

Έντυπο Συγκατάθεσης για το Εμβόλιο του Κορωνοϊού (COVID-19)

Έκδοση 3.0 – 11 Μαρτίου 2021

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΟΥ Κορωνοϊού (COVID-19)

| | | | |
|---|-----------------|--|----------------------|
| Επώνυμο | Όνομα | Ταυτοποίηση (π.χ. αριθμός κάρτας υγείας) | |
| Φύλο: <input type="checkbox"/> Θηλυκό <input type="checkbox"/> Αρσενικό <input type="checkbox"/> Προτιμώ να μην απαντήσω <input type="checkbox"/> Άλλο _____ | | Βασικός υγειονομικός που σας παρακολουθεί (Οικογενειακός Γιατρός ή Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια) | |
| Εάν είσαστε αυτόχθων, παρακαλούμε σημειώσατε ποια αυτόχθονη ταυτότητα: <input type="checkbox"/> Πρώτα Έθνη <input type="checkbox"/> Μετί (περιλαμβάνει μέλη του οργανισμού Μετί ή Διακανονισμού) <input type="checkbox"/> Ινούκ/Ινουϊτ <input type="checkbox"/> Άλλος αυτόχθων, ειδικότερα: _____ <input type="checkbox"/> Προτιμώ να μην απαντήσω <input type="checkbox"/> Άγνωστο | | | |
| Αριθμός τηλεφώνου κατοικίας | Κινητό τηλέφωνο | | |
| Ταχυδρομική Διεύθυνση | Πόλη | Επαρχία | Ταχυδρομικός Κώδικας |
| Ημερομηνία γέννησης (μήνας, ημέρα, έτος) ____/____/____ | Ηλικία | Αυτή είναι η πρώτη ή η δεύτερη δόση του εμβολίου για σας; <input type="checkbox"/> Πρώτη <input type="checkbox"/> Δεύτερη Εάν είναι η δεύτερη, παρακαλούμε σημειώσατε την ημερομηνία της πρώτης δόσης και το όνομα του εμβολίου που κάνατε: ____/____/____ (μήνας, ημέρα, έτος) Το όνομα του εμβολίου που κάνατε: _____ | |

Συγκατάθεση Χορήγησης του Εμβολίου

Έχω διαβάσει (ή μου έχουν διαβάσει) και καταλαβαίνω το προσυσκευασμένο πακέτο του Εμβολίου, και των εξής εγγράφων: «Πληροφοριακό Δελτίο Εμβολίου Κορωνοϊού (Covid -19)» και «Τί πρέπει να ξέρετε σχετικά με το ραντεβού σας για το εμβόλιο του Κορωνοϊού (Covid-19).»

- Είχα την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις σχετικά με το εμβόλιο που κάνω και να λάβω ικανοποιητικές απαντήσεις.

Δίνω την συγκατάθεσή μου να κάνω το εμβόλιο, καθώς και όλες τις δόσεις της σειράς, οι οποίες συνιστώνται.

- Αντιλαμβάνομαι ότι μπορώ να αποσύρω την συγκατάθεση αυτή οποιαδήποτε στιγμή.
- Αντιλαμβάνομαι ότι εάν αποσύρω την συγκατάθεση ως αναπληρωτής λήψης αποφάσεων κάποιου ατόμου, στην περίπτωση αυτή πρέπει να επικοινωνήσω με το ίδρυμα κοινής διαβίωσης στο οποίο το άτομο κατοικεί.

Σημείωση: Παρακαλούμε να ειδοποιήσετε την κλινική εμβολιασμού στην οποία επρόκειτο να σας χορηγηθεί το εμβόλιο του Κορωνοϊού (Covid-19) εάν αλλάξετε γνώμη και δεν δίνετε πλέον την συγκατάθεσή σας να κάνετε το εμβόλιο. Αυτό θα επιτρέψει σε κάποιον άλλο να πάρει την θέση σας. Εάν η συγκατάθεση έχει αποσυρθεί από αναπληρωτή λήψης αποφάσεων κάποιου ατόμου που κατοικεί σε ίδρυμα κοινής διαβίωσης, τότε το ίδρυμα κοινής διαβίωσης πρέπει να ειδοποιήσει την τοπική μονάδα δημόσιας υγείας.

Αναγνώριση Συλλογής, Χρήσης και Αποκάλυψης Πληροφοριών Προσωπικής Υγείας

Οι πληροφορίες προσωπικής υγείας που περιλαμβάνονται σ' αυτό το έντυπο συλλέγονται με σκοπό να σας προμηθεύσουν φροντίδα και να δημιουργήσουν ένα δικό σας αρχείο εμβολιασμού και γιατί είναι απαραίτητες για την εκτέλεση του προγράμματος εμβολιασμού του Κορωνοϊού (Covid-19) του Οντάριο. Οι πληροφορίες αυτές θα χρησιμοποιηθούν και θα αποκαλυφθούν για τους σκοπούς αυτούς, καθώς και για άλλους σκοπούς που επιτρέπονται και απαιτούνται από τον νόμο. Παραδείγματος χάρη,

- Θα αποκαλυφθούν στον Αρχίατρο (Chief Medical Officer of Health) και στις μονάδες δημόσιας υγείας του Οντάριο, όπου η αποκάλυψη είναι απαραίτητη για κάποιο σκοπό του *Νόμου περί Προστασίας και Προώθησης της Υγείας*. Και,
- Ενδέχεται να αποκαλυφθούν, ως μέρος του επαρχιακού ηλεκτρονικού αρχείου υγείας σας, σε άτομα που παρέχουν ιατροφαρμακευτική φροντίδα και τα οποία σας παρακολουθούν.

