**Форма згоди на отримання вакцини від COVID-19 (preferred language Ukrainian)**

Ім’я пацієнта (Прізвище, ім’я): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата народження: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефону: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер мобільного телефону: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адреса електронної пошти: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ми використаємо цю інформацію, щоб нагадати вам про час отримання другої дози вакцини.)

Адреса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Місто, штат, поштовий індекс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Зібрана в цьому розділі інформація допоможе гарантувати відповідне лікування, яке орієнтовано на пацієнта:**

Стать під час народження (виберіть один варіант):

|  |  |
| --- | --- |
| Чоловіча: □ | Жіноча: □ |

Гендерна ідентичність (виберіть один варіант):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Чоловік: □ | Жінка: □ | Гендерквір: □ | Не визначена: □ |

Етнічна приналежність (виберіть один варіант):

|  |  |
| --- | --- |
| Латиноамериканське походження (включно з іспанським, мексиканським, пуерторіканським, кубинським тощо). □ | Не латиноамериканське походження. Особа не іспаномовної культури або походження □ |

Раса: (виберіть усі відповідні варіанти):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Афроамериканець □Біла людина □ | Азіат □Американський індіанець або представник корінного населення Аляски □ | Уродженець Гавайських островів або островів Тихого океану □ |

**Страхова інформація:**

Страхова компанія: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Чи є ви власником основної картки? Так Ні

Якщо ні, укажіть дату народження та ім’я власника основної картки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ідентифікатор власника картки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ідентифікатор групи Rx: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Чи є ви учасником державної програми з надання безкоштовної медичної допомоги для пенсіонерів? Так Ні

Якщо так, укажіть номер програми медичної допомоги (частина A/B): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Якщо ви не застраховані та не хочете оплачувати вакцинацію, укажіть інформацію нижче. Якщо не надати цю інформацію, вам буде виставлено рахунок за вакцинацію.

*У мене немає медичного страхування. Я також не є учасником програми медичної допомоги пристарілим і малозабезпеченим верствам населення або будь-якої іншої приватної чи державної схеми забезпечення пільгами під час медичного обслуговування. Щоб оплатити вакцинацію за програмою COVID-19 для незастрахованих пацієнтів Управління охорони здоров’я та медичного обслуговування США, укажіть (а) дійсний номер страхового поліса або (б) ідентифікаційний номер особи штату із зазначенням штату видачі, або (в) номер посвідчення водія із зазначенням штату*

*видачі: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Згода щодо надання послуг:**

* *Мною було самостійно та з доброї волі прийнято рішення отримати вакцину від COVID-19. Я знаю, що можу відмовитися від вакцини. Я прошу вакцинувати мене або вказану вище особу, від імені якої я маю право виконувати цей запит. Мною переглянуто довідку щодо цієї вакцини для вакцинованих осіб і фахівців із догляду за хворими*. У довідці *наведено інформацію щодо побічних ефектів і патологічних реакцій. Мною переглянуто інформацію про вакцину COVID-19.*
* *Я знаю, що Управління із санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і медикаментів (FDA) дозволило екстрене застосування цієї вакцини. Я знаю, що вакцина не має всіх необхідних ліцензій FDA. У мене була можливість поставити запитання, на які отримано задовільні відповіді. Мною переглянуто інформацію про вакцину, альтернативні варіанти, переваги та ризики в тому обсязі, у якому вона відома або невідома на цей час.*
* *Я розумію, що після отримання вакцини маю певний час перебувати в зоні проведення вакцинації, щоб лікар мав можливість спостерігати за можливими небажаними реакціями. Якщо в мене в анамнезі були алергічні реакції, я маю почекати 30 хвилин. Якщо в мене в анамнезі не було алергічних реакцій, я маю почекати 15 хвилин.*
* *Я знаю, що у випадку важкої алергічної реакції, зокрема утрудненого дихання, набряку обличчя або горла, прискореного серцебиття, рясної висипки на всьому тілі, запаморочення або слабкості, я маю зателефонувати за номером 9-1-1 або звернутися в найближчу лікарню. Я знаю, що можу зателефонувати своєму лікареві, якщо виникнуть побічні ефекти, які будуть мене непокоїти й не зникатимуть.*
* *Мені пропонували стати учасником програми V-SAFE. Програма перевіряє стан здоров’я пацієнтів, які отримали вакцину від COVID-19. Я знаю, що маю повідомити про побічні ефекти після вакцинації в FDA/CDC за допомогою системи реєстрації поствакцинальних побічних проявів (VAERS) за номером 1-800-822-7967 або на сайті* [*https://vaers.hhs.gov/reportevent.html*](https://vaers.hhs.gov/reportevent.html)*.*
* *Я знаю, що маю отримати дві дози вакцини від COVID-19. Для обох доз має використовуватися вакцина від одного виробника. Я знаю, що жодна вакцина не гарантує несприйнятливості до хвороби (вірусу) або відсутності побічних ефектів. Я знаю, що можу відмовитися від другої дози вакцини. Але якщо я відмовлюся від другої дози, можливість розвитку імунітету знизиться.*

