

**TARRANT COUNTY PUBLIC HEALTH (Y TẾ CỘNG ĐỒNG HẠT TARRANT)  
ĐƠN ĐỒNG Ý COVID19**

**THÔNG TIN BỆNH NHÂN (VUI LÒNG VIẾT RÕ RÀNG)**

Tên Họ:		Tên Gọi:			Tên Lót:	
Địa Chỉ Nhà:		Thành Phố:		Tiểu Bang:	Mã Bưu Chính:	Hạt/Quận:
Ngày Sinh: ____/____/____ (Tháng/Ngày/Năm)	Giới Tính: Nam / Nữ	Chủng Tộc:	Tuổi:	Số Điện Thoại:	Email:	
Quý vị có bảo hiểm sức khỏe không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số ID bảo hiểm của người đăng ký	Ngày sinh của người đăng ký		Công Ty Bảo Hiểm Sức Khỏe:		
Nếu không có bảo hiểm sức khỏe, cung cấp những thứ sau đây: Số Bằng Lái Xe:				Tiểu Bang Bằng Lái Xe:		
Tên Của Người Liên Lạc Khẩn Cấp			Số Điện Thoại của Người Liên Lạc Khẩn Cấp			

**THÔNG TIN VỀ THUỐC CHÍCH NGỪA COVID-19**

Thuốc chích ngừa của Pfizer Moderna đã được ủy quyền bởi the Food and Drug Administration (Cục Quản lý Thực phẩm và Dược Phẩm) dưới Emergency Use Authorization (giấy phép sử dụng khẩn cấp), EUA, dựa trên lời khuyên từ the Secretary of Health and Human Services (Bộ Trưởng Y Tế và Dịch vụ Nhân sinh) để đối phó với đại dịch COVID-19 đang diễn ra. Thuốc chích ngừa COVID-19 chưa được phê duyệt hoàn toàn nhưng đang được cung cấp theo EUA do bằng chứng khoa học chứng minh tính an toàn và hiệu quả của thuốc chích ngừa COVID-19 cũng như tỷ lệ risk-benefit (lợi ích-rủi ro) của thuốc chích ngừa là rất thuận lợi. Tarrant County Public Health (Y Tế Cộng Đồng hạt Tarrant) được ủy quyền quản lý và áp dụng thuốc chích ngừa của Pfizer Moderna dựa trên hướng dẫn được tạo ra bởi the Centers for Disease Control and Prevention (Trung Tâm Kiểm Soát và Phòng Chống Dịch Bệnh). Để tối ưu hóa phản ứng với thuốc chích ngừa, quý vị sẽ được 2 liều thuốc cách nhau 21 28 ngày. Các tác dụng phụ được báo cáo trong thử nghiệm lâm sàng của thuốc chích ngừa này bao gồm, nhưng có thể không giới hạn ở, đau chỗ tiêm, mẩn đỏ hoặc sưng tấy, mệt mỏi, đau đầu, đau cơ, ớn lạnh, sốt, đau khớp, buồn nôn hoặc sưng hạch bạch huyết. Các triệu chứng như vậy thường hết trong vòng 24 giờ và thường nhẹ nhưng nếu nghiêm trọng nên được báo cáo cho \_\_\_\_\_ . Nếu các triệu chứng dị ứng nghiêm trọng phát triển (khó thở, đau ngực, tim đập nhanh, chóng mặt, suy nhược, sưng mắt, lưỡi hoặc họng hoặc phát ban) sau khi kết thúc thời gian theo dõi, vui lòng gọi 911 hoặc đến Bệnh Viện Cấp Cứu gần nhất.

**DANH SÁCH KIỂM TRA MIỄN DỊCH HÔM NAY**

1	Hôm nay quý vị có bị đau ốm không?	Có	Không
2	Quý vị đã tiêm bất kỳ loại thuốc chích ngừa nào trong 14 ngày qua hoặc đã tiêm bất kỳ loại thuốc chích ngừa COVID-19 nào khác trước đó chưa?	Có	Không
3	Quý vị đã bị chẩn đoán với COVID-19 trong vòng 90 ngày không?	Có	Không
4	Quý vị đã bao giờ có phản ứng với bất kỳ thành phần nào của thuốc chích ngừa (mRNA, một số thành phần lipid khác nhau) chưa?	Có	Không

**Nếu quý vị đã trả lời "Có" cho những câu hỏi ở trên, chúng tôi khuyên quý vị nên hoãn lại tiêm chủng COVID-19 như sau:**

- Nếu bị bệnh, hãy đợi cho đến khi các triệu chứng đã khỏi. Nếu quý vị đã bị dương tính COVID, đợi cho đến khi 90 ngày trôi qua kể từ khi xét nghiệm COVID-19 dương tính.
- Chờ 2 tuần sau các lần tiêm chủng khác để nhận thuốc chích ngừa COVID-19.
- Quý vị không nên tiêm thuốc chích ngừa của Pfizer Moderna nếu liều đầu tiên của quý vị được sản xuất bởi một nhà sản xuất khác .
- Nếu quý vị có tiền sử sốc phản vệ với bất kỳ thành phần nào của thuốc chích ngừa của Pfizer Moderna vaccine, quý vị KHÔNG THỂ tiêm thuốc chích ngừa dựa trên hướng dẫn hiện tại.

