



Australian Government

COVID-19 VACCINATION

Formular de consimțământ pentru vaccinarea împotriva COVID-19

Despre vaccinarea împotriva COVID-19

Persoanele care au făcut un vaccin împotriva COVID-19 au șanse mult mai mici de a se îmbolnăvi de boala numită COVID-19.

Vaccinarea împotriva COVID-19 este gratuită. Alegeți să faceți vaccinarea sau nu.

Pentru a fi vaccinat, vi se va face o înțepătură cu acul în braț. Trebuie să faceți vaccinarea de două ori în două zile diferite. Există diferite mărci de vaccin. Trebuie ca vaccinurile care vi se vor face în două zile diferite să fie de aceeași marcă. Persoana care vă face vaccinul vă va spune când trebuie să faceți a doua vaccinare.

Experții medicali au studiat vaccinurile COVID-19 pentru a se asigura că sunt sigure. Majoritatea reacțiilor adverse sunt ușoare și nu durează mult. Ca în cazul oricărui vaccin sau medicament, pot exista reacții adverse rare și/sau necunoscute.

Puteți, de asemenea, să spuneți furnizorului de asistență medicală dacă aveți reacții adverse, cum ar fi o durere de braț, dureri de cap, febră sau o altă reacție. Dacă aveți o reacție adversă care vă îngrijorează, vă rugăm să vă adresați medicului dumneavoastră. S-ar putea să fiți contactat în decurs de o săptămână de la administrarea vaccinului pentru a vedea cum vă simțiți după vaccinare.

Unele persoane pot contracta virusul COVID-19 după vaccinare. Prin urmare, trebuie să respectați măsurile de precauție privind sănătatea publică, după cum se cere în statul sau teritoriul dumneavoastră pentru a opri răspândirea infecției COVID-19, inclusiv:

- păstrându-vă distanța — stați la cel puțin 1.5 metri distanță de alte persoane
- spălându-vă pe mâini de multe ori cu săpun și apă, sau folosind un dezinfectant de mâini
- purtând o mască în cazul în care statul sau teritoriul dumneavoastră v-a sfătuit să faceți aceasta
- rămânând acasă dacă aveți simptome de răceală sau asemănătoare gripei și făcând un test de COVID-19.

Furnizorii de vaccinuri înregistrează toate vaccinările în Registrul Australian de Imunizare, în conformitate cu legislația australiană. Puteți vizualiza dosarul dvs. de vaccinare online prin intermediul:

- Contului Medicare
- Contului MyGov
- Contului myHealthrecord.

Cum sunt utilizate informațiile pe care le furnizați la programarea dumneavoastră.

Pentru informații despre modul în care sunt colectate, stocate și utilizate datele dumneavoastră personale vizitați <https://www.health.gov.au/covid19-vaccines>

În ziua în care vi se administrează vaccinul

Înainte de a vă vaccina, spuneți persoanei care vă face vaccinul dacă:

- Aveți vreo alergie, în special anafilaxie (o reacție alergică severă). O alergie este atunci când vă apropiați sau sunteți în contact cu ceva și corpul dumneavoastră reacționează și vă îmbolnăviți foarte repede. Aceasta poate include reacții cum ar fi o erupție cutanată, limba se mărește, respirația devine mai rapidă sau șuierătoare sau inima bate mai repede.
- Dacă aveți un Epi Pen [stilou injector] sau ați mai avut unul înainte.
- Dacă sunteți imunocompromis. Aceasta înseamnă că aveți un sistem imunitar slăbit care vă poate îngreuna lupta împotriva infecțiilor și a altor boli. Uneori, o boală cum ar fi diabetul sau cancerul poate provoca așa ceva sau un anumit medicament sau anumite tratamente pe care le luați, cum ar fi medicamentele pentru cancer.

Da Nu

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aveți alergii grave, în special anafilaxie, la orice, sau folosiți sau vi s-a prescris un autoinjector de adrenalină (EpiPen)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ați avut vreo reacție alergică după ce ați făcut vaccinul anterior? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ați mai avut COVID-19? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Suferiți de vreo boală de sânge? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Luați vreun medicament pentru subțierea sângelui (faceți o terapie anticoagulantă)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aveți un sistem imunitar slăbit (imunocompromis)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sunteți gravidă sau credeți că ați putea fi gravidă? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plănuți să rămâneți însărcinată? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alăptați? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ați fost bolnav și ați tușit, v-a durut gâtul, ați avut febră sau vă simțiți rău într-un alt mod? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ați mai făcut un vaccin împotriva COVID-19? |

Ați făcut vreun alt vaccin în ultimele 14 zile?

Vă rugăm să discutați cu medicul dumneavoastră dacă aveți întrebări sau nelămuriri înainte de a vă vaccina împotriva COVID-19.

Informații despre pacient

Nume:

Numărul Medicare:

Data nașterii:

Adresa:

Număr de contact telefonic:

e-mail:

Sex:

Sunteți Aborigin și/sau o persoană din Torres Strait Islands?

- Da, doar Aborigin
 Da, numai o persoană din Torres Strait Islands
 Da, Aborigin și din Torres Strait Islands
 Nu
 Prefer să nu răspund

Rudă apropiată (în caz de urgență):

Nume:

Număr de contact telefonic:

Consimțământ pentru vaccinarea împotriva COVID-19

Confirm că am primit și am înțeles informațiile care mi-au fost furnizate cu privire la vaccinarea împotriva COVID-19

Confirm faptul că niciuna dintre condițiile de mai sus nu se aplică sau că am discutat aceste circumstanțe și/sau orice alte circumstanțe speciale cu furnizorul meu curent de servicii de sănătate și/sau cu furnizorul de servicii de vaccinare

Sunt de acord să primesc un curs complet de vaccinare împotriva COVID-19 (două doze ale aceluiași vaccin)

Numele pacientului:

Semnătura pacientului:

Data:

Sunt tutorele legal al pacientului sau înlocuitorul legal de decizie și sunt de acord cu vaccinarea împotriva COVID-19 a pacientului menționat mai sus

Numele tutorelui juridic/factorului decizional înlocuitor:

Semnătura tutorelui legal/înlocuitor al factorului decizional:

Data:

Pentru utilizarea de către furnizor:

Doza 1: Data administrării vaccinului:

Ora când s-a făcut vaccinarea:

COVID-19 marca de vaccin administrat:

Nr. lot:

Nr. de serie:

Locul injectării vaccinului:

Numele furnizorului de servicii de vaccinare:

Doza 2: Data administrării vaccinului:

Ora când s-a făcut vaccinarea:

COVID-19 marca de vaccin administrat:

Nr. lot:

Nr. de serie:

Locul injectării vaccinului:

Numele furnizorului de servicii de vaccinare: