

B&B RX INC.

79-08 37th Ave, Jackson Heights, NY 11372 Тел: (718) 533-6623 Факс: (718) 533-6624

Анкета скрининга вакцинации, согласие и факс-форма для врача

Информация о пациенте

Имя пациента: _____ Дата рождения: _____ Возраст: _____

Адрес: Улица: _____ Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Номер телефона: _____ Электронная почта: _____

Пол: Мужской Женский Небинарный Другое _____

Какую вакцину вы запрашиваете для введения?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> Столбняк/Дифтерия/Коклюш |
| <input type="checkbox"/> Грипп (Influenza) | <input type="checkbox"/> RSV |
| <input type="checkbox"/> Пневмония | <input type="checkbox"/> Менингит |
| <input type="checkbox"/> Опоясывающий лишай (Shingrix) | <input type="checkbox"/> Гепатит А / В |

Лечащий врач: _____ Телефон врача: _____

Следующие вопросы помогут нам определить, какие вакцины можно вводить сегодня. Если вопрос непонятен, пожалуйста, попросите иммунизатора или сотрудника аптеки объяснить.

	Да	Нет	Не знаю
1. Чувствуете ли вы себя больным сегодня?			
2. Есть ли у вас аллергия – если да, перечислите и укажите аллергии на пищу, лекарства и вакцины (примеры: яйцо, латекс, курица, бычий белок, желатин, гентамицин, полимиксин, неомицин, фенол, дрожжи, тиомерсал или латекс) _____			
3. Была ли у вас когда-либо серьезная реакция на вакцину, например, головокружение, обморок или судороги?			
4. Получали ли вы какие-либо прививки или кожные тесты за последние 4 недели?			
5. Курите ли вы?			
6. Было ли у вас когда-либо судорожное расстройство, для которого вы принимаете противосудорожные препараты, расстройство мозга, синдром Гийена-Барре (состояние, вызывающее паралич) или другая проблема нервной системы?			
7. Есть ли у вас какие-либо заболевания, такие как анемия, астма, диабет, болезни сердца, болезни почек, болезни печени, болезни легких или другие? Пожалуйста, укажите:			
8. Для женщин: беременны ли вы или есть ли вероятность, что вы можете забеременеть в ближайшие 3 месяца?			
9. Принимаете ли вы в настоящее время домашние инфузии, еженедельные инъекции, стероидную терапию, противоопухолевые препараты или лучевую терапию?			
10. Есть ли у вас рак, лейкемия, лимфома, ВИЧ/СПИД или другие нарушения иммунной системы, или вы контактируете с кем-либо, имеющим серьезно ослабленную иммунную систему?			
11. Получали ли вы переливание крови или продуктов крови, или принимали лекарство под названием иммунный (гамма) глобулин в прошлом году?			

ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В АПТЕКЕ:

Вакцина	Производитель	Партия#	Срок годн.	Доза	Место инъекц.	Дата VIS
					Л / П Дельтовидная ВМ	
					Л / П Дельтовидная ВМ	

Подпись иммунизатора и выдан VIS: _____ Дата введения вакцины и VIS: _____

Имя/Должность иммунизатора: _____

Информация, передаваемая в этом ФАКСЕ, содержит конфиденциальную информацию о пациенте, которая юридически защищена законодательством HIPAA. Любая повторная передача, распространение или иное использование этой информации лицом, не являющимся предполагаемым получателем, запрещено. Если эта информация была получена по ошибке, немедленно уведомите нас и верните оригинальное сообщение по указанному выше адресу.

B&B RX INC.

79-08 37th Ave, Jackson Heights, NY 11372 Тел: (718) 533-6623 Факс: (718) 533-6624

