

Prénom _____ Initial du postnom _____ Nom _____

Date de naissance (mois/jour/année) ____/____/____ Numéro de telephone _____

Genre (encerclez votre) : M / F / Préfère pas Langue préférée _____

Ethnicité Hispanique / Latino Pas hispanique/Latino Inconnu Choisissez de ne pas répondre

Race Amérindien ou natif d'Alaska Asiatique Indigène hawaïen/autre insulaire du Pacifique
 Noir ou afro-américain Blanc Autre race

Êtes-vous handicapé Oui Non Choisissez de ne pas répondre

Adresse Postale _____

Ville _____ État _____ Code Postal _____

E-mail _____ Employeur _____

Assurance _____ Identifiant d'Assurance _____

Numéro De Sécurité Sociale _____ Nom de l'Abonné _____

Relation _____ Numéro de Sécurité Sociale _____ Date de Naissance _____

INFORMATION DE CONTACT D'URGENCE

Nom Complet _____ Relation _____ Numéro de telephone _____

Vaccin fourni: Pfizer (2 doses, à 21 jours d'intervalle)

<u>Lot# Dose 1</u>	<u>Dose, Route, Site</u>	<u>Provider's Signature & Title</u>	<u>Date Dose #1</u>
	IM, 0. _____ ml, (Circle which side) R L Deltoid		
<u>Lot# Dose 2</u>	<u>Dose, Route, Site</u>	<u>Provider's Signature & Title</u>	<u>Date Dose #2</u>
	IM, 0. _____ ml (Circle which side) R L Deltoid		

Questions

Encerclez la réponse

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Avez-vous été testé positif au COVID-19 au cours des 14 derniers jours? | OUI | NON |
| 2. Avez-vous reçu un autre vaccin au cours des 14 derniers jours? | OUI | NON |
| 3. Avez-vous reçu des anticorps monoclonaux COVID-19 ou du plasma convalescent au cours des 90 derniers jours? | OUI | NON |
| 4. Avez-vous eu une réaction anaphylactique à un vaccin COVID-19 précédemment administré ou à tout composant d'un vaccin COVID-19? | OUI | NON |

Nom du patient: _____

5. Êtes-vous allergique à un vaccin? OUI NON
Les vaccins Pfizer et Moderna COVID-19 ne contiennent PAS de latex, d'œuf ou de conservateur.

6. Avez-vous eu une réaction indésirable grave à un précédent vaccin COVID-19? OUI NON
Une réaction NORMALE après la vaccination COVID comprend les éléments suivants. Ceux-ci peuvent être plus graves après la deuxième dose.

- | | |
|--|---|
| I. Arthralgie (douleur dans les articulations) | V. Mal de crâne |
| II. Fatigue | VI. Myalgie (douleur musculaire) |
| III. Fièvre | VII. La nausée |
| IV. Frissons | VIII. Douleur locale ou rougeur au site d'injection |
7. Êtes-vous enceinte? OUI NON

Je suis enceinte ou j'allaite, puis-je me faire vacciner ? Oui, mais il est recommandé de recevoir des informations supplémentaires sur les essais conduisant à l'approbation et les risques connus des vaccins.

- Ni le vaccin Pfizer / BioNtech ni Moderna n'a été étudié chez des personnes qui sont ou pourraient devenir enceintes, à cause de cela, le Collège Américain des Gynécologues et Obstétriciens suggère une conversation patient-prestataire sur les risques et les avantages de la vaccination pour les individus.
- Bien que certaines personnes participant aux essais cliniques soient tombées enceintes, il n'y en avait pas assez pour se prononcer sur la sécurité.
- Alors que les vaccins à ARNm sont nouveaux pour une utilisation chez l'homme, l'ARNm du vaccin est rapidement dégradé par les processus cellulaires normaux et n'entre pas dans le noyau de la cellule. Sur la base des connaissances actuelles, les experts estiment que les vaccins à ARNm sont peu susceptibles de présenter un risque pour la personne enceinte ou le fœtus. Cependant, les risques potentiels des vaccins à ARNm pour la personne enceinte et le fœtus sont inconnus car ces vaccins n'ont pas été suffisamment étudiés chez les femmes enceintes.
- Tous les vaccins peuvent provoquer des réactions immunitaires, y compris des fièvres. Les fièvres peuvent entraîner des problèmes de développement fœtal, bien que ce risque soit faible et que les conséquences de la vaccination en général pendant la grossesse soient rares.
- En raison des conséquences de l'infection et de la maladie COVID-19, dans les populations où les vaccins à ARNm sont recommandés, comme chez les travailleurs de la santé, la vaccination doit être proposée aux personnes qui sont ou pourraient devenir enceintes, en particulier lorsque la propagation de la maladie dans la communauté est préoccupante.
- Les personnes allaitantes n'ont pas été incluses dans la plupart des essais cliniques. L'ACOG recommande que les préoccupations théoriques concernant la sécurité de la vaccination des personnes allaitantes ne l'emportent pas sur les avantages potentiels. L'allaitement n'a pas besoin d'être interrompu chez les patientes recevant un vaccin COVID-19.

