

Phiếu Chấp Thuận Tiêm Chủng Vắc-xin COVID-19

PHIẾU CHẤP THUẬN –Vắc-xin COVID-19

Phiên bản 3.0 - Ngày 11 tháng Ba,
2021

Họ	Tên	Số định danh (ví dụ: số thẻ khám sức khỏe)	
Giới tính: <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <input type="checkbox"/> Khác: _____		Bác Sĩ Chăm Sóc Ban Đầu (Bác Sĩ Gia Đình hoặc Điều Dưỡng Viên)	
Nếu quý vị là người Bản Địa, vui lòng cho biết dân tộc Bản Địa của quý vị: <input type="checkbox"/> Những Bộ Tộc Đầu Tiên (First Nations) <input type="checkbox"/> Người Métis (bao gồm các thành viên của tổ chức hoặc Vùng Cư Trú của người Métis) <input type="checkbox"/> Người Inuk/ Inuit <input type="checkbox"/> Dân Tộc Bản Địa khác, nêu rõ: _____ <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <input type="checkbox"/> Không xác định			
Điện Thoại Nhà Riêng	Điện Thoại Di Động		
Địa Chỉ	Thành Phố	Tỉnh	Mã Bưu Điện
Ngày Sinh (tháng, ngày, năm) ____ / ____ / ____	Tuổi	Đây là mũi vắc-xin đầu tiên hay thứ hai của quý vị? <input type="checkbox"/> Đầu tiên <input type="checkbox"/> Thứ hai Nếu đây là mũi thứ hai, vui lòng cho biết ngày quý vị tiêm mũi đầu tiên và tên vắc-xin được tiêm: _____/_____/_____ (tháng, ngày, năm) Tên vắc-xin được tiêm: _____	

Đồng Ý Tiêm Vắc-xin

Tôi đã đọc (hoặc tôi đã được người khác đọc cho) và hiểu rõ Hồ Sơ Chuẩn Bị Tiêm Chủng, trong đó có các tài liệu sau: "Tờ Thông Tin Về Vắc-xin COVID-19" và "Những điều quý vị cần biết về lịch hẹn tiêm vắc-xin COVID-19".

- Tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi liên quan đến vắc-xin mà tôi được tiêm và nhận được giải đáp thỏa đáng cho những câu hỏi đó.
- **Tôi đồng ý tiêm vắc-xin, bao gồm tất cả các mũi được khuyến nghị trong loạt vắc-xin.**
 - Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi chấp thuận này bất cứ lúc nào.
 - Tôi hiểu rằng nếu tôi thu hồi chấp thuận với tư cách là người ra quyết định thay mặt cho một cá nhân khác thì tôi phải liên lạc với cơ sở tập trung nơi cá nhân đó cư trú.

Ghi chú: Vui lòng liên hệ với phòng khám tiêm chủng nơi quý vị sẽ tiêm vắc-xin COVID-19 nếu quý vị thay đổi quyết định và không đồng ý tiêm vắc-xin nữa. Điều này sẽ cho phép người khác được tiêm chủng thay thế vị trí của quý vị. Nếu chấp thuận được thu hồi bởi người ra quyết định thay mặt cho một cá nhân khác đang cư trú tại một cơ sở tập trung thì cơ sở đó phải liên lạc với đơn vị y tế công cộng của địa phương.

Xác Nhận Về Việc Thu Thập, Sử Dụng Và Tiết Lộ Thông Tin Y Tế Cá Nhân

Thông tin y tế cá nhân trên mẫu này được thu thập nhằm mục đích cung cấp dịch vụ chăm sóc và tạo hồ sơ tiêm chủng cho quý vị, cũng như cần thiết để quản lý chương trình tiêm chủng COVID-19 của Ontario. Các thông tin này sẽ được sử dụng và tiết lộ cho những mục đích như trên, cũng như các mục đích khác được pháp luật cho phép và yêu cầu. Ví dụ:

- Thông tin này sẽ được cung cấp cho Giám Đốc Sở Y Tế và các đơn vị y tế công cộng của Ontario khi việc cung cấp thông tin cho các cơ sở này là cần thiết theo mục đích của *Đạo Luật Bảo Vệ Và Nâng Cao Sức Khỏe*. Và
- thông tin này có thể được tiết lộ như một phần trong hồ sơ y tế điện tử cấp tỉnh cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị.

Thông tin sẽ được lưu trữ trong hệ thống hồ sơ y tế dưới sự quản lý và kiểm soát của Bộ Y Tế.

Trong trường hợp Cơ Sở Phòng Khám chịu sự quản lý của bệnh viện, bệnh viện sẽ thu thập, sử dụng và tiết lộ thông tin của quý vị với tư cách là cơ quan của Bộ Y Tế.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu tuyên bố trên.

Bệnh viện, đơn vị y tế công cộng địa phương hoặc Bộ Y Tế có thể liên lạc với quý vị nhằm phục vụ các mục đích liên quan đến vắc-xin COVID-19 (ví dụ: để nhắc quý vị về lịch hẹn tiếp theo và cung cấp cho quý vị hồ sơ tiêm chủng). Nếu quý vị đồng ý nhận các thông báo này qua email, vui lòng xác nhận vào các ô bên dưới.

