

Formularz zgody na szczepienie przeciw COVID-19

FORMULARZ ZGODY – Szczepienie przeciw COVID-19

Wersja 3.0 – 11 marca 2021 r.

Nazwisko		Imię		Identyfikacja (np. numer karty ubezpieczenia zdrowotnego)	
Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Wolę nie udzielać odpowiedzi <input type="checkbox"/> Inna: _____		Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (Lekarz rodzinny lub pielęgniarka)			
Jeśli jesteś rdzennym mieszkańcem, wskaż rdzenną tożsamość: <input type="checkbox"/> Pierwsze Narody <input type="checkbox"/> Metys (w tym członkowie organizacji lub osady metyskiej) <input type="checkbox"/> Inuk/Inuita <input type="checkbox"/> Inni rdzenny mieszkańiec, wskaż: _____ <input type="checkbox"/> Wolę nie udzielać odpowiedzi <input type="checkbox"/> Inna					
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy			
Ulica		Miasto		Prowincja	
				Kod pocztowy	
Data urodzenia (miesiąc, dzień, rok) ____ / ____ / ____		Wiek			
		Czy to Twoja pierwsza, czy druga dawka szczepionki? <input type="checkbox"/> Pierwsza <input type="checkbox"/> Druga Jeśli druga, wskaż datę podania pierwszej dawki i nazwę podanej szczepionki: ____/____/____ (miesiąc, dzień, rok) Nazwa podanej szczepionki: _____			

Zgoda na otrzymanie szczepionki

Przeczytałem(-am) (lub przeczytano mi) i zrozumiałem(-am) informacje zawarte w Pakiecie szczepień, w tym w następujących dokumentach: „Arkuszu informacyjnym dotyczącym szczepionki przeciw COVID-19” oraz „Informacjach na temat wizyty związanej ze szczepionką przeciw Covid-19”.

- Miałem(-am) możliwość zadawania pytań dotyczących szczepionki, którą otrzymam, i uzyskałem(-am) na nie satysfakcjonujące mnie odpowiedzi.

Wyrażam zgodę na otrzymanie szczepionki, w tym wszystkich zalecanych dawek w serii.

- Rozumiem, że mogę wycofać zgodę w dowolnym momencie.
- Rozumiem, że jeśli wycofam zgodę jako osoba podejmująca decyzję w zastępstwie innej osoby, muszę skontaktować się z placówką zbiorową, w której przebywa ta osoba.

Uwaga: Skontaktuj się z punktem szczepień, w którym masz otrzymać szczepionkę przeciw Covid-19, jeśli zmienisz zdanie i wycofasz zgodę na otrzymanie szczepionki. Dzięki temu ktoś inny będzie mógł zająć Twoje miejsce. Jeśli zgoda została wycofana przez osobę podejmującą decyzję w zastępstwie osoby przebywającej w placówce zbiorowej, placówka ta musi skontaktować się z lokalną jednostką opieki zdrowotnej.

Zgoda na zbieranie, wykorzystywanie i ujawnianie informacji osobowych o zdrowiu

Informacje osobowe o zdrowiu zawarte w niniejszym formularzu są zbierane w celu zapewnienia opieki i stworzenia karty szczepień. Informacje te są zbierane również dlatego, ponieważ są one niezbędne do zarządzania programem szczepień przeciw COVID-19 prowincji Ontario.

Informacje będą wykorzystywane i ujawniane do powyższych celów, jak również do innych celów dozwolonych i wymaganych przez prawo. Przykładowo

- informacje zostaną ujawnione naczelnemu lekarzowi kraju i jednostkom opieki zdrowotnej prowincji Ontario, jeśli ujawnienie będzie konieczne do celu określonego w *ustawie o ochronie i promocji zdrowia*. Informacje
- mogą również zostać ujawnione w ramach Twojej prowincjonalnej, elektronicznej dokumentacji zdrowotnej pracownikom opieki zdrowotnej, którzy zapewniają Ci opiekę.

Informacje będą przechowywane w systemie dokumentacji zdrowotnej pod nadzorem i kontrolą Ministerstwa Zdrowia.

W przypadku, gdy klinika jest administrowana przez szpital, szpital będzie zbierać, wykorzystywać i ujawniać informacje jako przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia.

Potwierdzam, że przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) informacje zawarte w powyższym oświadczeniu.

Szpital, lokalna jednostka opieki zdrowotnej lub Ministerstwo Zdrowia mogą kontaktować się z Tobą w celach związanych ze szczepionką przeciw COVID-19 (np. aby przypomnieć o kolejnych wizytach i dostarczyć dokumentację szczepienia). Jeśli wyrażasz zgodę na otrzymywanie takich informacji drogą elektroniczną, zaznacz stosowną odpowiedź w poniższym polu.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie dalszych informacji:

pocztą elektroniczną SMS-em

W przypadku poczty elektronicznej podaj swój adres e-mail: _____

Zgoda na kontakt w sprawie badań

Możesz wyrazić zgodę na kontakt z badaczami w sprawie udziału w badaniach związanych ze szczepionką przeciw COVID-19. Jeśli wyrazisz zgodę na kontakt, Twoje informacje osobowe o zdrowiu zostaną wykorzystane do ustalenia, które badania mogą być dla Ciebie odpowiednie, a Twoje imię i nazwisko oraz informacje kontaktowe zostaną ujawnione badaczom. Wyrażenie zgody na kontakt w sprawie badań nie oznacza zgody na udział w samych badaniach. Udział w badaniach jest dobrowolny. Możesz odmówić wyrażenia zgody na kontakt w sprawie badań bez wpływu na Twoje uprawnienie do otrzymania szczepionki przeciw COVID-19.

