Australian Government

COVID-19 VACCINATION

Бланк формы согласия на вакцинацию против COVID-19

Перед заполнением этой формы убедитесь, что вы прочитали информационный бюллетень о той вакцине, которую вы собираетесь получить: о вакцине COVID-19 AstraZeneca, о вакцине Comirnaty (Pfizer) или о вакцине Spikevax (Moderna).

Последнее обновление: 8 октября 2021

О вакцинации против COVID-19

У людей, вакцинированных против COVID-19, гораздо меньше шансов заболеть COVID-19.

В Австралии используются вакцины трех марок. Все они эффективны и безопасны. Вакцины Comirnaty (Pfizer) или Moderna являются предпочтительнее вакцины AstraZeneca COVID-19 для взрослых в возрасте до 60 лет.

Вам необходимо получить две дозы вакцины одной и той же марки. Когда вам будут делать первую прививку, вам сообщат, когда вам нужно будет получить вторую дозу.

Людям с тяжелым иммунодефицитом может потребоваться третья доза как часть основного курса иммунизации. См.: 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

Медицинские эксперты изучили вакцины от COVID-19, чтобы убедиться, что они безопасны. Большинство побочных эффектов протекает легко. Они могут начаться в день вакцинации и продолжаться около одного или двух дней. Как и в случае с любой вакциной или лекарством, могут возникать редкие и / или неизвестные побочные эффекты.

Очень редкий побочный эффект после Astrazeneca называется тромбозом с синдромом тромбоцитопении или TTS (thrombosis with thrombocytopenia syndrome). Это означает свертывание крови (тромбоз) с низким уровнем тромбоцитов крови (тромбоцитопения). TTS не случается после Pfizer или Moderna.

Сообщалось о случаях миокардита и перикардита (воспаление сердца) после Pfizer и Moderna. Большинство случаев были легкими, и люди быстро приходили в норму.

Имя:												
Номер Medicare:												

Сообщите своему врачу, если у вас возникнут побочные эффекты, которые вас беспокоят.

С вами могут связаться через СМС или по электронной почте в течение недели после вакцинации, чтобы узнать, как вы себя чувствуете.

Некоторые все равно могут заразиться COVID-19 и после вакцинации. Вы по-прежнему должны соблюдать меры предосторожности согласно предписаниям общественного здравоохранения в вашем штате или территории, чтобы остановить распространение COVID-19, включая:

- соблюдение дистанции - держитесь на расстоянии не менее 1,5 метров от других
- частое мытье рук с мылом и водой или использование дезинфицирующего средства для рук
- ношение маски
- при плохом самочувствии с симптомами простуды или гриппа вы должны оставаться дома и организовать сдачу анализа на COVID-19.

Медицинский работник, сделавший вам вакцинацию, по закону обязан зарегистрировать вашу вакцинацию в Австралийском реестре иммунизации (Australian Immunisation Register). Вы можете посмотреть записи о своей вакцинации в Интернете через свой:

- аккаунт (учетную запись) в Medicare
- аккаунт в MyGov
- аккаунт в My Health Record.

Как используются ваши данные

Для получения информации о том, как ваши личные данные собираются, хранятся и используются, посетите сайт www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations.

Если вы проходите вакцинацию в аптеке, то аптека должна раскрыть некоторые ваши личные данные администратору аптечных программ (Pharmacy Programs Administrator). Это делается для того, чтобы аптека могла потребовать выплаты от правительства Австралии. Более подробная информация о том, почему это требуется, и о раскрываемой при этом информации, представлена по ссылке выше.

В день вакцинации

Перед вакцинацией сообщите специалисту, который делает вам прививку, если у вас:

- Были какие-либо аллергические реакции, особенно острая аллергическая реакция (анафилаксия):
  - на предыдущую дозу вакцины от COVID-19
  - на ингредиент вакцины от COVID-19
  - на другие вакцины или лекарства
- Если у вас ослаблен иммунитет. Это означает, что у вас ослабленная иммунная система, что может затруднить для вас борьбу с заболеваниями. Вы все равно можете пройти вакцинацию от COVID-19, но поговорите со своим врачом о том, когда выбрать наиболее подходящего времени для вакцинации. Это будет зависеть от вашего состояния и вашего лечения.

Имя:												
Номер Medicare:												

Контрольный список вопросов согласия

Да	Нет	
☐	☐	Была ли у вас аллергическая реакция после предыдущей дозы вакцины от COVID-19?
☐	☐	Была ли у вас анафилаксия от других вакцин или медикаментов?
☐	☐	Было ли у вас серьезное осложнение, которое, как показала экспертная оценка опытных провайдеров иммунизации или медицинских специалистов, было вызвано предыдущей дозой вакцины от COVID-19 (и не было выявлено другой причины)?
☐	☐	Был ли у вас мастоцитоз (заболевание тучных клеток), который вызывал рецидивирующую анафилаксию?
☐	☐	Болели ли вы COVID-19 раньше?
☐	☐	Есть ли у вас нарушение свертываемости крови?
☐	☐	Принимаете ли вы какие-либо лекарства для разжижения крови (антикоагулянтная терапия)?
☐	☐	У вас ослабленная иммунная система (иммунодефицит)?
☐	☐	Вы беременны?*
☐	☐	Вы нездоровы с кашлем, болью в горле, повышенной температурой или чувствуете недомогание каким-то иным образом?
☐	☐	Делали ли вы раньше прививку от COVID-19?
☐	☐	Делали ли вы какие-либо другие прививки за последние 7 дней?

