Australian Government

COVID-19 VACCINATION

Образец за согласност за вакцинација против КОВИД-19

Пред да го пополните овој формулар, прочитајте го информативниот лист за вакцината против КОВИД-19 што ќе ја примите: Vaxzevria (AstraZeneca), Comirnaty (Pfizer) или Spikevax (Moderna).

Последно ажурирање: 8 октомври 2021

За вакцинацијата против КОВИД-19

Луѓето кои се вакцинирале против КОВИД-19 имаат многу помали шанси да се разболат од КОВИД-19.

Постојат три марки на вакцини што се користат во Австралија. Сите се ефикасни и безбедни. Pfizer и Moderna се попожелни од AstraZeneca за возрасни помлади од 60 години.

Треба да примите две дози од истата марка на вакцина. Кога ќе ја примите првата доза, ќе ви биде кажано кога треба да ја примите втората доза.

На луѓето чиј имунолошки систем е сериозно нарушен може да им треба трета доза како дел од нивниот примарен курс. Видете 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

Медицинските стручњаци ги истражуваа вакцините против КОВИД-19, за да осигураат дека вакцините се безбедни. Повеќето несакани ефекти се благи. Тие може да се појават на денот на вакцинацијата и траат еден или два дена. Како со секоја вакцина или лек, може да има ретки и/или непознати несакани ефекти.

Многу редок придружен ефект после примањето на AstraZeneca се нарекува синдром на тромбоза со тромбоцитопенија или TTS. Тоа значи згрутчување на крвта (тромбоза) со ниско ниво на крвни плочки (тромбоцитопенија). TTS не се случува после Pfizer или Moderna.

Пријавени се случаи на миокардитис и перикардитис (воспаление на срцето) после Pfizer и Moderna. Повеќето случаи биле благи и луѓето брзо оздравеле.

Речете му на вашиот здравствен работник ако после вакцинацијата имате придружни ефекти кои ве загрижуваат.

Може да бидете контактирани со SMS или со имејл во неделата после добивањето на вакцина за да ве прашаат како сте.

Име и презиме:												
Medicare број:												

Некои луѓе сепак може да добијат КОВИД-19 после вакцинацијата. Затоа мора да ги применувате сите упатства за јавно здравје во вашата држава или територија, за да се запре ширењето на КОВИД-19, вклучувајќи:

- одржувајте растојание - најмалку 1,5 метар од другите луѓе
- мијте ги често рацете со сапун и вода или користете средство за дезинфекција на рацете
- носете маска
- останете дома ако не се чувствувате добро и имате симптоми на настинка или грип, и организирајте да се тестирате на КОВИД-19.

Со закон, лицето кое ве вакцинира мора тоа да го регистрира во Австралискиот регистар на имунизација. Вашата евиденција за вакцинација може да ја видите на интернет преку вашата:

- Medicare сметка
- MyGov сметка
- My HealthRecord сметка.

Како се користат вашите информации

За информации како вашите лични податоци се собираат, складираат и користат, видете на www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations.

Ако вакцината ќе ја добиете во аптека, некои ваши лични податоци аптеката мора да ги сподели со администраторот на фармацевтски програми. Тоа е за аптеката да може да побарува плаќање од Австралиската влада. Повеќе информации зошто е тоа потребно и кои информации се споделуваат се дадени на горниот линк.

На денот кога ја примате вакцината

Пред да бидете вакцинирани, речете му на лицето кое ви ја дава вакцината:

- ако сте имале алергиска реакција, особено силна алергиска реакција (анафилакса):
  - на претходната доза на вакцина против КОВИД-19
  - на некоја состојка на вакцина против КОВИД-19
  - на други вакцини или лекови
- ако имате нарушен имунитет. Тоа значи дека имате ослабен имунолошки систем, поради што ви е потешко да се борите против инфекции и други болести. Сè уште можете да примите вакцина против КОВИД-19, но разговарајте со вашиот доктор кое е најдоброто време да бидете вакцинирани. Тоа ќе зависи од вашата состојба и вашето лекување.

Име и презиме:												
Medicare број:												

Контролна листа за согласност

Да	Не	
☐	☐	Дали сте имале сериозни алергии на било што, особено анафилакса?
☐	☐	Дали сте имале алергиска реакција на некоја поранешна вакцинација или лек?
☐	☐	Дали сте имале сериозен неповолен настан кој, според стручното мислење на здравствен работник искусен во врска со имунизацијата или медицински специјалист, се припишува на претходна доза на вакцина против КОВИД-19 (и не била идентификувана друга причина)?
☐	☐	Дали сте имале мастоцитоза (mast cell disorder) што предизвикала повторена анафилакса?
☐	☐	Дали сте имале КОВИД-19?
☐	☐	Дали имате нарушување на крварењето?
☐	☐	Дали земате лек за разретчување на крвта (антикоагулациска терапија)?
☐	☐	Дали имате ослабен имунолошки систем (нарушен имунитет)?
☐	☐	Дали сте трудни? *
☐	☐	Дали сте биле болни и сте имале кашлица, воспалено грло, треска или не сте се чувствувале добро на некој друг начин?
☐	☐	Дали порано сте биле вакцинирани против КОВИД-19?
☐	☐	Дали сте добиле некоја друга вакцина во последните 7 дена?