Jeśli nie chcesz, aby kontaktowano się z Tobą w sprawie badań, zaznacz stosowną odpowiedź poniżej.

Jeśli wyrazisz zgodę na kontakt w sprawie badań, a następnie zmienisz zdanie, możesz wycofać zgodę w dowolnym momencie, kontaktując się z Ministerstwem Zdrowia pod adresem vaccine@ontario.ca.

Nie będzie to miało wpływu na Twoje uprawnienie do otrzymania szczepionki przeciw Covid-19.

Wyrażam zgodę na kontakt w sprawie badań związanych ze szczepionką przeciw COVID-19:

pocztą elektroniczną SMS-em telefonicznie pocztą

W przypadku poczty elektronicznej podaj swój adres e-mail: _____

Nie wyrażam zgody na kontakt w sprawie badań związanych z COVID-19:

Podpis	Imię i nazwisko drukowanymi literami	Data podpisania

Jeśli podpisujesz się w imieniu innej osoby, wskaż swój związek z tą osobą:

W przypadku podpisania się w imieniu innej osoby potwierdzam, że jestem rodzicem / opiekunem prawnym tej osoby lub osobą podejmującą decyzję w jej zastępstwie.

Kwestie szczegółowe dotyczące: ustawy o domach opieki długoterminowej z 2007 roku

Zgoda mieszkańca na otrzymanie szczepionki może być wycofana lub odwołana w dowolnym momencie.

Oświadczenie dotyczące sekcji 83 ustawy:

Zwróć uwagę na następującą ochronę prawną:

Każdy licencjobiorca domu opieki długoterminowej zapewni, że żadna osoba nie zostanie poinformowana lub doprowadzona do przekonania, że potencjalnemu mieszkańcowi odmówi się przyjęcia lub że mieszkaniec zostanie wypisany z domu, ponieważ:

- (a) dokument nie został podpisany;
- (b) umowa została unieważniona; lub
- (c) zgoda lub dyrektywa dotycząca leczenia lub opieki została udzielona, nie została udzielona, została wycofana lub odwołana.

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU KLINICZNEGO							
Środek	COVID-19	Nazwa produktu		Nr serii		Ilość dawki:	
Miejsce anatomiczne	<input type="checkbox"/> Lewy mięsień naramienny <input type="checkbox"/> Prawy mięsień naramienny			Droga	Domięśniowa	Nr dawki:	
Data podania	----- / ----- / ----- (dd/mm/rrrr)		Godzina podania	----- : -----	Zdarzenie niepożądane po szczepieniu (po otrzymaniu aktualnej dawki)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Podane przez (nazwa, oznaczenie)			Miejsce			Zatwierdził	

Powód szczepienia	<input type="checkbox"/> Pracownik opieki zdrowotnej <input type="checkbox"/> Opieka długoterminowa: mieszkaniec <input type="checkbox"/> Opieka długoterminowa: pracownik opieki zdrowotnej <input type="checkbox"/> Opieka długoterminowa: inna osoba, niebędąca pracownikiem <input type="checkbox"/> Dom spokojnej starości: pracownik opieki zdrowotnej <input type="checkbox"/> Dom spokojnej starości: mieszkaniec <input type="checkbox"/> Dom spokojnej starości: podstawowy opiekun <input type="checkbox"/> Dom spokojnej starości: inna osoba, niebędąca pracownikiem <input type="checkbox"/> Zaawansowany wiek: osoba mieszkająca samodzielnie <input type="checkbox"/> Osoba dorosła otrzymująca opiekę związaną z chorobą przewlekłą <input type="checkbox"/> Społeczność rdzenna <input type="checkbox"/> Inna populacja priorytetowa <input type="checkbox"/> Placówka zbiorowa: mieszkaniec <input type="checkbox"/> Placówka zbiorowa: personel <input type="checkbox"/> Placówka zbiorowa: podstawowy opiekun
Powód niepodania szczepionki	<input type="checkbox"/> Szczepienie jest niewskazane <input type="checkbox"/> Lekarz zaleca szczepienie, ale nie ma zgody PACJENTA <input type="checkbox"/> Decyzja lekarza o czasowym odroczeniu szczepienia <input type="checkbox"/> Brak kwalifikacji z medycznego punktu widzenia <input type="checkbox"/> Pacjent wycofał zgodę na serię
Druga z Twoich dwóch dawek szczepienia została zaplanowana na:	_____ / _____ / _____ (dd/mm/rrrr) godz. _____ : _____