



Chương trình Điều dưỡng Y tế Công cộng của Maine CDC
SÀNG LỌC Y TẾ & BIỂU MẪU CHẤP THUẬN - Vắc-xin COVID-19
Vui lòng trả lời các câu hỏi sau về người được tiêm chủng.

Tên:	Ngày sinh:	Tuổi:	Ngôn ngữ ưu tiên:
Quý vị đã có bảo hiểm y tế chưa? ☐ Rồi ☐ Chưa Nếu có: ☐ Nhà nước ☐ Tư nhân	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Phi nhị giới/X ☐ Chuyển giới ☐ Không muốn tiết lộ ☐ Khác _____		
Chủng tộc: ☐ Người Mỹ da đỏ hoặc Bản địa Alaska ☐ Gốc Á ☐ Người bản địa Hawaii hoặc Người dân đảo Thái Bình Dương ☐ Người da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi ☐ Da trắng ☐ Chủng tộc khác		Tôn giáo: ☐ Người Mỹ gốc Tây Ban Nha/La Tinh ☐ Không phải gốc Tân Ban Nha/La Tinh	
Địa chỉ đường:	Thành phố/Mã bưu chính:	Điện thoại:	

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau về <u>người nêu tên ở trên</u>.	Có	Không
1. Quý vị đã từng tiêm một liều vắc-xin ngừa COVID-19 chưa? <i>Nếu rồi thì bắt buộc phải có hồ sơ tiêm chủng.</i>	☐	☐
2. Quý vị có bị sốt, ớn lạnh, ho, khó thở, mệt mỏi, đau nhức cơ hoặc thân người, đau đầu, vừa mất vị giác hoặc khứu giác, đau họng, nghẹt mũi, sổ mũi, buồn nôn, nôn mửa hoặc tiêu chảy?	☐	☐
3. Quý vị có được tư vấn phải cách ly cô lập hoặc cách ly không tiếp xúc vào thời điểm này chưa?	☐	☐
4. Quý vị có bị suy giảm hệ miễn dịch từ mức trung bình đến nghiêm trọng không?	☐	☐
5. Quý vị có từng bị phản ứng dị ứng nghiêm trọng (ví dụ: sốc phản vệ) chưa? Ví dụ, phản ứng phải điều trị bằng epinephrine hay EpiPe, hoặc phải nhập viện.	☐	☐
6. Quý vị có từng bị phản ứng dị ứng do tiêm liều vắc-xin ngừa COVID-19 trước đó không? Ví dụ, quý vị có bị nổi mề đay, sưng tấy hoặc thở khò khè trong vòng 4 giờ sau khi chủng ngừa không?	☐	☐
7. Quý vị có tiền sử viêm cơ tim hoặc viêm màng ngoài tim không?	☐	☐
8. Quý vị có được điều trị kháng thể thụ động trong 90 ngày qua không?	☐	☐

ĐỐI VỚI NGƯỜI ĐƯỢC TIÊM CHỦNG <18 TUỔI, VUI LÒNG KIỂM TRA MỘT TRONG CÁC Ô SAU:

- ☐ Có thể tiêm chủng cho con tôi **mà không cần** tôi có mặt.
☐ **Chỉ có thể tiêm** cho con tôi khi tôi có mặt.

CHO PHÉP TIÊM CHỦNG

- Tôi đã nhận được một bản sao của Tờ Thông tin Cấp phép Sử dụng Khẩn cấp và đã đọc hoặc đã được giải thích về tờ thông tin này, do đó tôi hiểu những lợi ích và rủi ro của vắc-xin COVID-19.
- Tôi hiểu rằng hồ sơ tiêm chủng của tôi sẽ được nhập vào Hệ thống Thông tin Tiêm chủng Maine, ImmPact.
- Tôi hiểu rằng tôi cần ở lại cơ sở chủng ngừa hôm nay ít nhất 15 phút sau khi tiêm chủng.
- **Tôi cho phép người có tên ở trên tiêm vắc-xin ngừa COVID-19 bằng cách ký tên dưới đây.**

X _____ Ngày: _____

Chữ ký của người giám hộ cho người được tiêm chủng hoặc Chữ ký của người lớn cần được tiêm chủng

X _____ Ngày: _____

Chữ ý của thông dịch viên

DÀNH RIÊNG CHO CƠ SỞ CUNG CẤP VẮC-XIN:

Liều	Thời gian tiêm liều quy định:	Đơn vị cung cấp vắc-xin:	Số lô	Liều lượng	Chữ ký và thông tin xác thực của đơn vị cung cấp vắc-xin	Vị trí tiêm - Bả vai	Đường tiêm	Thời gian EUA
Liều 1 ____/____/____	/ /					Bên trái Bên phải	☐ Tiêm bắp	
Liều 2 ____/____/____								
Liều 3 ____/____/____								
Đã hoàn tất thể tiêm chủng COVID-19: ☐ Rồi ☐ Chưa						Nhiệt độ:		