Важи само за тие што ја примаат вакцината AstraZeneca против КОВИД-19:

☐	☐	Дали ви била поставена дијагноза синдром на капиларно протекување?
☐	☐	Дали сте имале тромбоза (згрутчување на крвта) со тромбоцитопенија (ниско ниво на крвни плочки) во периодот од 42 дена после пшримањето на претходната доза на AstraZeneca?
☐	☐	Дали во минатото сте имале церебрална венска синус тромбоза? *
☐	☐	Дали во минатото сте имале тромбоцитопенија предизвикана од хепарин? *
☐	☐	Дали некогаш сте имале згрутчување на крвта во абдоминалните (стомачните) вени? *
☐	☐	Дали некогаш сте имале антифосфолипиден синдром поврзан со згрутчување на крвта? *
☐	☐	Дали сте помлади од 60 години? *

* Pfizer и Moderna се претпочитани вакцини во овие старосни групи. Ако тие вакцини не се достапни, AstraZeneca може да се земе предвид ако користа од вакцинација е поголема од ризиците.

За повеќе информации, видете на www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts.

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

Име и презиме:												
Medicare број:												

Важи за само тие кои примаат Pfizer или Moderna:

☐ ☐ Дали било кога ви била поставена дијагноза за миокардитис и/или перикардитис што било припишано на претходна доза на Pfizer или Moderna?

☐ ☐ Дали сте имале миокардитис, перикардитис или ендокардитис во последните шест месеци?

☐ ☐ Дали сега имате акутна ревматична треска или акутно ревматично срцево заболување?

☐ ☐ Дали имате сериозно срцево заболување?

Ако сте одговориле „да“ на некое од горните прашања, вие и натаму би можеле да примите Pfizer или Moderna, но најнапред треба да разговарате со вашиот семеен доктор (GP), специјалист за имунизација или кардиолог кое е најдоброто време за вакцинација и дали треба да се преземат некои дополнителни мерки на претпазливост.

Последно ажурирање: 8 октомври 2021

Име и презиме:												
Medicare број:												

Информации за пациентот

Име и презиме:	
Medicare број:	
Индивидуална здравствена идентификација (Individual Health Identifier – IHI) ако е применливо:	
Датум на раѓање:	
Адреса:	
Телефонски број за контакт:	
Електронска пошта:	
Пол:	
Јазик на кој се зборува дома:	
Земја на раѓање:	

Дали сте по потекло Абориџин или од островите во Теснецот Торес?

☐ Да, само Абориџин
☐ Да, само од островите во Теснецот Торес
☐ Да, Абориџин и од островите во Теснецот Торес
☐ Не
☐ Претпочита да не одговори

Најблизок роднина (во итен случај):	
Име и презиме:	
Телефонски број за контакт:	

Согласност за добивање на вакцина против КОВИД-19

☐ Потврдувам дека добив информации и ги разбрав информациите што ми беа дадени за вакцинацијата против КОВИД-19.

☐ Потврдувам дека немам ниедна од горенаведените состојби, или дека за тие состојби и кои било други посебни околности сум разговарал/разговарала со мојот редовен давател на здравствена заштита и/или служба за вакцинација.

☐ Се согласувам да добијам курс на вакцина против КОВИД-19 (две дози од истата вакцина).

Име и презиме:	
Medicare број:	

Име и презиме на пациентот:	
Потпис на пациентот:	
Датум:	

☐ Јас сум родител на пациентот или заменик на лицето кое донесува одлуки, и се согласувам погоре именуваниот пациент да биде вакциниран против КОВИД-19.

Име и презиме на родителот/старателот/заменик лицето кое донесува одлуки:	
Потпис на лицето/старателот/заменик лицето кое донесува одлуки:	
Датум:	

Име и презиме:												
Medicare број:												

За употреба од давателот на услуги:

Доза 1:

Датум на вакцинацијата:	
Време на вакцинацијата:	
Марка на дадената вакцина против КОВИД-19:	
Серија број:	
Сериски број:	
Место на инјектирање на вакцината:	
Име на службата за вакцинација:	

Доза 2

Датум на вакцинацијата:	
Време на вакцинацијата:	
Марка на дадената вакцина против КОВИД-19:	
Серија број:	
Сериски број:	
Место на инјектирање на вакцината:	
Име на службата за вакцинација:	

Доза 3*

Датум на вакцинацијата:	
Време на вакцинацијата:	
Марка на дадената вакцина против КОВИД-19:	
Серија број:	
Сериски број:	
Место на инјектирање на вакцината:	
Име на службата за вакцинација:	

*Ако е потребно. За повеќе информации видете: 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

Последно ажурирање: 8 октомври 2021

Име и презиме:												
Medicare број:												