Je comprends les risques et les avantages de recevoir le vaccin COVID-19 pendant la grossesse et j'accepte de recevoir le vaccin. _____ Initial

8. Avez-vous des conditions immuno-déprimantes (VIH, greffe d'organe solide, recevant des thérapies immunosuppressives, etc.)? OUI NON

Si oui, assurez-vous de discuter de la planification optimale de la vaccination avec votre fournisseur.

SI OUI:
Je suis immunodéprimé par un médicament que je prends / d'une affection, puis-je prendre le vaccin ?
Oui, le vaccin COVID-19 est sans danger pour vous. Si votre système immunitaire est affaibli, le vaccin peut être moins efficace, mais il ne devrait pas créer d'effets secondaires supplémentaires.
Veuillez noter que les patients immunodéprimés n'ont pas été inclus dans les essais cliniques, à l'exception d'un petit nombre de patients séropositifs.
Je comprends que les vaccins COVID-19 n'ont pas été étudiés chez des patients immunodéprimés et j'accepte de recevoir la vaccination. _____ Initial

Nom du patient: _____

- Je comprends que le fait de ne pas fournir de réponse précise à l'une des questions de dépistage du COVID-19 pourrait entraîner un risque accru de préjudice pour moi en raison de la vaccination.
- Je comprends que ce vaccin contre le COVID-19 est approuvé en vertu d'une autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) de la FDA et n'a pas reçu l'approbation complète de la FDA.
- Je comprends que ce vaccin contre le COVID-19 est approuvé en vertu d'une autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) de la FDA et n'a pas reçu l'approbation complète de la FDA.
- J'ai été informé, je comprends et je reconnais la nécessité d'attendre 15 minutes après avoir reçu le vaccin COVID-19 avant d'utiliser un équipement lourd et / ou de conduire un véhicule étant donné le risque de réaction indésirable, y compris la perte de conscience. Si je choisis d'utiliser de l'équipement lourd et / ou de conduire un véhicule dans les 15 minutes suivant la réception de la vaccination, je comprends et reconnais que j'accepte la responsabilité exclusive de tous les risques associés, connus ou inconnus; tenir Northern Light Health, ses employés, agents, sous-traitants et officiers à l'abri de toutes blessures, préjudices et / ou dommages associés à ma décision d'utiliser des machines lourdes et / ou de conduire un véhicule; et j'accepte d'indemniser et / ou de décharger définitivement Northern Light Health, ses agents, employés, dirigeants, administrateurs, assureurs, filiales et sociétés affiliées contre toutes sortes de réclamations, demandes, actions, responsabilité, dommages, réclamations pour les dommages-intérêts punitifs ou liquidés, les réclamations pour les honoraires d'avocat, les frais et débours, les réclamations individuelles ou collectives, et les demandes de tout autre type que ce soit connu ou inconnu, en droit ou en équité, contrat ou délit, faites ou intentées par un tiers découlant ou de quelque manière que ce soit lié à ma décision d'utiliser de l'équipement lourd et / ou de conduire un véhicule dans les 15 minutes suivant la réception du vaccin COVID-19. Les remerciements et exonérations décrits dans ce paragraphe lieront mes héritiers, représentants personnels, administrateurs, exécuteurs testamentaires et ayants droit.
- Je comprends les avantages et les risques de recevoir le vaccin COVID-19, et qu'aucun médicament n'est sans risque de préjudice, même chez les patients sans facteurs de risque.
- J'éviterai de recevoir d'autres vaccinations pendant les 14 prochains jours après avoir reçu la vaccination COVID-19.

Signature du Patient: _____ Date (Mois/jour/année): _____

Signature du parent ou tuteur (si moins de 18 ans): _____ Date (Mois/jour/année): _____

Nous avons quatre documents importants dont nous voulons que vous soyez conscient:

- Notre avis de pratiques de confidentialité qui explique vos droits en ce qui concerne vos informations de santé, et comment nous utilisons et divulguons ces informations.
- Vos droits et responsabilités en tant que patient.
- L'État du Maine participe à un échange de dossiers de santé à l'échelle de l'État appelé HealthInfoNet. Nous partageons des informations de santé avec cet échange à moins que vous ne choisissiez de vous désinscrire. Si vous souhaitez vous désinscrire, le formulaire de désinscription est disponible sur le site Web HealthInfoNet ou sur le site Web de Northern Light Health.
- Un résumé de notre politique d'aide financière, qui explique le programme d'aide financière que nous offrons à ceux qui sont admissibles.
- J'accepte le consentement au traitement de Northern Light Health. Je reconnais que je peux demander une copie du (a) consentement au traitement de Northern Light Health, (b) de l'avis de Northern Light Health sur les pratiques de confidentialité, (c) des droits et responsabilités du patient, (d) des informations sur l'échange d'informations sur la santé, y compris la possibilité de me retirer, et (e) résumé en langage clair de la politique d'aide financière de Northern Light Health par le personnel de la clinique.
- Je consens à recevoir des services.
- Je consens à être vacciné contre le COVID-19.

Je comprends que le vaccin auquel je consens nécessite deux doses pour produire une immunité au COVID-19 et qu'il est nécessaire que je reçoive les deux doses du vaccin comme prévu.

Signature du Patient: _____ Date (Mois/jour/année): _____

Signature du parent ou tuteur (si moins de 18 ans): _____ Date (Mois/jour/année): _____