Tôi đồng ý nhận thông báo sau khi tiêm chủng:

qua email qua tin nhắn/SMS

Nếu quý vị chọn nhận thông báo qua email, vui lòng cung cấp địa chỉ email của quý vị:

Đồng Ý Được Liên Lạc Về Các Nghiên Cứu

Quý vị có thể chọn đồng ý để các nhà nghiên cứu liên lạc về việc tham gia các nghiên cứu liên quan đến vắc-xin COVID-19. Nếu quý vị đồng ý được liên lạc, thông tin y tế cá nhân của quý vị sẽ được sử dụng để xác định xem nghiên cứu nào phù hợp với quý vị, đồng thời tên và thông tin liên lạc của quý vị sẽ được tiết lộ cho các nhà nghiên cứu. Đồng ý để được liên lạc về các nghiên cứu không có nghĩa là quý vị đã đồng ý tham gia nghiên cứu đó. Việc tham gia nghiên cứu là tự nguyện. Quý vị có thể từ chối đồng ý được liên lạc về các nghiên cứu và điều này không ảnh hưởng đến việc quý vị đủ điều kiện tiêm vắc-xin COVID-19.

Nếu quý vị không muốn được liên lạc về các nghiên cứu, vui lòng xác nhận bên dưới.

Nếu quý vị đồng ý được liên lạc để tham gia các nghiên cứu, nhưng sau đó lại thay đổi quyết định, quý vị có thể thu hồi chấp thuận bất kỳ lúc nào bằng cách liên lạc với Bộ Y Tế tại vaccine@ontario.ca.

Điều này sẽ không ảnh hưởng đến việc quý vị đủ điều kiện tiêm vắc-xin COVID-19.

Tôi đồng ý được liên lạc về các nghiên cứu liên quan đến vắc-xin COVID-19:

qua email qua tin nhắn/SMS qua điện thoại qua thư

Nếu quý vị chọn nhận thông báo qua email, vui lòng cung cấp địa chỉ email của quý vị:

Tôi không đồng ý được liên lạc về các nghiên cứu liên quan đến COVID-19:

Chữ Ký

Tên Viết In Hoa

Ngày Ký

Nếu quý vị ký thay cho người khác, hãy cho biết mối quan hệ của quý vị với người đó:

Nếu tôi ký thay cho người khác, tôi xác nhận rằng tôi là cha mẹ/người giám hộ hợp pháp hoặc người ra quyết định thay mặt cho người đó.

Các Vấn Đề Cụ Thể Về: Đạo Luật Về Cơ Sở Chăm Sóc Dài Hạn, 2007

Cư dân có thể rút lại hoặc thu hồi quyết định đồng ý tiêm vắc-xin bất cứ lúc nào.

Tuyên bố liên quan đến mục 83 của Đạo Luật:

Vui lòng lưu ý các biện pháp bảo vệ pháp lý sau:

Mọi đơn vị được cấp phép của một cơ sở chăm sóc dài hạn phải đảm bảo rằng không ai bị thông báo hoặc thuyết phục rằng một cư dân tiềm năng sẽ bị từ chối nhập viện hoặc phải xuất viện vì:

- có tài liệu chưa được ký;
- có thỏa thuận đã mất hiệu lực hoặc
- có quyết định chấp thuận hay chỉ dẫn liên quan đến điều trị hoặc chăm sóc được đưa ra, không được đưa ra, bị rút lại hoặc thu hồi.

CHỈ CHO PHÒNG KHÁM SỬ DỤNG						
Loại Tiêm Chủng	COVID-19	Tên Sản Phẩm	Lô số		Liều Lượng:	
Vị Trí Giải Phẫu	<input type="checkbox"/> Cơ vai trái <input type="checkbox"/> Cơ vai phải		Đường tiêm	Tiêm bắp (IM)	Mũi Số:	
Ngày Tiêm	____ / ____ / ____ (m/d/yyyy)		Thời Gian Tiêm	____ : ____ sáng chiều	Biến cố bất lợi sau tiêm chủng? (sau khi tiêm mũi hiện tại)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Người Tiêm (Tên, Chức Danh)		Địa điểm			Bên Cấp Phép	

<p>Lý Do Tiêm Chủng</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nhân Viên Y Tế <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Dài Hạn: Cư Dân <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Dài Hạn: Nhân Viên Y Tế <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Dài Hạn: Đối Tượng Không Phải Nhân Viên <input type="checkbox"/> Viện Dưỡng Lão (RH): Nhân Viên Y Tế <input type="checkbox"/> Viện Dưỡng Lão (RH): Cư Dân <input type="checkbox"/> Viện Dưỡng Lão (RH): Nhân Viên Chăm Sóc Thiết Yếu <input type="checkbox"/> Viện Dưỡng Lão (RH): Đối Tượng Không Phải Nhân Viên <input type="checkbox"/> Cao Niên: Nhà Ở Cộng Đồng <input type="checkbox"/> Người Trưởng Thành Cần Chăm Sóc Sức Khỏe Mãn Tính <input type="checkbox"/> Cộng đồng bản địa <input type="checkbox"/> Nhóm Dân Cư Được Ưu Tiên Khác <input type="checkbox"/> Cơ Sở Sinh Hoạt Tập Trung: Cư Dân <input type="checkbox"/> Cơ Sở Sinh Hoạt Tập Trung: Nhân Viên <input type="checkbox"/> Cơ Sở Sinh Hoạt Tập Trung: Nhân Viên Chăm Sóc Thiết Yếu
<p>Lý Do Không Được Tiêm Chủng</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Việc tiêm chủng là chống chỉ định <input type="checkbox"/> Bác sĩ khuyến nghị tiêm chủng nhưng không có sự đồng ý của BỆNH NHÂN <input type="checkbox"/> Quyết định tạm thời hoãn tiêm chủng của bác sĩ <input type="checkbox"/> Không Đủ Điều Kiện Về Mặt Y Tế <input type="checkbox"/> Bệnh nhân đã rút lại phiếu chấp thuận tiêm vắc-xin
<p>Lịch tiêm mũi thứ 2/2 của quý vị là:</p>	<p>_____ / _____ / _____ (m/d/yyyy) _____ : _____ sáng chiều</p>