Australian Government

COVID-19 VACCINATION

Формуляр за съгласие за ваксинация срещу COVID-19

Преди да попълните този формуляр, задължително прочетете информационния лист за ваксината, която ще Ви бъде поставена: Vaxzevria (AstraZeneca), Comirnaty (Pfizer) или Spikevax (Moderna).

Последна актуализация: 8 октомври 2021

Относно ваксинацията срещу COVID-19

Хората, които имат ваксинация срещу COVID-19, имат много по-малък шанс да се разболеят от COVID-19.

Има три марки ваксини, които се използват в Австралия. Всички са ефективни и безопасни. Pfizer или Moderna са предпочитани пред AstraZeneca за възрастни под 60 години.

Трябва да Ви бъдат поставени две дози от една и съща марка ваксина. Когато Ви поставят първата доза, ще Ви кажат кога трябва да Ви бъде поставена втората доза.

Хората, които са тежко имунокомпрометирани, може да се нуждаят от трета доза като част от техния първичен ваксинационния курс. Вижте www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

Медицински експерти са проучили ваксините срещу COVID-19, за да се уверят, че са безопасни. Повечето странични ефекти са леки. Те може да се появят в деня на ваксинирането и да продължат за ден или два. Както при всяка ваксина или лекарство, може да има редки или неизвестни странични ефекти.

Един много рядък страничен ефект след AstraZeneca се нарича тромбоза със синдром на тромбоцитопения, или TTS. Това означава съсирване на кръвта (тромбоза) с ниски нива на тромбоцитите в кръвта (тромбоцитопения). TTS не се получава след Pfizer или Moderna.

Съобщава се за миокардит и перикардит (сърдечно възпаление) след Pfizer и Moderna. Повечето случаи са били леки и хората са се възстановили бързоКажете на Вашия медици.

Име:												
Номер на Medicare:												

нски специалист, ако имате някакви странични ефекти след ваксинацията, които Ви притесняват.

Може да се получите съобщение (SMS) или имейл в рамките на седмицата след като ваксината Ви е била поставена, за да проверим как се чувствате.

Някои хора могат да се заразят с COVID-19 след ваксинацията. Трябва да спазвате всички насоки относно общественото здраве, както се изисква във Вашия щат или територия, за да се спре разпространението на COVID-19, включително:

- спазвайте разстояние – стойте на поне 1,5 метра от други хора
- мийте ръцете си често със сапун и вода, или използвайте дезинфектант за ръце
- носете маска
- останете си у дома, ако не се чувствате добре и имате симптоми, подобни на простуда или грип, и организирайте да Ви се направи тест за COVID-19.

По закон, лицето, което Ви прави ваксинацията, трябва да я запише в Australian Immunisation Register [Австралийски имунизационен регистър]. Можете да видите Вашия имунизационен паспорт онлайн чрез Вашите:

- Medicare акаунт
- MyGov акаунт
- My Health Record акаунт.

Как се използва Вашата информация

За информация как се събират, съхраняват и използват личните Ви данни посетете www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations.

Ако ваксинацията ще Ви бъде направена в аптека, аптекарите трябва да споделят част от Вашите лични данни с Pharmacy Programs Administrator [Агенция за управление на аптечните програми]. Това е така, за да може аптекарят да поиска плащане от австралийското правителство. Повече информация защо е необходимо това и какви данни се споделят е предоставена на линка по-горе.

В деня, в който Ви ваксинират

Преди да се ваксинирате, уведомете на лицето, което Ви ваксинира, ако:

- сте имали алергична реакция, особено тежка алергична реакция (анафилаксия) към:
  - предишна доза ваксина срещу COVID-19
  - съставка на ваксина срещу COVID-19
  - други ваксини или лекарства
- сте имунокомпрометирани. Това означава, че имате отслабена имунна система, която затруднява борбата Ви с болестите. Все пак може да Ви бъде поставена ваксина срещу COVID-19, но обсъдете с Вашия лекар кога е най-доброто време за ваксинацията Ви. Това зависи от Вашето състояние и лечение.

Име:												
Номер на Medicare:												

Контролен списък за съгласието

Да	Не	
☐	☐	Имали ли сте алергична реакция към предишна доза от ваксина срещу COVID-19?
☐	☐	Имали ли сте анафилаксия към друга ваксина или лекарство?
☐	☐	Имали ли сте сериозна нежелана реакция, която - според експертно мнение на опитен имунизационен или медицински специалист - се дължи на предишна доза от ваксина срещу COVID-19 (и за нея не е установена друга причина)?
☐	☐	Имали ли сте някога мастоцитоза (разстройство на мастните клетки), която е предизвикала повтаряща се анафилаксия?
☐	☐	Имали ли сте някога COVID-19?
☐	☐	Имате ли нарушение на кръвосъсирването?
☐	☐	Приемате ли някакво лекарство за разреждане на кръвта (антикоагулантна терапия)?
☐	☐	Имате ли отслабена имунна система (имунокомпрометирани)?
☐	☐	Бременна ли сте? *
☐	☐	Болни ли сте - имате кашлица, възпалено гърло, повишена температура - или се чувствате болни по друг начин?
☐	☐	Правена ли Ви е преди ваксинация срещу COVID-19?
☐	☐	Правена ли Ви някаква друга ваксинация през последните 7 дни?

