



COVID-19 免疫篩檢及同意書*：5 - 12 歲兒童和青少年

接種者姓名 (請正楷填寫)		首選姓名	
出生日期	當前性別認同 請在下方註明： <input type="text"/>	代碼： W - 女人/女孩 TW - 變性女人/女孩 M - 男人/男孩 TM - 變性男人/男孩 NB - 非二元性別 GNC - 非常規性別 Q - 不確定/質疑中 NR - 選擇不回答 GNL - 性別未列出 (請填寫) *性別代詞：請填寫在客戶姓名旁邊	
出生時指定性別 請在下方註明： <input type="text"/>	代碼： M - 男性 F - 女性 I - 雙性人 NR - 選擇不回答	婚姻狀況 請在下方註明： <input type="text"/>	代碼： S - 單身 D - 離異 M - 已婚 W - 喪偶 V - 民事結合 U - 未知 SEPARATED - 合法分居 PARTNER - 生活伴侶
地址	城市	州	郵遞區號
父母/監護人/代理人 (若適用，請正楷填寫)		電話號碼	電子郵件地址
族群 請在下方註明： <input type="text"/>	族群代碼： DECL - 拒絕回答 HIS - 西班牙裔 NHL - 非西班牙裔 UNK - 未知	種族 請在下方註明： <input type="text"/>	種族代碼： AIA - 美洲原住民或阿拉斯加人 ASN - 亞裔 BAA - 非裔美國人或黑人 DECL - 拒絕回答 NHP - 夏威夷原住民或太平洋島民 WHT - 白人 OTH - 其他或多種族
基礎保險名稱	基礎保險 ID 號碼	投保人姓名/出生日期	投保人與患者關係
基礎保險地址	基礎保險組別號碼	基礎保險電話號碼	
二級保險名稱	二級保險 ID 號碼	投保人姓名/出生日期	投保人與患者關係
二級保險地址	二級保險組別號碼	二級保險電話號碼	
接種疫苗的診所/辦公室	初級保健醫生地址/電話號碼		

篩檢問卷

1.	您的年齡在 5 至 11 歲之間嗎？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
2.	您的年齡是 12 歲或 12 歲以上嗎？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
3.	您今天是否感覺不舒服？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
4.	在過去 10 天內，您是否因出現症狀而接受了 COVID-19 檢測，並且正在等待檢測結果？或是因為感染或接觸過 COVID-19 而被健康照護提供者或衛生部門告知在家隔離或檢疫？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
5.	在過去 90 天 (3 個月) 內，您是否因患 COVID-19 而接受過抗體治療或恢復期血漿治療？如果是，您接受最後一次治療是什麼時候？日期：_____	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
6.	您是否曾對任何疫苗、注射劑或針劑、或 COVID-19 疫苗的任何成分產生過即刻過敏反應 (例如蕁麻疹、面部腫脹、呼吸困難、全身過敏反應)，或是對任何東西產生過嚴重過敏反應 (全身性過敏反應)？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知

7.	您是否患有癌症、白血病、HIV/愛滋病或任何其他會削弱免疫系統的疾病？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
8.	您是否在服用任何會影響您免疫系統的藥物，例如可體松、潑尼松或其他類固醇、抗癌藥物？或者您是否接受過任何放射治療？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
9.	您是否有出血性疾病、血栓史或正在服用抗凝血劑？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
10.	您是否有心肌炎（心肌發炎）或心包炎（心臟周圍組織發炎）病史？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
11.	您之前是否接種過輝瑞 (Pfizer)、莫德納 (Moderna) 或楊森 (Janssen) 疫苗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
12.	您之前是否接種過得到世界衛生組織 (WHO) 授權但沒有獲得 FDA 授權的 COVID-19 疫苗 (AstraZeneca – VAXZEVRIA、Sinovac – CORONAVAC、Serum Institute of India – COVISHIELD、Sinopharm/BIBP)？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知

緊急使用授權

FDA 已透過緊急使用授權 (EUA) 使 COVID-19 疫苗可以用於接種。EUA 通常在出現可證明緊急使用藥物和生物製品存在合理性的緊急情況（例如 COVID-19 疫情大流行）時才會使用。本疫苗並未經過與獲得 FDA 批准的產品所相同類別的審查。然而，FDA 決定提供疫苗，是基於現有的全部科學證據表明，疫苗的已知和潛在益處大於已知和潛在風險。請注意：FDA 已批准輝瑞-生物科技 (Pfizer-BioNTech) 的雙劑 COVID-19 疫苗用於 16 歲及 16 歲以上人群接種。該疫苗可在 EUA 下繼續在特定人口組別中使用，包括用於 12 至 15 歲人群的接種，以及作為第三劑疫苗用於下述同意書中列出的人群接種）。

同意書

我已閱讀或已有人向我解釋過有關 COVID-19 疫苗接種的情況說明書。我明白，如果我的疫苗需要接種兩劑，我將需要接種（接受注射）兩劑針劑，才能被視為已完全接種。此外，我還明白，如果我屬於特定群體的一員（例如：65 歲或 65 歲以上者，18 歲或 18 歲以上的長期護理機構居民，50 至 64 歲的基礎病患者，視個人受益及風險情況而定的 18 至 49 歲基礎病患者，由於在高風險環境中工作或生活而面臨更高接觸和傳播 COVID-19 風險且基於受益及風險情況而定的 18 至 64 歲人士），我可能被建議接種 COVID-19 疫苗的加強劑，以增加我的免疫力，具體接種時間應該在第一劑楊森 (Janssen) 疫苗接種後的至少兩個月，或是在第二劑輝瑞-生物科技 (Pfizer-BioNTech) 或莫德納 (Moderna) 疫苗接種後的至少 6 個月。

我有機會提出了問題，也對在這些問題上獲得的回答感到滿意（並且也確保我有權代理提供同意書的上述人員也獲得了提問機會）。我理解所獲描述中的疫苗接種之益處和風險。

我請求為我（或我有權代為提出這一請求並提供代理同意書的上述人員）接種 COVID-19 疫苗。我理解我不會為這次疫苗接種支付任何費用。我明白，用於疫苗接種的任何款項或收益（包括來自我的健康保險計畫、Medicare 或其他對我的醫療負有經濟責任的第三方的收益/資金）將被支付並匯轉給疫苗接種的提供者。我授權披露所有必要信息（包括但不限於醫療紀錄、索賠文檔副本和明細帳單），以便驗證付款，以及滿足其他公共衛生目的，包括向適用的疫苗登記系統報告。

接種者/代理人/監護人（簽名）	日期/時間	正楷書寫姓名	與患者關係
接種者			（若非接種者）

電話口譯員 ID #	日期/時間
或	

簽名：口譯員	日期/時間	正楷書寫：口譯員姓名及與患者關係
--------	-------	------------------

以下區域由疫苗接種人員完成

患者今天接種的是哪種疫苗？

疫苗名稱	接種情況		EUA情況說明書日期	製造商及產品批號
Pfizer/BioNTech	<input type="checkbox"/> 第一劑	<input type="checkbox"/> 第二劑		
Moderna	N/A	N/A		
Janssen	N/A			

接種部位
劑量

左臂三角肌 右臂三角肌 左大腿 右大腿
 0.3 毫升 0.2 毫升

我已向患者（和/或父母、監護人或代理人，如適用）提供了有關疫苗的資訊，並已獲得接種疫苗的同意。

疫苗接種者簽名：_____

* 本同意書可選擇使用。

2021 年 11 月 4 日更新