



Australian Government



# Formularz zgody na szczepienie przeciw COVID-19

Przed wypełnieniem niniejszego formularza zapoznaj się z arkuszem informacyjnym dotyczącym szczepionki, którą masz otrzymać: Vaxzevria (AstraZeneca), Comirnaty (Pfizer) lub Spikevax (Moderna).

Najnowsza aktualizacja: 15 września 2021 r.

## Informacje na temat szczepień przeciw COVID-19

Ryzyko zapadnięcia na COVID-19 u osób zaszczepionych przeciw COVID-19 znacznie się zmniejsza.

W Australii stosowane są trzy typy szczepionek. Wszystkie one są skuteczne i bezpieczne. Pfizer lub Moderna są preferowane nad AstraZeneca dla osób dorosłych poniżej 60 roku życia.

Musisz otrzymać dwie dawki tego samego typu szczepionki. Kiedy otrzymasz pierwszą dawkę, zostaniesz powiadomiony o terminie drugiego szczepienia.

Eksperti medyczni poddali ocenie szczepionki przeciw COVID-19, upewniając się, że są one bezpieczne. Skutki uboczne są w większości nieznaczne. Zwykle pojawiają się one w dniu szczepienia i trwają około 1-2 dni. Podobnie, jak w przypadku każdej innej szczepionki czy leku, mogą się pojawić rzadkie lub nieznane skutki uboczne.

Bardzo rzadki skutek uboczny zgłaszany po zaszczepieniu się szczepionką AstraZeneca to zespół zakrzepicy z trombocytopenią (thrombosis with thrombocytopenia syndrome) czyli TTS. W TTS pojawiają się skrzepy krwi (zakrzepica) przy jednoczesnej małopłytkowości (trombocytopenia). TTS nie zdarza się po przyjęciu szczepionki Pfizera ani Moderny.

Po podaniu szczepionki Pfizera lub Moderny zgłaszano zachorowania na zapalenie mięśnia sercowego i zapalenie osierdzia (stany zapalne serca). Przebieg większości przypadków jest łagodny, a wyzdrowienie następuje szybko.

Jeśli pojawią się u ciebie jakiegokolwiek martwiące cię skutki uboczne, możesz to zgłosić swojemu lekarzowi.

W pierwszym tygodniu po szczepieniu możesz otrzymać SMS lub wiadomość maila z pytaniem jak się czujesz.

Imię i nazwisko:	
Numer karty Medicare:	

Po zaszczepieniu się niektóre osoby mogą wciąż zachorować na COVID-19. Należy w dalszym ciągu przestrzegać zaleceń w zakresie zdrowia publicznego wymaganych w twoim stanie lub terytorium celem hamowania rozprzestrzeniania się COVID-19, a więc:

- zachowywać odległość – trzymać się przynajmniej 1,5 metra od innych
- myć ręce regularnie wodą z mydłem lub stosować środek dezynfekcyjny do rąk
- nosić maseczkę
- zostać w domu w razie złego samopoczucia i pojawienia się objawów grypy/przeziębienia oraz zorganizować sobie badania laboratoryjne w kierunku COVID-19.

Zgodnie z przepisami prawnymi, osoba podająca tobie szczepienie musi to zapisać w australijskim rejestrze szczepień (Australian Immunisation Register). Możesz przejrzeć wykaz swoich szczepień online poprzez:

- konto Medicare
- konto MyGov
- konto My Health Record.

## W jaki sposób wykorzystywane są dotyczące ciebie informacje

Po informacje o tym, jak są zbierane, przechowywane i wykorzystywane twoje dane osobowe, odwiedź stronę [www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations](http://www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations).

Jeśli szczepisz się w aptece, apteka ta ma obowiązek ujawnienia pewnych informacji o tobie administratorowi programów aptecznych (Pharmacy Programs Administrator). Jest to konieczne, aby apteka mogła wystąpić o płatność do rządu australijskiego. Po dalsze informacje o tym, dlaczego jest to konieczne i jakie dane osobowe są ujawniane, kliknij na łącze powyżej.

## W dniu szczepienia

Przed otrzymaniem szczepionki poinformuj osobę wykonującą szczepienie, jeśli:

- doświadczyłeś reakcji uczuleniowej, szczególnie jeśli wystąpiła u ciebie anafilaksja (typ ciężkiej reakcji uczuleniowej) w reakcji na:
  - poprzednią dawkę szczepionki przeciw COVID-19
  - składnik szczepionki przeciw COVID-19
  - inne szczepionki lub leki
- masz obniżoną odporność. Oznacza to, że twój układ immunologiczny jest osłabiony, co utrudnia ci walkę z chorobami. Możesz się wciąż zaszczepić przeciw COVID-19, ale omów ze swoim lekarzem najbardziej odpowiedni termin przyjęcia szczepionki. Zależać to będzie od twojego stanu zdrowia i trybu leczenia.

