

코로나바이러스(COVID-19) 백신 검사 및 미성년자 동의 양식



화이저(Pfizer)-바이오애택(BioNTech) 코로나바이러스 백신

부분 1: 환자 정보 (정자체로 작성)

성	이름	중간 이니셜
생년월일 월 일 년		나이 성별 (출생시) <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
인종 <input type="checkbox"/> 아메리카 인디언 또는 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 태평양 섬주민 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 백인		민족성 <input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 <input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 아님 <input type="checkbox"/> 불명
주소		
도시	주	우편 번호
핸드폰 번호		
이것은 환자의 코로나바이러스-19 예방 접종의 1차 또는 2차 접종입니까? <input type="checkbox"/> 1차 <input type="checkbox"/> 2차		

부분 2: 코로나바이러스-19 검사 질문

아래 질문에 예/아니오로 대답하십시오.	예	아니오
1. 오늘 몸이 불편하거나 아프십니까?		
2. 백신의 이전 용량이나이 백신의 성분에 대해 심한 알레르기 반응을 보인 적이 있습니까?		
3. 아나필락시스의 응급 치료를 위해 에피 펜을 가지고 다니십니까?		
4. (여성의 경우) 임신 했습니까? 아니면 임신 할 가능성이 있습니까?		
5. (여성의 경우) 모유 수유 중입니까?		
6. 지난 14 일 동안 다른 예방 접종을 받은 적이 있습니까?		
7. 지난 90 일 동안 단클론 항체를 받았거나 COVID-19 진단을 받았습니까?		
8. 지난 10 일 동안 열, 오한, 기침, 숨가쁨, 호흡 곤란, 피로, 근육 또는 몸살, 두통, 새로운 미각 또는 후각 상실, 인후통, 울혈 또는 콧물, 메스꺼움, 구토, 혹은 설사를 경험 한 적이 있습니까?		

부분 3: 코로나바이러스-19 백신에 대한 예방 접종 검사 지침

아래 질문에 예/아니오로 대답하십시오.	예	아니오
9. 약물, 식품, 백신 또는 라텍스에 대한 알레르기 나 반응이 있습니까? 설명 해주십시오:		
10. 면역력이 약하거나 면역 체계에 영향을 미치는 약을 복용하고 있습니까?		
11. 아출혈 장애가 있거나 혈액 희석제 / 혈액 희석제를 복용하고 있습니까?		
12. 이전에 코로나바이러스-19 백신을 맞은 적이 있습니까? 그렇다면 어떤 제조업체의 백신을 받았는지 그리고 투여 날짜를 표시하십시오. <input type="checkbox"/> 모더나 코로나바이러스-19 백신 <input type="checkbox"/> 화이저-바이오애택 코로나바이러스-19 백신 투여 날짜: _____		
13. 이전에 COVID-19 백신을 접종 한 후 4 시간 이내에 중증이 아닌 알레르기 반응을 경험 했습니까? 심각하지 않은 알레르기 반응에는 두드러기, 부기, 발적, 씨근 거림, 위장관 증상 등이 포함될 수 있습니다. 그렇다면 설명해주십시오.		

- 본인은 (a) 환자의 부모 또는 법적 보호자이며 환자가 최소 12 세임을 확인합니다. 또는 (b) 위에 언급 된 환자의 예방 접종에 대한 동의에 승인합니다. . 또한 본인은 COVID-19 백신을 투여하기 위해 하워드 카운티 보건국 (Howard County Health Department)에 동의합니다.
- 본인이 제품이 미국 식품의약품청(FDA)의 승인 또는 라이선스를 받지 않았지만 EUA에 따라 12세 이상의 개인이 사용할 수 있는 코로나 바이러스 질병-2019 (COVID-19)를 예방하기 위해 FDA의 긴급 사용 권한을 받았음을 이해합니다. 이 제품의 긴급 사용은 선언이 종료되거나 승인이 취소되지 않는 한 FD&C 법 섹션 564(b)(1)에 따라 의료 제품의 긴급 사용 승인을 정당화하는 상황이 존재한다는 선언 기간 동안에 만 승인됩니다.
- 본인은 백신 접종과 관련된 모든 가능한 부작용이나 합병증을 예측할 수 없다는 것을 이해합니다. 본인은 위의 백신과 관련된 위험 및 이점을 이해하고 본인이 받기로 선택한 COVID-19 백신에 대한 긴급 사용 승인 사실 자료를 받거나 읽거나 설명을 들었습니다. 또한 본인은 질문 할 기회가 있었으며 그러한 질문에 만족할만한 답변을 하였음을 인정합니다. 또한 본인은 COVID-19 예방 접종을 받은 후 지속적인 마스크 착용 / 사회적 거리두기의 필요성을 이해합니다.
- 약 15 분 동안 예방 접종 장소 근처에 머 무르라는 권고를 받았음을 인정합니다. 관찰을 위해 투여 후, 의료 제공자가 필요하다고 판단하는 경우 최대 30 분까지 근처 장소에 머물 수도 있습니다. 심각한 반응이 나타나면 911로 전화하거나 가까운 병원으로 가겠습니다.
- 본인은 위험과 혜택을 신중하게 고려한 후 HCHD에서 COVID-19 예방 접종을 받기로 자발적으로 선택했습니다.
- 본인은 HCHD에서 실시한 COVID-19 예방 접종이 추적되고 ImmuNet에보고 될 것이며 지방, 주 및 연방 정부에서 요구하는대로 이를 이해합니다.

부모/보호자 또는 위임 대리인의 서명:

날짜:

대리인의 이름 및 백신을 받는 사람과 관계: