

**Formulário de Triagem e Consentimento de Imunização
Covid-19
Para crianças de 5
a 11 anos**



Nutt Rd Phoenixville, 165, PA 19460
 Telefone: 610-933-2609 · Fax: 610-933-3654
 TheGatewayPharmacy.com

Informações sobre o receptor de vacinas

Nome do destinatário:	Sobrenome:	Primeiro nome:	M.I.:
Data de nascimento:		Idioma preferido:	
Gênero		Número de telefone:	
Nome pai/responsável/substituto: (se aplicável, imprima)		Endereço de e-mail:	
Endereço:			Apartamento/Unidade:
Cidade:		Estado:	Código Postal:

Responda às seguintes perguntas circulando sua resposta

Etnia:	Origem não-hispânica	Origem Hispânica	Desconhecida	Declinou
Raça:	Asiático	afro-americano ou negro	branco	outro ou multirracial
	Nativos americanos ou nativos do Alaska	havaianos ou ilhas do Pacífico	declinar	

Questionário de Triagem

1.	Seu filho está doente hoje?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desconhecido
2.	Nos últimos 10 dias, seu filho fez um teste COVID-19 ou foi orientado por um profissional de saúde ou departamento de saúde para se isolar ou ficar em quarentena em casa devido à infecção ou exposição do COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desconhecido
3.	Seu filho teve miocardite (inflamação do músculo cardíaco) ou pericardite (inflamação do revestimento fora do coração)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desconhecido
4.	Seu filho carrega uma Epi-pen para tratamento de emergência de anafilaxia e/ou tem alergias ou reações a quaisquer medicamentos, alimentos, vacinas ou látex?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desconhecido
5.	Seu filho teve alguma reação alérgica após uma vacina COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desconhecido
6.	Seu filho teve alguma reação alérgica depois de receber outra vacina ou medicação injetável?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desconhecido
7.	Seu filho teve alguma reação alérgica depois de receber polietileno glicol ou polisorbato?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desconhecido
8.	Seu filho está imunocomprometido ou sob medicamentos que afetam a imunidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desconhecido
9.	Seu filho tem algum distúrbio hemorrágico ou um anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desconhecido
10.	Seu filho tem histórico de Síndrome de Guillain-Burte ou síndrome inflamatória multissistêmica (MIS-C ou MIS-A)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desconhecido
11.	Seu filho tem histórico de uma síndrome imunomediada caracterizada por trombose (coágulos sanguíneos anormais) e trombocitopenia (plaquetas baixas), como a	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desconhecido

	trombocitopenia induzida por heparina (HIT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Página 1 de 2 - Por favor, vire para preencher e assinar o formulário de consentimento

Autorização de Uso de Emergência

A Administração Federal de Medicamentos dos EUA (FDA) disponibilizou a vacina COVID-19 sob uma autorização de uso emergencial (EUA). O EUA é usado quando existem circunstâncias para justificar o uso emergencial de medicamentos e produtos biológicos durante uma emergência, como a pandemia COVID-19. Esta vacina não completou o mesmo tipo de revisão que um produto aprovado ou autorizado pela FDA. No entanto, a decisão da FDA de disponibilizar a vacina sob um EUA baseia-se na existência de uma emergência de saúde pública e na totalidade das evidências científicas disponíveis, mostrando que os benefícios conhecidos e potenciais da vacina geralmente superam os riscos conhecidos e potenciais.

Autorização e Consentimento

CONSENTIMENTO E LIBERAÇÃO: Fui informado e li, ou me explicaram, a ficha de informações sobre a vacinação COVID-19. Me foi dada a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas para minha satisfação (e garantiu que a pessoa nomeada acima por a qual sou guardião também tenha a chance de fazer perguntas). Eu entendo os benefícios e riscos da vacinação conforme descrito. Solicito que a vacinação COVID-19 seja dada a mim (ou à pessoa nomeada acima por quem sou guardião). Eu libero e descarrego para sempre e mantenho inofensiva a Farmácia Gateway, seus oficiais, funcionários, agentes e/ou atribuições (doravante: Liberações), de toda e qualquer responsabilidade, reclamações, demandas e/ou causas de ação, seja em lei ou equidade, que possam a seguir, surgem do meu recebimento da vacina COVID-19 em relação a qualquer lesão corporal (incluindo, mas não se limitando a reações alérgicas potenciais e infecções) ou outra lesão, incluindo qualquer lesão mental, doença, morte ou danos materiais que possam resultar. Entendo que as Liberações não assumem qualquer responsabilidade ou obrigação de fornecer assistência financeira ou outra assistência, incluindo, mas não se limitando ao seguro médico, de saúde ou de invalidez em caso de lesão, doença, morte ou danos materiais, a menos que o contrário expressamente regido e interpretado de acordo com as leis da Comunidade da Pensilvânia. Concordo que, caso qualquer cláusula ou disposição desta Versão seja considerada inválida por qualquer tribunal de jurisdição competente, a invalidade de tal cláusula ou disposição não afetará as disposições restantes deste Consentimento e Liberação.

CONSENTIMENTO E INFORMAÇÕES DE PRIVACIDADE HIPAA: Li o consentimento e liberação acima e entendo suas disposições. Entendo que a participação neste programa de vacinação COVID-19 é completamente voluntária e não necessária. Entendo os riscos e benefícios da vacina e solicito que a vacina seja dada a mim ou à pessoa nomeada acima por quem sou o responsável legal. Eu entendo que não haverá nenhum custo para mim para esta vacina. Entendo que qualquer dinheiro ou benefícios para a administração da vacina será atribuído e transferido para o provedor da vacina, incluindo benefícios/verbas do meu plano de saúde, Medicare, Medicaid ou outros terceiros que são financeiramente responsáveis pelos meus cuidados médicos. Autorizo a liberação de todas as informações necessárias (incluindo, mas não se limitando a prontuários médicos, cópias de sinistros e notas itemizadas) para verificar o pagamento e, conforme necessário, para outros fins de saúde pública, incluindo o relato aos registros de vacinas aplicáveis. Eu, livremente e voluntariamente, sem coação, executo este Consentimento e Liberação sob os termos escritos acima.

Assinatura:

Destinatário/responsável

Data:

Nome legível:

Relação com o
Paciente: *Se não
for o destinatário*

NÃO complete esta seção. A ser completado por Vaccinator

Qual vacina o paciente está recebendo hoje?

Nome da vacina	Administração		Data da folha de fatos da EUA	Número do fabricante e lote
Pfizer/BioNTech	primeira dose <input type="checkbox"/>	segunda dose <input type="checkbox"/>		
Site do administrador:	deltoide esquerdo <input type="checkbox"/>	deltoide direito <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> coxa esquerda	<input type="checkbox"/> coxa direita
Dosagem:	<input type="checkbox"/> 0,2 mL			

Por meio deste, atesto pela minha assinatura que o paciente (ou responsável pelo paciente) em questão teve acesso e foi informado sobre a Declaração de Informações sobre Vacinas e os horários de imunização adequados e deu consentimento verbal e por escrito para a vacinação.

Revisei os efeitos colaterais com o paciente (e pai, responsável ou substituto, conforme aplicável)

Confirmo que o paciente (e seu responsável, se aplicável) tiveram a oportunidade de fazer perguntas sobre a vacinação, e todas as perguntas feitas por eles (e/ou seu substituto) foram respondidas corretamente e com o melhor de minha capacidade.

Assinatura de instrução

Data:

administrativa:		
-----------------	--	--