Οι πληροφορίες φυλάσσονται σε ένα σύστημα αρχείου υγείας, του οποίου την επιμέλεια και τον έλεγχο έχει το Υπουργείο Υγείας.

Όπου μία κλινική την λειτουργεί νοσοκομείο, το νοσοκομείο θα συλλέξει, χρησιμοποιήσει και αποκαλύψει τις πληροφορίες σας ως εκπρόσωπος του Υπουργείου Υγείας.

Αναγνωρίζω ότι έχω διαβάσει και καταλαβαίνω την ανωτέρω δήλωση.

Ενδέχεται να επικοινωνήσει μαζί σας κάποιο νοσοκομείο, τοπική μονάδα δημόσιας υγείας ή το Υπουργείο Υγείας για λόγους σχετικούς με το εμβόλιο του Κορωνοϊού (Covid-19) (παραδείγματος χάρη, για να σας υπενθυμίσει επόμενα ραντεβού και να σας προμηθεύσει με ένα αρχείο εμβολιασμού). Εάν δίνετε την συγκατάθεσή σας να λαβαίνετε τις πληροφορίες αυτές με email, σας παρακαλούμε να το σημειώσετε στο παρακάτω πλαίσιο.

Δίνω την συγκατάθεσή μου να λαβαίνω πληροφορίες αργότερα:

με email με γραπτό μήνυμα text/SMS

Εάν επιλέξατε με email, παρακαλούμε να γράψετε το email σας: _____

Συγκατάθεση να έλθουν σε επικοινωνία μαζί μου Σχετικά με Μελέτες Έρευνας

Έχετε την επιλογή να δώσετε την συγκατάθεσή σας να επικοινωνήσουν μαζί σας ερευνητές σχετικά με συμμετοχή σε μελέτες έρευνας που αφορούν το εμβόλιο του Κορωνοϊού (Covid-19). Εάν δώσετε την συγκατάθεσή σας να επικοινωνήσουν μαζί σας, θα χρησιμοποιηθούν οι προσωπικές σας πληροφορίες υγείας για να αποφασισθεί ποιες μελέτες ενδέχεται να έχουν σχέση με σας, και το όνομα και οι πληροφορίες σας επικοινωνίας θα δοθούν στους ερευνητές. Το να δώσετε την συγκατάθεσή σας να επικοινωνήσουν μαζί σας σχετικά με μελέτες έρευνας δεν σημαίνει ότι είσαστε υποχρεωμένος/η να λάβετε μέρος στην έρευνα αυτή καθ' εαυτή. Η συμμετοχή σε έρευνα είναι προαιρετική. Έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε να δώσετε την συγκατάθεσή σας να επικοινωνήσουν μαζί σας σχετικά με μελέτες έρευνας, χωρίς αυτό να έχει καμία συνέπεια στο δικαίωμά σας να σας χορηγηθεί το εμβόλιο του Κορωνοϊού (Covid-19).

Εάν δεν επιθυμείτε να επικοινωνήσουν μαζί σας σχετικά με μελέτες έρευνας, παρακαλούμε να το σημειώσετε κατωτέρω.

Εάν δώσετε την συγκατάθεσή σας να επικοινωνήσουν μαζί σας σχετικά με μελέτες έρευνας, και μετά αλλάξετε γνώμη, μπορείτε να αποσύρετε την συγκατάθεση οποιαδήποτε στιγμή εάν επικοινωνήσετε με το Υπουργείο Υγείας στο vaccine@ontario.ca.

Αυτό δεν θα έχει καμία συνέπεια στο δικαίωμά σας να σας χορηγηθεί το εμβόλιο του Κορωνοϊού (Covid-19).

Δίνω την συγκατάθεσή μου να επικοινωνήσουν μαζί μου σχετικά με μελέτες έρευνας, που αφορούν το εμβόλιο του Κορωνοϊού (Covid-19):

με email με γραπτό μήνυμα text/SMS με το τηλέφωνο με το ταχυδρομείο

Εάν επιλέξατε με email, παρακαλούμε να γράψετε το email σας _____

Δεν δίνω την συγκατάθεσή μου να επικοινωνήσουν μαζί μου σχετικά με μελέτες έρευνας, που αφορούν το εμβόλιο του Κορωνοϊού (Covid-19).