Актуально только для прививающихся вакциной против COVID-19 AstraZeneca:

☐	☐	У вас когда-нибудь диагностировали синдром повышенной проницаемости капилляров?
☐	☐	Были ли у вас тромбоз (образование тромбов) вместе с тромбоцитопенией (низким уровнем тромбоцитов крови) в течение 42 дней после предыдущей дозы вакцины AstraZeneca?
☐	☐	Был ли у вас в прошлом тромбоз венозных синусов головного мозга? *
☐	☐	Была ли у вас в прошлом гепарин-индуцированная тромбоцитопения? *
☐	☐	Был ли у вас тромбоз вен брюшной полости (висцеральных вен)? *
☐	☐	Был ли у вас когда-нибудь антифосфолипидный синдром, связанный с тромбозом? *
☐	☐	Вы моложе 60-ти лет? *

* Pfizer или Moderna являются предпочтительными вакцинами для этих групп людей. Если эти вакцины недоступны, можно рассмотреть возможность применения вакцины AstraZeneca, если преимущества вакцинации перевешивают риск.

Для получения дополнительной информации пройдите по ссылке www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts.

Имя:												
Номер Medicare:											■	

Если вы беременны, прочитайте www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy.

Актуально только для прививающихся вакцинами Pfizer или Moderna:

- ☐ ☐ Были ли у вас диагностированы миокардит и / или перикардит, которые были связаны с предыдущей дозой Pfizer или Moderna?
- ☐ ☐ Был ли у вас миокардит, перикардит или эндокардит в течение последних шести месяцев?
- ☐ ☐ Страдаете ли вы в настоящее время острой ревматической лихорадкой или острой ревматической болезнью сердца?
- ☐ ☐ Страдаете ли вы тяжелой сердечной недостаточностью?

Если вы ответили «Да» на какой-либо из вопросов выше, вы все равно можете вакцинироваться Pfizer или Moderna, однако сначала вы должны поговорить со своим врачом, специалистом по иммунизации или кардиологом и обсудить лучшее время для вакцинации и необходимость каких-либо дополнительных мер предосторожности.

Последнее обновление: 8 октября 2021

Имя:												
Номер Medicare:												

Данные о пациенте

Имя:	
Номер Medicare:	
Индивидуальный идентификатор здравоохранения (Individual Health Identifier - IHI), если применимо:	
Дата рождения:	
Адрес:	
Контактный телефон:	
Адрес электронной почты:	
Пол:	
Язык, на котором вы говорите дома:	
Страна рождения:	

Вы абориген и / или житель островов пролива Торреса?

☐ Да, только абориген
☐ Да, только житель островов пролива Торреса
☐ Да и абориген, и житель островов пролива Торреса
☐ Нет
☐ Предпочитаю не отвечать

Ближайший родственник (для экстренных случаев):	
Имя:	
Контактный телефон:	

Согласие на вакцинацию против COVID-19

☐ Я подтверждаю, что получил и понял предоставленную мне информацию о вакцинации против COVID-19.

☐ Я подтверждаю, что ни одно из вышеперечисленных условий не применимо ко мне, или что я обсудил эти условия и любые другие особые обстоятельства с моим обычным провайдером медицинских услуг и / или провайдером услуг вакцинации.

☐ Я согласен пройти курс вакцинации против COVID-19 (две дозы одной вакцины).

Имя:	
Номер Medicare:	

Имя пациента:	
Подпись пациента:	
Дата:	

☐ Я являюсь родителем пациента, законным опекуном или замещающим его лицом, принимающим решения, и даю согласие на вакцинацию от COVID-19 указанного выше пациента.

Имя опекуна / замещающего лица, принимающего решения:	
Подпись опекуна / заместителя лица, принимающего решения:	
Дата:	

Имя:												
Номер Medicare:												

Для использования провайдером:

Доза 1:

Дата введения вакцины:	
Время введения:	
Марка введенной вакцины от COVID-19:	
№ партии:	
№ серии:	
Место введения вакцины:	
Название провайдера услуг вакцинации:	

Доза 2:

Дата введения вакцины:	
Время введения:	
Марка введенной вакцины от COVID-19:	
№ партии:	
№ серии:	
Место введения вакцины:	
Название провайдера услуг вакцинации:	

Доза 3*:

Дата введения вакцины:	
Время введения:	
Марка введенной вакцины от COVID-19:	
№ партии:	
№ серии:	
Место введения вакцины:	
Название провайдера услуг вакцинации:	

*Если необходимо. Для получения дополнительной информации см.: 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

Последнее обновление: 8 окнтября 2021 г.

Имя:												
Номер Medicare:												