

**第 1 部分：患者須知（請打印）**

姓氏		名字		中間名	
出生日期			年齡	性別（出生時賦予的性別）  <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
月	日	年			
人種 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 亞裔 <input type="checkbox"/> 太平洋島民 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 白人				種族 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 未知	
地址					
城市		州		郵區編號	
手機號碼					
此次為患者首次還是第二次接種 COVID-19 疫苗？ <input type="checkbox"/> 首次接種 <input type="checkbox"/> 第二次接種					

**第 2 部分：COVID-19 篩查問題**

請核選「是」或「否」，以回答每個問題。	是	否
1. 您今天是否有任何不適？		
2. 您是否曾對接種的本疫苗或本疫苗的任何成分產生過嚴重過敏反應？		
3. 您是否需要攜帶 Epi-pen 腎上腺素筆用於過敏反應的急救？		
4. 如果您是女性，您是否已懷孕或您是否有可能懷孕？		
5. 如果您是女性，您是否處於哺乳期？		
6. 您是否在此前 14 天內接種過任何其他疫苗？		
7. 您是否在此前 90 天內接受過單株抗體注射或被確診為 COVID-19？		
8. 您是否在此前 10 天內出現過發熱、發冷、咳嗽、呼吸短促、呼吸困難、疲乏、肌肉或身體疼痛、頭痛、新發味覺或嗅覺喪失、咽喉痛、鼻塞或流鼻涕、噁心、嘔吐或腹瀉？		

**第 3 部分：COVID-19 疫苗免疫篩查指引**

請核選「是」或「否」，以回答每個問題。	是	否
9. 您是否對任何藥物、食物、疫苗或乳膠過敏或有反應？請說明：		
10. 您是否免疫功能受損或正在使用影響免疫系統的藥物？		
11. 您是否患有出血性疾病或正在使用血液稀釋劑（稀釋血液的藥物）？		
12. 您先前是否接種過任何的 COVID-19 疫苗？如果是，請註明您接種的疫苗的製造商和接種日期：  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> Moderna COVID-19 疫苗  <input type="checkbox"/> 輝瑞-BioNTech COVID-19 疫苗             </div> <div>               接種日期：                _____             </div> </div>		
13. 您在既往接種 COVID-19 疫苗後 4 小時內是否發生過非嚴重過敏反應？非嚴重過敏反應可能包括：蕁麻疹、腫脹、發紅、喘息、胃腸道症狀等）？如果是，請說明：		

- 本人特此證明：(A) 我是患者的父母或法定監護人，我確認患者年滿 12 歲；或 (B) 授權同意上述患者接種疫苗。此外，本人在此同意霍華德郡 (HOWARD COUNTY) 衛生署 (HCHD) 實施 COVID-19 疫苗接種。
- 本人瞭解，本產品尚未獲得 FDA 的批准或許可，但已獲得 FDA 的緊急使用授權 (EUA)，根據 EUA，本產品可用於 12 歲及以上人群，以預防 2019 新冠病毒病 (COVID-19)；除非提前終止聲明或撤銷授權，否則本產品的緊急使用僅限於聲明持續有效期間（根據《聯邦食品、藥品和化妝品法案》第 564(b)(1) 條的規定，存在授權緊急使用醫療產品之合理情形）。
- 本人瞭解不可能預測與接種疫苗相關的所有可能的副作用或併發症。本人瞭解上述疫苗相關的風險和獲益，並已收到、閱讀和/或有人已經向我解釋了我選擇接種的 COVID-19 疫苗的緊急使用授權情況說明書。此外本人承認本人有機會提問，並且這些問題的回答令本人滿意。本人還瞭解在接種 COVID-19 疫苗後仍需要繼續佩戴口罩/保持社交距離
- 本人承認，已有人建議本人在接種後在接種地點附近停留約 15 分鐘進行觀察，如果醫療服務提供者認為有必要，需要停留最長 30 分鐘接受觀察。如果本人出現嚴重反應，本人將致電 9-1-1 或前往最近的醫院就診。
- 在仔細考慮風險和獲益後，本人自願選擇在衛生署 (HCHD) 接種 COVID-19 疫苗。
- 本人瞭解，衛生署 (HCHD) 提供的 COVID-19 疫苗接種將被追蹤並上報給 ImmuNet，並根據當地、州和聯邦政府的其他要求進行上報。

父母/監護人或授權代表簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

代表姓名（印刷體）及其與接種人員的關係： \_\_\_\_\_