

Formular de consimțământ pentru vaccinul COVID-19

FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT - Vaccin COVID-19

Versiunea 3.0 – 11
martie 2021

Nume de familie		Prenume		Identificare (de exemplu, numărul carnetului de sănătate)	
Sex: <input type="checkbox"/> Feminin <input type="checkbox"/> Masculin				Medic primar (medic de familie sau asistent/ă medical/ă)	
<input type="checkbox"/> Prefer să nu răspund <input type="checkbox"/> Altele: _____					
Dacă sunteți indigen/ă, vă rugăm să indicați identitatea indigenă:					
<input type="checkbox"/> Primele națiuni <input type="checkbox"/> Métis (include membri ai organizației sau ai așezării Métis) <input type="checkbox"/> Inuk/ Inuit <input type="checkbox"/> Alte specii indigene, precizați: _____ <input type="checkbox"/> Prefer să nu răspund <input type="checkbox"/> Necunoscut					
Telefonul de acasă		Telefon mobil			
Adresă		Oraș	Regiune		Cod poștal

Data nașterii (luna, ziua, anul) ----- / ----- / ----- -----	Vârsta	Este prima sau a doua doză de vaccin? <input type="checkbox"/> Prima <input type="checkbox"/> A doua Dacă este a doua doză, vă rugăm să indicați data primei doze și denumirea vaccinului administrat: -----/-----/----- (luna, ziua, anul) Denumirea vaccinului administrat: -----
--	--------	---

Consimțământul de a primi vaccinul

Am citit (sau mi-a fost citit) și înțeleg Pre pachetul de imunizare, inclusiv următoarele documente: „Fișa de informații privind vaccinul COVID-19” și „Ce trebuie să știți despre programarea la vaccinul Covid-19”.

- Am avut ocazia să adresez întrebări cu privire la vaccinul pe care îl primesc și să primesc răspunsuri satisfăcătoare la acestea.

Sunt de acord să primesc vaccinul, inclusiv toate dozele recomandate din serie.

- Înțeleg că pot retrage acest consimțământ în orice moment.
- Înțeleg că, dacă îmi retrag consimțământul ca factor de decizie înlocuitor al unei persoane, atunci trebuie să contactez centrul de asistență în care locuiește persoana.

Notă: Vă rugăm să contactați clinica de vaccinare unde ar trebui să vi se administreze vaccinul Covid-19 dacă vă răzgândeți și nu mai sunteți de acord cu administrarea vaccinului. Asta va permite altcuiva să vă ia locul. În cazul în care consimțământul a fost retras de către un factor de decizie înlocuitor al unei persoane care locuiește într-un centru de asistență, atunci centrul de asistență trebuie să contacteze unitatea locală de sănătate publică.

Confirmarea colectării, utilizării și divulgării informațiilor medicale cu caracter personal

Informațiile medicale personale din acest formular sunt colectate în scopul de a vă oferi asistență medicală și de a crea un registru de imunizare pentru dvs. și deoarece este necesar pentru administrarea programului de vaccinare Ontario împotriva COVID-19. Aceste informații vor fi utilizate și dezvăluite în aceste scopuri, precum și în alte scopuri autorizate și impuse de lege. De exemplu,

- acestea vor fi dezvăluite Directorului Autorității Naționale de Sănătate Publică Ontario, în cazul în care dezvăluirea este necesară în scopul *Legii privind protejarea și promovarea sănătății*. Și
- pot fi dezvăluite, ca parte a fișei medicale electronice regionale, furnizorilor de asistență medicală care vă oferă îngrijire.

Informațiile vor fi stocate într-un sistem de evidență a stării de sănătate aflat în custodia și controlul Ministerului Sănătății.

În cazul în care un centru clinic este administrat de un spital, spitalul va colecta, utiliza și dezvălui informațiile dvs. în calitate de agent al Ministerului Sănătății.

Confirm că am citit și am înțeles declarația de mai sus.

Puteți fi contactat de un spital, de o unitate locală de sănătate publică sau de Ministerul Sănătății în scopuri legate de administrarea vaccinului COVID-19 (de ex. pentru a vă reaminti programările și pentru a vă oferi o evidență a programului de imunizare). Dacă sunteți de acord să primiți aceste comunicări de urmărire prin e-mail, vă rugăm să indicați acest lucru utilizând căsuța de mai jos.