Imię i nazwisko:	
Numer karty Medicare:	

## Lista kontrolna zgody

Tak    Nie

- Czy doświadczyłeś reakcji alergicznej na poprzednią dawkę szczepionki przeciw COVID-19?
- Czy doświadczyłeś reakcji anafilaktycznej na inne szczepionki lub leki?
- Czy doświadczyłeś innych poważnych zdarzeń niepożądanych, które w wyniku ekspertyzy medycznej wydanej przez doświadczonego usługodawcę szczepień lub lekarza specjalistę zostały przypisane poprzedniej dawce szczepionki przeciw COVID-19 (bez znalezienia innych przyczyn)?
- Czy kiedykolwiek cierpiałeś na mastocytozę (chorobę komórek tłuszczowych), która powodowała powtarzające się anafilaksje?
- Czy chorowałeś uprzednio na COVID-19?
- Czy cierpisz na zaburzenia krzepliwości krwi?
- Czy przyjmujesz jakiegokolwiek leki rozrzedzające krew (leczenie przeciwzakrzepowe)?
- Czy twój układ immunologiczny jest osłabiony (o obniżonej odporności)?
- Czy jesteś w ciąży? \*
- Czy źle się czujesz z objawami kaszlu, bólu gardła, gorączki lub innymi?
- Czy byłeś szczepiony uprzednio przeciw COVID-19?
- Czy w okresie poprzedzających 7 dni otrzymałeś jakiegokolwiek inne szczepienia?

*Tylko dla osób otrzymujących szczepionkę AstraZeneca:*

- Czy kiedykolwiek rozpoznano u ciebie zespół przesiąkania włóściczek (capillary leak syndrome)?
- Czy cierpiałeś na zakrzepicę (skrzepy we krwi) w połączeniu z trombocytopenią (niskie miano płytek krwi) w okresie 42 dni od otrzymania pierwszej dawki szczepionki AstraZeneca?
- Czy kiedykolwiek cierpiałeś na zakrzepicę zatok żylnych mózgowia? \*
- Czy kiedykolwiek cierpiałeś na małopłytkowość poheparynową? \*
- Czy kiedykolwiek doświadczyłeś zakrzepów krwi w żyłach brzusznych (żyłach wrotnych)? \*
- Czy kiedykolwiek cierpiałeś na zespół antyfosfolipidowy w powiązaniu z zakrzepami krwi? \*
- Czy jesteś w wieku poniżej 60 lat? \*

\* Szczepionką z wyboru dla tych grup wiekowych jest Pfizer lub Moderna. W razie ich niedostępności można rozważyć podanie szczepionki AstraZeneca, o ile korzyści przeważają czynniki ryzyka.

Imię i nazwisko:	
Numer karty Medicare:	



## Informacje dotyczące pacjenta

Imię i nazwisko:	
Numer karty Medicare:	
Indywidualny identyfikator medyczny (Individual Health Identifier, IHI), gdy dotyczy:	
Data urodzenia:	
Adres:	
Numer telefonu:	
Adres maila:	
Płeć:	
Język, w którym porozumiewasz się w domu:	
Kraj urodzenia:	

Czy jesteś Aborygenem lub mieszkańcem Wysp Cieśniny Torresa?

- Tak, tylko Aborygenem  
 Tak, tylko mieszkańcem Wysp Cieśniny Torresa  
 Tak, Aborygenem i mieszkańcem Wysp Cieśniny Torresa  
 Nie  
 Nie chcę udzielić odpowiedzi

Najbliższy krewny (w razie sytuacji nagłej):	
Imię i nazwisko:	
Numer telefonu:	

### Zgoda na szczepienie przeciw COVID-19

- Potwierdzam, że otrzymałem i zrozumiałem informacje podane mi na temat szczepienia przeciw COVID-19.
- Potwierdzam, że nie stosują się do mnie żadne z wymienionych powyżej okoliczności lub też omówiłem te lub inne okoliczności specjalne z moim lekarzem i/lub z usługodawcą szczepień.
- Zgadzam się na przyjęcie serii szczepień przeciw COVID-19 (dwie dawki tej samej szczepionki).

Imię i nazwisko:	
Numer karty Medicare:	