***Дозвіл на запит щодо оплати.*** *Я дозволяю організації, яка надає вакцину, розголошувати інформацію та виконувати запит на оплату. Я підтверджую, що надана мною інформація для запиту оплати за програмою медичної допомоги пристарілим або малозабезпеченим верствам населення або за програмою управління ресурсами та службами охорони здоров’я (HRSA) для боротьби проти COVID-19 для незастрахованих пацієнтів правильна. Я дозволяю передати всю інформацію для цього запиту. Прошу провести страхову виплату від мого імені.*

***Розкриття інформації.*** *Я розумію, що організація, яка надає вакцину, на вимогу або добровільно може розкривати інформацію (пов’язану з вакцинацією) про моє здоров’я моєму лікареві, для програми страхування, систем охорони здоров’я та лікарень, державних або федеральних реєстрів або інших органів охорони здоров’я з метою лікування, оплати або виконання інших функцій, пов’язаних з охороною здоров’я. Я також розумію, що організація, яка надає вакцину, буде використовувати та розкривати інформацію про мій стан здоров’я відповідно до повідомлення про методи поводження з особистими даними, яке можна отримати за запитом або на веб-сайті організації. Якщо я співробітник [укажіть назву медичного закладу], я розумію, що в цьому закладі будуть зберігатися записи щодо моєї вакцинації в [укажіть назву електронного медичного архіву] і можуть зберігатися записи вакцинації в медичній карті співробітника [укажіть назву медичного закладу] в обсязі, дозволеному законодавством.*

Підпис пацієнта (батька або матері/опікуна/уповноваженого представника): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ім’я батька або матері, опікуна або вповноваженого представника: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Якщо ви ставите підпис від імені пацієнта, ви заявляєте, що маєте право приймати необхідні рішення від його імені.*

Усі наведені нижче розділи призначено лише для службових цілей:

|  |
| --- |
| **Інформація щодо вакцинації для імунізатора:**Дата вакцинації: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Час вакцинації: \_\_\_\_\_\_\_ Код вакцини (продукт): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер дози: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ідентифікатор пацієнта IIS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ідентифікатор вакцинації IIS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код партії: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код виробника: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Організація постачальник: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Індекс постачальника вакцини: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Місце введення вакцини на тілі: ліве плече □ праве плече □ інше □ (укажіть місце) \_\_\_\_\_\_\_\_Термін дії вакцини: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Спосіб введення вакцини: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Повний курс вакцинації (дата): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата версії інформаційної довідки для вакцинованих осіб і фахівців із догляду за хворими: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Нотатки про цю форму:

* ***Цю форму потрібно надавати пацієнту тільки разом з інформаційною довідкою для вакцинованих осіб і фахівців із догляду за хворими***
	+ ***Moderna:*** <https://www.fda.gov/media/144638/download>
	+ ***Pfizer BioNTech*** <https://www.cvdvaccine.com/>
* Цю форму мають використовувати лише лікарі, які добре знають навчальні матеріали CDC і які можуть консультувати пацієнтів, що відповіли «Так» на запитання щодо виявлення захворювання, і направляти цих пацієнтів на консультацію. Докладні відомості див. тут:
	+ Повний контрольний список питань для попередньої вакцинації CDC з інформацією для лікарів: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/pre-vaccination-screening-form.pdf>
	+ Проміжні клінічні відомості щодо використання вакцин mRNA проти COVID-19, які зараз затверджено в США: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html>
* Цю форму використовують як ресурс. Вона не обов’язкова.
* Цю форму розроблено з використанням найкращої доступної інформації на момент її створення. Вона може бути неточною. Організації та приватні особи, які вирішили використовувати цю форму, повинні проконсультуватися зі своїми лікарями та юристами.
* Цю форму може бути оновлено без попередження.
* Для зручності деякі елементи цієї форми може бути попередньо записано в електронні медичні картки або інші бази даних.
* Ресурси, які було використано під час створення цієї форми:
	+ Програми підготовки до вакцинації та довідкові матеріали щодо COVID-19 для медичних працівників із запитаннями для виявлення захворювань та *інформаційною довідкою для вакцинованих осіб і фахівців із догляду за хворими* <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/COVID-19-Clinical-Training-and-Resources-for-HCPs.pdf>
	+ Інформація про вакцину 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>
	+ Програма V-Safe: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html>
	+ Комплект інформаційних матеріалів із питань вакцинації від COVID-19: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/health-systems-communication-toolkit.html>
	+ План вакцинації штату Вашингтон від COVID-19 для дотримання вимог звітності щодо вакцинації. <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/WA-COVID-19-Vaccination-Plan.pdf>
	+ Демографічні дані:
		- Посібник CHARS штату Вашингтон: <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/5300/CHARSManual-UB04-5010.pdf>
		- Рекомендації щодо збирання даних про расову, етнічну приналежність і мову: <http://forces4quality.org/af4q/download-document/6011/Resource-validated_final_rel_data_collection_best_practice_guidelines_updated_11-28.pdf>
		- Збирання інформації про сексуальну орієнтацію та гендерну ідентичність: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/collecting-sexual-orientation.html>