Sunt de acord să primesc comunicări ulterioare de urmărire:

prin e-mail prin text/SMS

Dacă ați selectat prin e-mail, vă rugăm să specificați adresa dvs. de e-mail:

Consimțământ pentru a fi contactat cu privire la studiile de cercetare

Aveți opțiunea de a consimți să fiți contactat de cercetători cu privire la participarea la studii de cercetare legate de vaccinul COVID-19. Dacă sunteți de acord să fiți contactat, informațiile dvs. medicale personale vor fi utilizate pentru a determina ce studii pot fi relevante pentru dvs., iar numele și informațiile dvs. de contact vor fi dezvăluite cercetătorilor. Consimțământul de a fi contactat cu privire la studiile de cercetare nu înseamnă că ați consimțit să participați la cercetare în sine. Participarea la cercetare este voluntară. Puteți refuza să vă dați

consimțământul pentru a fi contactat cu privire la studiile de cercetare fără a vă afecta eligibilitatea pentru a primi vaccinul COVID-19.

Dacă nu doriți să fiți contactat cu privire la studiile de cercetare, vă rugăm să indicați acest lucru mai jos.

Dacă sunteți de acord să fiți contactat cu privire la studiile de cercetare și apoi vă răzgândiți, vă puteți retrage consimțământul în orice moment contactând Ministerul Sănătății la vaccine@ontario.ca.

Acest lucru nu va afecta eligibilitatea dvs. pentru a vi se administra vaccinul Covid-19.

Sunt de acord să fiu contactat cu privire la studiile de cercetare legate de vaccinul COVID-19:

prin e-mail prin text/SMS telefonic prin mail

Dacă ați selectat prin e-mail, vă rugăm să specificați adresa dvs. de e-mail:

Nu sunt de acord să fiu contactat cu privire la studiile de cercetare legate de COVID-19:

Semnătura

Nume cu litere de tipar

Data semnării

Dacă semnați pentru altcineva decât pentru dvs., indicați relația dvs. cu cealaltă persoană:

Dacă semnez pentru altcineva decât pentru mine, confirm că sunt părintele /tutorele legal sau factorul de decizie înlocuitor.

Aspectele specifice sunt: Legea centrelor de îngrijire pe termen lung, 2007

Consimțământul rezidentului de a primi vaccinul poate fi retras sau revocat în orice moment.

Declarație privind secțiunea 83 din Lege:

Vă rugăm să rețineți următoarea protecție juridică:

Fiecare licențiat al unui centru de îngrijire pe termen lung se asigură că nicio persoană nu este informată sau condusă să creadă că unui potențial rezident i se va refuza admiterea sau că un rezident va fi externat din centru deoarece,

- (a) un document nu a fost semnat;
- (b) un acord a fost anulat; sau
- (c) a fost acordat, nu a fost acordat, retras sau revocat un consimțământ sau o directivă cu privire la tratament sau îngrijire.

NUMAI PENTRU UZ CLINIC							
Agent	COVID-19	Denumirea produsului		Nr. lot	Cantitatea dozei		
Zona anatomică	<input type="checkbox"/> Deltoid stâng <input type="checkbox"/> deltoid drept	Rută	Intramuscular (IM)		Nr. doză:		
Data administrării	____ / ____ / ____ (l/z/aaaa)	Timpul administrării	____: ____ dimineața după-amiaza	AEFI? (după administrarea dozei curente)		<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	
Administrat de (nume, denumire)			Locație		Autorizat de		
Motivul imunizării		<input type="checkbox"/> Asistent/ă medical/ă <input type="checkbox"/> LTC: Rezident <input type="checkbox"/> LTC: Asistent/ă medical/ă <input type="checkbox"/> LTC: Alte persoane care nu sunt angajate <input type="checkbox"/> RH: Asistent/ă medical/ă <input type="checkbox"/> RH: Rezident <input type="checkbox"/> RH: Îngrijitor esențial <input type="checkbox"/> RH: Alte persoane care nu sunt angajate <input type="checkbox"/> Vârstă avansată: Locuință comunitară <input type="checkbox"/> Adult de îngrijire a sănătății cronice <input type="checkbox"/> Comunitatea indigenă <input type="checkbox"/> Alte populații prioritare <input type="checkbox"/> Centru de asistență pentru bătrâni: Rezident <input type="checkbox"/> Centru de asistență pentru bătrâni: Personal <input type="checkbox"/> Centru de asistență pentru bătrâni: Îngrijitor esențial					

<p>Motivul pentru care imunizarea nu a fost efectuată</p>	<p><input type="checkbox"/> Imunizarea este contraindicată</p> <p><input type="checkbox"/> Medicul recomandă imunizarea, dar nu are consimțământul PACIENTULUI</p> <p><input type="checkbox"/> Decizia medicului de a amâna temporar imunizarea</p> <p><input type="checkbox"/> Ineligibil din punct de vedere medical</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientul și-a retras consimțământul pentru serie</p>
<p>Doza 2 din 2 este programată pentru:</p>	<p>_____ / _____ / _____ (l/z/aaaa) _____: _____ dimineața după-amiaza</p>