5	Quý vị đã bao giờ bị phản ứng dị ứng nghiêm trọng (phản vệ) với vắc xin (bao gồm khó thở, nổi mề đay, sưng mắt hoặc lưỡi, huyết áp thấp, nhịp tim nhanh) hoặc phản ứng nghiêm trọng khác với thuốc chích ngừa chưa?	Có	Không
6	Quý vị có tiền sử dị ứng nghiêm trọng với bất cứ thứ gì ngoài thuốc chích ngừa, bao gồm các loại thuốc khác, côn trùng đốt hoặc vết cắn không?	Có	Không
7	Quý vị có làm loãng máu hay quý vị bị rối loạn chảy máu không?	Có	Không

**Nếu câu trả lời của quý vị cho bất kỳ câu hỏi nào trong số các câu hỏi 5, 6 hoặc 7 là "Có", xin vui lòng thông báo cho nhân viên để chúng tôi có thể thực hiện các điều kiện cần thiết để quan sát quý vị cẩn thận hơn sau khi tiêm chủng, và nếu quý vị có xu hướng chảy máu hoặc đang uống thuốc làm loãng máu, chúng tôi sẽ theo dõi quý vị cẩn thận để biết chỗ tiêm có thể bị chảy máu.**

8	Quý vị có một hệ thống miễn dịch suy yếu không?	Có	Không
9	Bây giờ quý vị đang mang thai hoặc bạn có thể mang thai trong 4 tuần tới, hoặc bạn đang cho con bú không?	Có	Không

**Nếu quý vị đã trả lời "Có" cho câu hỏi 8 hoặc 9, quý vị có thể lựa chọn tiêm chủng nhưng dữ liệu an toàn và hiệu quả vẫn đang được thu thập đối với những người thuộc các nhóm này.**

10	Quý vị đã mắc COVID 19 trong 90 ngày qua chưa?	Có	Không
----	--	----	-------

**TARRANT COUNTY PUBLIC HEALTH (Y TẾ CỘNG ĐỒNG HẠT TARRANT)**  
**ĐƠN ĐỒNG Ý COVID19**

**SỰ ĐỒNG Ý CHO TIÊM PHÒNG VÀ TÍNH TIỀN HÓA ĐƠN VỚI BẢO HIỂM**

Tôi đã được cung cấp và đã đọc Tờ thông tin của EUA về thuốc chích ngừa COVID-19, Mẫu đồng ý về thuốc chích ngừa COVID-19 và bất kỳ thông tin bổ sung nào được cung cấp. Tôi đã có cơ hội để các câu hỏi của mình được chuyên gia y tế giải đáp và tôi hiểu rằng sẽ cần phải tiêm 2 liều thuốc chích ngừa. Tôi hiểu những rủi ro và lợi ích đã biết của việc tiêm chủng và hiểu rằng không phải tất cả các rủi ro đều có thể chưa được hình thành. Tôi biết rằng tôi đồng ý với loạt thuốc chích ngừa này theo EUA để đối phó với Đại dịch COVID-19. Tôi đồng ý tiến hành tiêm phòng. Tôi hiểu Hạt Tarrant sẽ sử dụng thông tin thu thập được để gửi yêu cầu cho công ty bảo hiểm của tôi về việc chỉ quản lý thuốc chích ngừa. Tôi đồng ý đợi 15 phút sau khi tiêm chủng và tình trạng của tôi có thể đảm bảo theo dõi sau tiêm chủng trong ít nhất 30 phút.

<b>Ngày Tháng:</b>	<b>Giờ:</b>	<b>Mối quan hệ với bệnh nhân:</b>
<b>Tên Họ</b>	<b>Chữ Ký</b>	
<b>Tên của người tiêm phòng</b>	<b>Ngày Tháng</b>	

Thuốc Chích Ngừa (Vaccine)	Thông Tin Về Thuốc Chích Ngừa (Vaccine Info)	Vị Trí Tiêm (Site)	Công Ty Sản Xuất (Manufacturer)	Số Lô (Lot #)	Ngày Hết Hạn (Expiration Date)
COVID-19 Vaccine	Liều (Series) <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd	Có Hình Tam Giác (Deltoid): <input type="checkbox"/> Trái <input type="checkbox"/> Phải	<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> _____		

<b>Ngày tiêm chủng (Date of Administration)</b>	<b>Chữ ký của người tiêm phòng (Vaccine Administrator Signature/Title or Credentials)</b>	<b>Tên của nơi tiêm phòng (Location)</b>
---	---	--