Отнася се само за тези, които ще бъдат ваксинирани с AstraZeneca:

☐	☐	Били ли сте някога диагностицирани със синдром на капилярен излив?
☐	☐	Имали ли сте тромбоза (съсирване) заедно с тромбоцитопения (ниски нива на тромбоцитите) в рамките на 42 дни след приложение на предишна доза AstraZeneca?
☐	☐	Имали ли сте някога тромбоза на мозъчните венозни синуси? *
☐	☐	Имали ли сте някога индуцирана от хепарин тромбоцитопения? *
☐	☐	Имали ли сте някога кръвни съсиреци в коремните вени (спланхнични вени)? *
☐	☐	Имали ли сте някога антифосфолипиден синдром, свързан с кръвни съсиреци? *
☐	☐	На възраст под 60 години ли сте? *

Име:												
Номер на Medicare:												

* Pfizer или Moderna са предпочитаните ваксини за хората в тези групи. Ако ги няма в наличност, AstraZeneca може да се обмисли, ако ползите от ваксинацията надвишават рисковете.

За повече информация вижте www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts.

Ако сте бременна, вижте www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy.

Отнася се само за тези, които ще бъдат ваксинирани с Pfizer или Moderna:

☐ ☐ Били ли сте някога диагностицирани с миокардит и/или перикардит, които са се дължали на предишна доза от Pfizer или Moderna?

☐ ☐ Имали ли сте миокардит, перикардит или ендокардит през изминалите шест месеца?

☐ ☐ Имате ли в момента остра ревматична треска или остро ревматично сърдечно заболяване?

☐ ☐ Имате ли тежка сърдечна недостатъчност?

Ако сте отговорили с „Да“ на някой от горните въпроси, все още бихте могли да получите Pfizer или Moderna, но първо трябва да говорите с личния си лекар, специалист по имунизация или кардиолог, за да обсъдите най-доброто време за ваксинация и дали са необходими допълнителни предпазни мерки.

Последна актуализация: 8 октомври 2021

Име:												
Номер на Medicare:												

Информация за пациента

Име:	
Номер на Medicare:	
Индивидуален здравен идентификатор (IHI), ако е приложимо:	
Дата на раждане:	
Адрес:	
Телефонен номер за контакт:	
Имейл адрес:	
Пол:	
Език, на който говорите у дома си:	
Страната, в която сте роден/а:	

Абориген ли сте и/или островитянин от Торесовия проток?

☐ Да, само абориген
☐ Да, само островитянин от Торесовия проток
☐ Да, абориген и островитянин от Торесовия проток
☐ Не
☐ Предпочитам да не отговоря

Близък роднина (в случай на спешност:	
Име:	
Телефонен номер за контакт:	

Име:	
Номер на Medicare:	

Съгласие за ваксинация срещу COVID-19

☐ Потвърждавам, че получих и разбрах предоставената ми информация относно ваксинацията срещу COVID-19.

☐ Потвърждавам, че никое от горепосочените условия не се отнася за мен, или съм обсъдил/а тези условия и други специални обстоятелства с моя редовен лекар и/или доставчика на ваксинацията.

☐ Съгласен/на съм да ми бъде приложен курс на ваксина срещу COVID-19 (две дози от една и съща ваксина).

Име на пациента:	
Подпис на пациента:	
Дата:	

☐ Аз съм родител, настойник на пациента или заместник, който взема решения и се съгласявам пациента, посочен по-горе да получи ваксинацията срещу COVID-19.

Име на родителя/настойника/заместника при вземането на решения:	
Подпис на родителя/настойника/заместника при вземането на решения:	
Дата:	

Име:												
Номер на Medicare:												

Да се използва от ваксиниращия специалист:

Доза 1:

Дата на прилагане на ваксината:	
Час на получаване:	
Марка на приложената ваксина срещу COVID-19:	
Номер на партидата:	
Сериен №:	
Място на инжектиране на ваксината:	
Име на ваксинационния специалист:	

Доза 2:

Дата на прилагане на ваксината:	
Час на получаване:	
Марка на приложената ваксина срещу COVID-19:	
Номер на партидата:	
Сериен №:	
Място на инжектиране на ваксината:	
Име на ваксинационния специалист:	

Доза 3*:

Дата на прилагане на ваксината:	
Час на получаване:	
Марка на приложената ваксина срещу COVID-19:	
Номер на партидата:	
Сериен №:	
Място на инжектиране на ваксината:	
Име на ваксинационния специалист:	

Име:												
Номер на Medicare:												

* Ако е необходимо. За повече информация вижте: www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

Последна актуализация: 8 октомври 2

Име:												
Номер на Medicare:												