Υπογραφή

Γράψετε το όνομα με κεφαλαία

Ημερομηνία Υπογραφής

Εάν υπογράφετε για κάποιον άλλον εκτός από τον εαυτό σας, σημειώσατε την σχέση με το άλλο άτομο:

Εάν υπογράψω για κάποιον άλλον εκτός από τον εαυτό μου, επιβεβαιώνω ότι είμαι ο/η γονέας/νόμιμος/η κηδεμόνας ή αναπληρωτής λήψης αποφάσεων.

Ειδικά Θέματα σχετικά με τον Νόμο περί Ιδρυμάτων Μακράς Φροντίδας, 2007

Η συγκατάθεση του/της τροφίμου να του/της χορηγηθεί το εμβόλιο μπορεί να αποσυρθεί οποιαδήποτε στιγμή.

Δήλωση σχετικά με το άρθρο 83 του Νόμου:

Παρακαλούμε σημειώσατε την κατωτέρω νομική προστασία:

Όποιος έχει άδεια ιδρύματος φροντίδας μακράς διαρκείας πρέπει να φροντίσει να μην πει κανένας σε κανένα άτομο ή να μην το οδηγήσει να πιστέψει ότι δεν θα γίνει δεκτός μελλοντικός τρόφιμος ή ότι κάποιος τρόφιμος θα υποχρεωθεί να φύγει από το ίδρυμα επειδή,

(α) κάποιο έγγραφο δεν έχει υπογραφεί,

(β) έχει ακυρωθεί κάποια συμφωνία, ή

(γ) κάποια συγκατάθεση ή οδηγία σχετικά με την θεραπεία ή την φροντίδα έχει δοθεί, δεν έχει δοθεί, έχει αποσυρθεί ή ανακληθεί.

| ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΟΝΟ | | | | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------|----------------------|---|--|--|
| Παράγοντας | Κορωνοϊός (Covid-19) | Όνομα Προϊόντος | | # Παρτίδας | | Ποσότητα Δόσης: |
| Ανατομική Θέση | <input type="checkbox"/> Αριστερός δελτοειδής <input type="checkbox"/> Δεξιός δελτοειδής | Διαδρομή | | Ενδομυϊκή (EM) | | # Δόσης: |
| Ημερομηνία Χορήγησης | ___/___/___ (Μήνας/Ημέρα/Έτος) | Ώρα Χορήγησης | ___:___ π.μ. μ.μ. | ΑΣΜΕ ¹ ; (μετά την χορήγηση της παρούσας δόσης) | | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Χορηγήθηκε από (Όνομα, Ιδιότητα) | | Τοποθεσία | | Εξουσιοδοτημένος/η από | | |
| Για ποιον λόγο χορηγήθηκε το εμβόλιο | <input type="checkbox"/> Εργαζόμενος στον τομέα ιατρικής περίθαλψης <input type="checkbox"/> ΦΜΔ ² : Τρόφιμος <input type="checkbox"/> ΦΜΔ ² : Εργαζόμενος στον τομέα ιατρικής περίθαλψης <input type="checkbox"/> ΦΜΔ ² : Άλλο Μη-Υπάλληλος <input type="checkbox"/> ΟΕ ³ : Εργαζόμενος στον τομέα ιατρικής περίθαλψης <input type="checkbox"/> ΟΕ ³ : Τρόφιμος <input type="checkbox"/> ΟΕ ³ : Χορηγός Βασικής Φροντίδας <input type="checkbox"/> ΟΕ ³ : Άλλο Μη-Υπάλληλος <input type="checkbox"/> Προχωρημένη Ηλικία: Γηροκομείο <input type="checkbox"/> Ενήλικος/η με Χρόνια Φροντίδα Υγείας <input type="checkbox"/> Αυτόχθονη Κοινότητα <input type="checkbox"/> Άλλος Πληθυσμός Προτεραιότητας <input type="checkbox"/> Κοινή Διαβίωση: Τρόφιμος <input type="checkbox"/> Κοινή Διαβίωση: Προσωπικό <input type="checkbox"/> Κοινή Διαβίωση: Χορηγός Βασικής Φροντίδας ¹ Ανεπιθύμητο Συμβάν Μετά τον Εμβολιασμό (ΑΣΜΕ/ΑΕΦΙ) ² Φροντίδα Μακράς Διαρκείας ³ Οίκος Ευγηρίας | | | | | |

| | |
|--|--|
| Λόγος μη χορήγησης εμβολιασμού | <input type="checkbox"/> Ο εμβολιασμός αντενδείκνυται <input type="checkbox"/> Ο ιατρικός επαγγελματίας συνιστά εμβολιασμό, αλλά ο ΑΣΘΕΝΗΣ δεν δίνει συγκατάθεση <input type="checkbox"/> Απόφαση ιατρικού επαγγελματία να αναβληθεί ο εμβολιασμός προσωρινά <input type="checkbox"/> Ιατρικά δεν έχει δικαίωμα <input type="checkbox"/> Ο ασθενής απέσυρε την συγκατάθεση για την σειρά |
| Η δόση σας 2 από 2 έχει προγραμματισθεί για τις: | _____ / _____ / _____ (Μήνας/Ημέρα/Έτος) _____ : _____ π.μ. μ.μ. |