



165 Nutt Rd Phoenixville, PA 19460 · Telefone: 610-933-2609 · Fax: 610-933-3654 Monday -
Sábado:
8:00 a.m.-21:00 p.m. · Domingo:9:00 a.m.-19:00.m.
TheGatewayPharmacy.com

Formulário de Triagem e Consentimento de Imunização COVID-19

| Informações sobre o receptor de vacinas | | | | |
|---|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| Nome do destinatário: <i>(Por favor, imprima)</i> | Último: | Primeiro: | M.I. | |
| Data de nascimento: | Língua preferida: | | | |
| Gênero | Número de telefone: | | | |
| Nome pai/guardião/substituto: <i>(se aplicável, imprima)</i> | Endereço de e-mail: | | | |
| Endereço de rua : | | | Apartamento/Unidade: | |
| Cidade: | Estado: | CEP: | | |
| Responda às seguintes perguntas circulando sua resposta | | | | |
| etnia: | Origem não-hispânica Origem Hispânica Desconhecida Declinou | | | |
| Corrida: | Asiático afro-americano ou branco negro outro ou multirracial | | | |
| | Nativos americanos ou nativos do Alasca havaianos ou ilhas do Pacífico declinaram | | | |
| Questionário screenign | | | | |
| 1. | Você está se sentindo mal hoje? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> desconhecido |
| 2. | Nos últimos 10 dias, você fez um teste COVID-19 ou foi orientado por um profissional de saúde ou departamento de saúde para isolar ou colocar em quarentena em casa devido à infecção ou exposição do COVID-19? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> desconhecido |
| 3. | Você foi tratado com terapia de anticorpos para COVID-19 nos últimos 90 dias (3 meses)? Se sim, quando recebeu a última dose? <i>Data:</i> | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> desconhecido |
| 4. | Você 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"/> Não | <input type="checkbox"/> desconhecido |
| 5. | Você tomou alguma vacina nos últimos 14 dias (2 semanas) incluindo a vacina contra gripe? Se sim, há quanto tempo foi sua vacina mais recente? <i>Data:</i> | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> desconhecido |
| 6. | Você está grávida ou amamentando, ou considerando engravidar? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> desconhecido |
| 7. | Você tem câncer, leucemia, HIV/AIDS, histórico de doença autoimune ou qualquer outra condição que enfraqueça o sistema imunológico? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> desconhecido |

| | | | | |
|-----|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| 8. | Você toma algum medicamento que afete seu sistema imunológico, como cortisona, prednisona ou outros esteroides, drogas anticancerígenas, ou você já fez algum tratamento de radiação? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> desconhecido |
| 9. | Você já recebeu uma dose anterior de alguma vacina COVID-19? Se sim, qual vacina do fabricante você recebeu: | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> desconhecido |
| 10. | Você teve algum sintoma de alergia depois de uma vacina COVID-19? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> desconhecido |

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 liberado 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 fornecido e li, ou me expliquei, a folha 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 para a qual eu sou guardião também tenha a chance de fazer perguntas). Entendo os benefícios e riscos da vacinação conforme descrito. Solicito que a vacina COVID-19 seja dada a mim (ou à pessoa nomeada acima para a qual sou guardião). Eu libero e sempre descarrego 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 podem surgir do meu recebimento da vacina COVID-19 em relação a qualquer lesão corporal (incluindo, mas não se limitando a potenciais reações alérgicas e infecções) ou outras lesões, incluindo qualquer lesão mental, doença, morte ou danos materiais que possam resultar. Entendo que os Comunicados 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 de outra forma 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 peço que a vacina seja dada a mim ou à pessoa nomeada acima para quem sou o responsável legal. Eu entendo que não haverá nenhum custo para mim para esta vacina. Entendo que qualquer dinheiro ou benefícios para administrar a vacina será atribuído e transferido para o provedor vacinante, 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 contas itemizadas) para verificar o pagamento e, conforme necessário, para outros fins de saúde pública, incluindo o relato aos registros de vacinas aplicáveis. Eu, por este meio, livremente e voluntariamente, sem coação, executo este Consentimento e Liberação sob os termos escritos acima.

| | | | |
|--|--|--|--|
| Assinatura: Destinatário/Substituto/Guardião | | Data: | |
| Nome de impressão: | | Relação com o Paciente: Se diferente do destinatário | |

NÃO complete esta seção. A ser concluído por Vaccinator

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|--------------------------------|
| Qual vacina o paciente está recebendo hoje? | | | |
| <i>Nome da vacina</i> | <i>administração</i> | <i>Data da folha de fatos da EUA</i> | Número do fabricante e do lote |
| Pfizer/BioNTech | <input type="checkbox"/> Primeira Dose | <input type="checkbox"/> Segunda Dose | |

| | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|---------------------------------------|
| moderno | <input type="checkbox"/> Primeira Dose | <input type="checkbox"/> Segunda Dose | | |
| Johnson e Johnson | <input type="checkbox"/> Primeira Dose | <input type="checkbox"/> Segunda Dose | | |
| Site da Administração: | <input type="checkbox"/> Deltoide esquerdo | <input type="checkbox"/> Deltoide direito | <input type="checkbox"/> Coxa Esquerda | <input type="checkbox"/> Coxa Direita |
| Dosagem: | <input type="checkbox"/> 0,5 mL | <input type="checkbox"/> 0,3 mL | | |
| | Por meio deste, atesto pela minha assinatura que o paciente (ou responsável do paciente) em questão teve acesso e explicou a Declaração de Informações sobre Vacinas e os calendários 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 substituto, 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 da administração: | | | | data: |