, государственных или федеральных реестров или других органов здравоохранения в целях лечения, оплаты или проведения иных функций, связанных со здравоохранением. Я также понимаю, что организация, предоставляющая вакцину, будет использовать и раскрывать информацию о моем состоянии здоровья согласно Уведомлению о методах обращения с личными данными, которое можно получить по запросу или на веб-сайте организации. Если я работаю в [укажите название медицинского учреждения], я понимаю, что в данном учреждении будут сохранены записи о моей вакцинации в [укажите имя электронной медицинской карты] и могут храниться записи о вакцинации в медицинской карте сотрудника [укажите название медицинского учреждения] в той мере, в которой это требуется или разрешено законом.*

Подпись пациента (или родителя/опекуна/уполномоченного представителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя родителя, опекуна или уполномоченного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Если вы подписываетесь от имени пациента, вы заявляете, что имеете право принимать необходимые решения от его имени.*

Все указанные ниже разделы используются только в служебных целях:

|  |
| --- |
| **Информация о вакцинации для иммунизатора:**  Дата вакцинации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Время вакцинации: \_\_\_\_\_\_\_  Код вакцины (продукт): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер дозы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Идентификатор пациента IIS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Идентификатор вакцинации IIS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код партии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код производителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Организация поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Индекс поставщика вакцины: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место введения вакцины на теле: Левое плечо □ Правое плечо □ Другое □ (укажите место) \_\_\_\_\_\_\_\_  Срок годности вакцины: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Способ введения вакцины: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Полный курс вакцинации (дата): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата версии информационной сводки для вакцинируемых и специалистов по уходу за больными: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заметки об этой форме:

* ***Эту форму следует предоставлять пациенту только вместе с информационной сводкой для вакцинируемых и специалистов по уходу за больными***
  + ***Moderna:*** <https://www.fda.gov/media/144638/download>
  + ***Pfizer BioNTech*** <https://www.cvdvaccine.com/>
* Эту форму должны использовать только врачи, которые хорошо разбираются в учебных материалах CDC и могут консультировать пациентов, ответивших «да» на вопросы для выявления заболевания, либо направлять таких пациентов на консультацию. Дополнительную информацию см. здесь:
  + Полный контрольный список вопросов для предварительной вакцинации CDC с информацией для врачей: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/pre-vaccination-screening-form.pdf>
  + Промежуточные клинические соображения по использованию вакцин mRNA против COVID-19, которые сейчас утверждены в США: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html>
* Эта форма используется как вспомогательный материал. Она не обязательна.
* Эта форма была разработана на основе наилучшей доступной информации на момент ее создания. Она может быть неточной. Организации и частные лица, которые решили использовать эту форму, должны проконсультироваться со своими лечащими врачами и юристами.
* Эта форма может быть изменена без предупреждения.
* Для удобства некоторые элементы этой формы могут быть предварительно записаны в электронные медицинские карты или другие базы данных.
* Материалы, использованные при составлении этой формы:
  + Программы подготовки к вакцинации и справочные материалы по COVID-19 для медицинских работников с вопросами для выявления заболеваний и *информационной сводкой для вакцинируемых и специалистов по уходу за больными* <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/COVID-19-Clinical-Training-and-Resources-for-HCPs.pdf>
  + Информация о вакцине CDC:
    - Pfizer BioNTech: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/pfizer/index.html>
    - Moderna: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/moderna/index.html>
  + Программа V-Safe: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html>
  + Комплект информационных материалов по вопросам вакцинации против COVID-19: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/health-systems-communication-toolkit.html>
  + План вакцинации штата Вашингтон против COVID-19 для соблюдения требований отчетности о вакцинации: <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/WA-COVID-19-Vaccination-Plan.pdf>
  + Демографические данные:
    - Руководство CHARS штата Вашингтон: <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/5300/CHARSManual-UB04-5010.pdf>
    - Рекомендации по сбору данных о расовой, этнической принадлежности и языке: <http://forces4quality.org/af4q/download-document/6011/Resource-validated_final_rel_data_collection_best_practice_guidelines_updated_11-28.pdf>
    - Сбор информации о сексуальной ориентации и гендерной идентичности: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/collecting-sexual-orientation.html>