Анкета скрининга вакцинации, согласие и факс-форма для врача

► **Подтверждение:** Я подтверждаю, что я: (а) пациент и мне не менее 18 лет; (b) родитель или законный опекун несовершеннолетнего пациента; или (с) законный опекун пациента. Далее, настоящим я даю свое согласие аптеке и лицензированному медицинскому работнику, вводящему вакцину, при необходимости (каждый из них "применимый Поставщик"), на введение вакцины(вакцин), которые я запросил выше. Я понимаю, что невозможно предсказать все возможные побочные эффекты или осложнения, связанные с получением вакцины(вакцин). Я понимаю риски и преимущества, связанные с вышеуказанной вакциной(вакцинами), и получил, прочитал и/или мне разъяснили Заявления об информации о вакцине(вакцинах), которые я выбрал получить. Я также подтверждаю, что у меня была возможность задать вопросы, и что на такие вопросы были даны ответы, удовлетворяющие меня. Далее, я подтверждаю, что мне рекомендовано оставаться рядом с местом вакцинации для наблюдения примерно 15 минут после введения. От своего имени, моих наследников и личных представителей, настоящим я освобождаю и снимаю ответственность с B&B RX INC., каждого применимого Поставщика, его персонала, агентов, преемников, подразделений, аффилированных лиц, дочерних компаний, должностных лиц, директоров, подрядчиков и сотрудников от любых и всех обязательств или претензий, известных или неизвестных, возникающих из, в связи с или каким-либо образом связанных с введением вакцины(вакцин), указанной выше. Я подтверждаю, что: (а) я понимаю цели/преимущества реестра вакцинации моего штата ("Реестр штата") и обмена медицинской информацией моего штата CIR ("НIE штата"); и (b) применимый Поставщик может раскрыть мою информацию о вакцинации Реестру штата, НIE штата или через НIE штата Реестру штата для целей отчетности общественного здравоохранения, или моим медицинским работникам, зарегистрированным в Реестре штата и/или НIE штата для целей координации ухода. Я подтверждаю, что в зависимости от закона моего штата, я могу предотвратить, используя одобренную государством форму отказа или, как разрешено законом моего штата, форму отказа ("Форма отказа"), предоставленную применимым Поставщиком: (а) раскрытие моей информации о вакцинации применимым Поставщиком НIE штата и/или Реестру штата; или (b) обмен НIE штата и/или Реестром штата моей информацией о вакцинации с любым из моих других медицинских работников, зарегистрированных в Реестре штата и/или НIE штата. Применимый Поставщик, если мой штат разрешает, предоставит мне Форму отказа. Я понимаю, что в зависимости от закона моего штата мне может потребоваться специально согласиться, и в той мере, в какой это требуется законом моего штата, подписавшись ниже, я настоящим даю согласие на то, чтобы применимый Поставщик сообщал мою информацию о вакцинации НIE штата или через НIE штата и/или Реестр штата организациям и для целей, описанных в этой Форме информированного согласия. Если я не предоставляю применимому Поставщику подписанную Форму отказа, я понимаю, что мое согласие останется в силе до тех пор, пока я не отзову свое разрешение, и что я могу отозвать свое согласие, предоставив заполненную Форму отказа применимому Поставщику и/или моему НIE штата, в зависимости от обстоятельств. Я понимаю, что даже если я не даю согласия или отзываю свое согласие, законы моего штата могут разрешать определенные раскрытия моей информации о вакцинации к или через НIE штата, как требуется или разрешено законом. Я также уполномочиваю применимого Поставщика раскрыть доказательство моей вакцинации или вакцинации моего ребенка (или несовершеннолетнего, для которого я уполномочен действовать в качестве опекуна или in loco parentis) школе, где я, или мой ребенок (или несовершеннолетний, для которого я уполномочен действовать в качестве опекуна или in loco parentis), является учеником или потенциальным учеником. Далее, я уполномочиваю применимого Поставщика: (а) предоставлять мою медицинскую или другую информацию, включая мое инфекционное заболевание (включая ВИЧ), информацию о психическом здоровье и злоупотреблении наркотиками/алкоголем, к или через НIE штата моим медицинским работникам, Medicare, Medicaid или другому стороннему плательщику по мере необходимости для оказания помощи или оплаты; (b) подавать претензию моему страховщику за вышеуказанные запрошенные товары и услуги; и (с) запрашивать оплату авторизованных льгот от моего имени применимому Поставщику в отношении вышеуказанных запрошенных товаров и услуг. Далее я соглашаюсь нести полную финансовую ответственность за любые суммы совместного покрытия расходов, включая доплаты, совместное страхование и франшизы, за запрошенные товары и услуги, а также за любые запрошенные товары и услуги, не покрытые моими страховыми льготами. Я понимаю, что любая оплата, за которую я несу финансовую ответственность, подлежит оплате во время оказания услуги или, если применимый Поставщик выставляет мне счет после оказания услуги, по получении такого счета.

Подпись пациента: _____

Дата: _____