

有些人接种疫苗后仍可能感染 COVID-19。因此，您仍必须遵守所在州或领地政府为阻止 COVID-19 传播而提出的公共卫生建议，其中包括：

- 保持社交距离——与他人保持至少 1.5 米的距离
- 勤用肥皂洗手，或使用免冲洗手液
- 戴口罩
- 如果出现类似感冒或流感的症状，请留在家中，并安排接受 COVID-19 检测。

根据法律规定，为您接种疫苗的人员必须将您的接种记录登记在澳大利亚免疫登记册 (Australian Immunisation Register) 上。您可通过以下方式在线查看个人疫苗接种记录：

- Medicare 账户
- MyGov 账户
- MyHealthRecord 账户。

个人信息的使用方式

有关您的个人信息将如何收集、储存和使用的信息，请访问 www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations。

如果是在药房接种 COVID-19 疫苗，那么该药房须向药房计划管理员 (Pharmacy Programs Administrator) 披露接种者的部分个人信息。只有这样，该药房才可向澳大利亚政府申请费用报销。欲了解更多有关为什么需要披露接种者个人信息，以及所披露信息内容的信息，请使用上述链接查询。

接种疫苗当天须知

如果您属于以下情况，请在接种疫苗之前，告知为您施打疫苗的医务人员：

- 对下述情况产生过敏反应，尤其是严重的过敏反应（过敏性休克反应）：
 - 之前接种的 COVID-19 疫苗
 - COVID-19 疫苗的成分
 - 其他疫苗或药物
- 免疫系统受损。换言之，免疫系统变弱，导致身体更难以抵抗感染和其他疾病。您仍可接种 COVID-19 疫苗，但请就接种疫苗的最佳时间咨询医生。这将取决于您的情况和所接受的治疗。

姓名：	
Medicare 号码：	

同意书核查表

- 是 否
- 是否对之前一剂 COVID-19 疫苗有过敏反应？
- 是否对其他疫苗或药物有过敏性休克反应？
- 是否发生过严重的不良反应事件，经由经验丰富的免疫接种机构或医学专家审查后，将其归因于先前接种过的 COVID-19 疫苗（且没有发现其他原因）？
- 是否患过肥大细胞增多症（一种肥大细胞疾病），并因此反复发生过敏性休克反应？
- 是否曾经感染过 COVID-19？
- 是否有凝血功能障碍？
- 是否服用任何稀释血液的药物吗（抗凝疗法）？
- 免疫系统是否受损（免疫功能低下）？
- 您是孕妇吗？*
- 是否因咳嗽、喉咙痛、发烧而生病或因其他症状而感到不适？
- 是否曾接种过 COVID-19 疫苗？
- 在过去 7 天内是否接种过其他疫苗？

仅适用接种阿斯利康疫苗的人士：

- 是否曾被诊断患有毛细血管渗漏综合征？
- 在接种之前一剂阿斯利康疫苗后 42 天内，是否出现过血栓（凝血）并伴有血小板减少（血小板水平低下）的情况？
- 是否曾患过脑静脉窦血栓？*
- 是否曾患有肝素诱导性血小板减少症？*
- 是否曾有过腹部静脉（内脏静脉）血栓形成？*
- 是否曾有过与血栓有关的抗磷脂综合征？*
- 年龄未满 60 岁吗？*

*辉瑞或莫德纳疫苗是这类人群的首选疫苗。如果没有辉瑞或莫德纳疫苗可用，且接种疫苗的好处大于风险，则可考虑接种阿斯利康疫苗。

欲了解更多信息，请参见 www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts。

如果您是孕妇，请参见 www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy。

姓名：	
Medicare 号码：	

仅适用接种辉瑞或莫德纳疫苗的人士：

- 是否曾被诊断患上心肌炎和/或心包炎，且致病原因被归咎于之前接种的辉瑞或莫德纳疫苗？
- 是否在过去六个月内患过心肌炎、心包炎或心内膜炎？
- 当前是否患有急性风湿热或急性风湿性心脏病？
- 是否患有严重的心力衰竭？

如果对上述任何问题的回答是“是”，则仍可接种辉瑞或摩德纳疫苗，但应就接种的最佳时机以及是否需要任何额外的预防措施，咨询全科医生、免疫专家或心脏病专家。

上次更新: 2021 年 10 月 8 日

姓名：	
Medicare 号码：	

我同意接种一个疗程的 COVID-19 疫苗（两剂相同的疫苗）。

患者姓名:	
患者签字:	
日期:	

我是该患者的监护人或代行决策者，并同意为上述患者接种 COVID-19 疫苗。

监护人/代行决策者姓名:	
监护人/代行决策者签名:	
日期:	

姓名:	
Medicare 号码:	

仅供机构使用:

第 1 剂:

疫苗接种日期:	
接种时间:	
COVID-19 疫苗品牌:	
批号:	
序列号:	
接种部位:	
接种机构名称:	

第 2 剂:

疫苗接种日期:	
接种时间:	
COVID-19 疫苗品牌:	
批号:	
序列号:	
接种部位:	
接种机构名称:	

第 3 剂

疫苗接种日期:	
接种时间:	
COVID-19 疫苗品牌:	
批号:	

姓名:	
Medicare 号码:	

序列号:	
接种部位:	
接种机构名称:	

*欲了解详情，请参见：<http://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>

上次更新日期：2021 年 10 月 8 日

姓名:	
Medicare 号码:	