|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Имя:  | Дата рождения:  | Возраст:  | Предпочтительный язык: |
| У Вас есть медицинская страховка? [ ] Да [ ]  НетЕсли да: [ ]  государственная [ ]  частная  | Пол: [ ]  муж. [ ]  жен. [ ] небинарная гендерная идентичность[ ] трансгендер [ ] предпочитаю не указывать [ ] другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Раса:[ ] американский индеец или коренной житель Аляски[ ] азиат [ ] коренной житель Гавайских или других тихоокеанских островов  | [ ] чернокожий или афроамериканец[ ] европеоид [ ] другая раса | Этническая принадлежность: [ ] испанская/латиноамериканская  [ ] неиспанская/нелатиноамериканская |
| Адрес:  | Город/индекс  | Телефон:  |
| ***Ответьте на следующие вопросы касательно указанного выше лица.*** | **Да** | **Нет** |
| 1. Вы когда-нибудь проходили вакцинацию от COVID-19?

*Если да, требуются соответствующие документы***.** |[ ] [ ]
| 1. Были ли у Вас за последние 10 дней лихорадка, озноб, кашель, одышка, затрудненное дыхание, усталость, мышечные или телесные боли, головная боль, новая потеря вкуса или запаха, боль в горле, заложенность носа или насморк, тошнота, рвота или диарея?
 |[ ] [ ]
| 1. Вам было рекомендовано изолироваться или соблюдать карантин за последние 10 дней?
 | [ ]  |[ ]
| 1. Наблюдается ли у Вас иммуносупрессия средней или высокой степени выраженности?
 | [ ]  |[ ]
| 1. У Вас когда-нибудь была сильная аллергическая реакция (например, анафилаксия)? Например, реакция, при которой Вы лечились с эпинефрином или ЭпиПеном, или были госпитализированы.
 |[ ] [ ]
| 1. У Вас когда-нибудь была аллергическая реакция на вакцину от COVID-19? Например, были ли у вас сыпь, отёк или хрипы в течение 4 часов после вакцинации?
 |[ ] [ ]
| 1. У вас были случаи миокардита или перикардита?
 |[ ] [ ]
| 1. Вы получали пассивную терапию антителами за последние 90 дней?
 |[ ] [ ]
| **ДЛЯ ЛИЦ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВАКЦИНУ В ВОЗРАСТЕ <18 ЛЕТ, ОПЕКУНЫ ДОЛЖНЫ УКАЗАТЬ ОДИН ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ ВАРИАНТОВ:**[ ]  Мой ребенок **может быть привит без** моего присутствия.[ ]  Мой ребенок **не может быть привит без** моего присутствия.**СОГЛАСИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ*** Мне была предоставлена копия бюллетеня о разрешении на использование в чрезвычайных ситуациях,ситуациях (EUA), которую я прочитал(-а) или о содержании которого мне было рассказано, и я понимаю преимущества и риски вакцины от COVID-19.
* Я понимаю, что запись о вакцинации будет введена в информационную систему по иммунизации штата Мэн, ImmPact.
* Я понимаю, что мне рекомендовано не покидать место как минимум в течение 15 минут после введения вакцины.
* **Ставя свою подпись ниже, я даю разрешение ввести вакцину от COVID-19 указанному выше лицу.**

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись опекуна лица, подлежащего вакцинации, или подпись взрослого лица, подлежащего вакцинации X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись переводчика |

******

|  |
| --- |
| **ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ:** |
| **Доза**  | **Дата введения дозы** | **Производитель вакцины** | **Номер партии** | **Объем дозы** | **Подпись и данные работника, проводящего вакцинацию** | **Место укола -****Дельтовидная мышца** | **Путь поступления в организм** | **Дата EUA**  |
| Доза 1\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Доза 2\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Доза 3\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | / / |  |  |  |  | СлеваСправа | [ ] внутримышечный |  |
| Карта о вакцинации от COVID-19 заполнена: [ ]  Да [ ]  Нет | Температура:  |