

# Форма информированного согласия на вакцинацию от COVID-19

## ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ – вакцинация от COVID-19

Версия 3.0 – 11 марта 2021 г.

Фамилия	Имя	Идентификационные данные (например, номер медицинской карты)	
Пол: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Воздерживаюсь от ответа <input type="checkbox"/> Прочее: -----		Врач первичной помощи (Врач общей практики или медицинская сестра высшей категории)	
Если вы принадлежите к коренному населению, укажите свою принадлежность: <input type="checkbox"/> Индейские племена Канады <input type="checkbox"/> Метис (включая членов организации или поселения метисов) <input type="checkbox"/> Инуки/инуиты <input type="checkbox"/> Прочее коренное население (указать): ----- <input type="checkbox"/> Воздерживаюсь от ответа <input type="checkbox"/> Неизвестно			
Номер домашнего телефона	Номер мобильного телефона		
Улица и номер дома	Город	Провинция	Индекс

Дата рождения (месяц, день, год) _____ / _____ / _____	Возраст	Вы получаете <b>первую или вторую дозу</b> вакцины? <input type="checkbox"/> Первая <input type="checkbox"/> Вторая Если вторую, укажите дату введения первой дозы и название вакцины: _____/_____/_____ (месяц, день, год) Название введенной вакцины: _____
---	---------	---

### Согласие на введение вакцины

Я прочитал(а) (или мне зачитали) и понял(а) содержание предварительного пакета документации по поводу иммунизации, включая следующие документы: «Информационный лист о вакцине от COVID-19» и «Что следует знать о назначении вакцины от COVID-19».

- У меня была возможность задать вопросы по поводу вакцины, которую я получаю, и я получил(а) на них удовлетворительные ответы.

**Я даю согласие на введение вакцины, включая все рекомендуемые дозы в серии.**

- Я понимаю, что могу отозвать данное согласие в любое время.
- Я понимаю, что в случае отзыва с моей стороны согласия в качестве лица, принимающего решение в отношении другого лица, мне следует связаться с учреждением, в котором проживает такое лицо.

**Примечание: Если вы передумали и не даете согласие на вакцинацию, свяжитесь с клиникой, где вы должны получить вакцину от Covid-19. Это позволит получить вакцину другим людям. В случае отзыва согласия лицом, принимающим решения за другое лицо, которое проживает в коллективном учреждении, ему следует связаться с местным отделением общественного здравоохранения.**

## **Подтверждение согласия на сбор, использование и раскрытие личной информации о здоровье**

Мы собираем персональную информацию о состоянии здоровья, указываемую в настоящей форме, с целью оказания вам медицинской помощи и создания записи о вашей вакцинации, а также в связи с тем, что это необходимое условие для проведения программы вакцинации от COVID-19 в Онтарио. Данная информация будет использоваться и раскрываться в указанных выше целях, а также в прочих целях, разрешенных и требуемых законодательством. Например,

- она будет передана главному санитарному врачу и в учреждения общественного здравоохранения Онтарио, если раскрытие информации предусмотрено *Законом об охране и укреплении здоровья*. И
- она может быть раскрыта как часть информации из вашей местной электронной медицинской карты в адрес медицинских работников, оказывающих вам медицинскую помощь.

Информация будет храниться в системе медицинских карт под контролем Министерства здравоохранения.

Если сайт клиники находится в ведении больницы, последняя будет собирать, использовать и раскрывать вашу информацию в качестве представителя Министерства здравоохранения.

**Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) указанное выше заявление.**

С вами может связаться больница, местное отделение общественного здравоохранения или Министерство здравоохранения для целей, связанных с вакциной от COVID-19 (например, чтобы напомнить о последующих посещениях и предоставить документы о вакцинации). В случае предоставления согласия на получение таких сообщений по электронной почте укажите это в ячейке ниже.

**Я даю согласие на получение последующих сообщений:**

по электронной почте       текстовым сообщением/СМС

**Если выбран вариант по электронной почте, укажите свой электронный адрес:**

-----

## **Согласие на получение информации по поводу научных исследований**

Вы можете предоставить согласие на то, чтобы научные работники связывались с вами по поводу участия в исследованиях, связанных с вакциной от COVID-19. В случае предоставления указанного выше согласия ваша личная медицинская информация будет использоваться для определения конкретных исследований, которые могут иметь отношение к вам, а ваше имя и контактная информация будут раскрыты в адрес исследователей. Согласие на то, чтобы с вами связались по поводу исследований, не

означает согласие на участие в самом исследовании. Участие в исследовании является добровольным. Вы вправе отказаться от информирования по поводу научных исследований, что не повлияет на ваше право на получение вакцины от COVID-19.

Если вы не хотите, чтобы с вами связывались по поводу исследований, укажите это ниже.

Если вы предоставили согласие на то, чтобы с вами связывались по поводу научных исследований, а затем изменили свое мнение, вы вправе отозвать свое согласие в любое время, связавшись с Министерством здравоохранения по адресу [vaccine@ontario.ca](mailto:vaccine@ontario.ca).

Это не повлияет на ваше право на вакцинацию от Covid-19.

**Я предоставляю согласие на то, чтобы со мной связывались по поводу исследований в связи с COVID-19:**

по электронной почте     текстовым сообщением/СМС     по телефону     по почте

**Если выбран вариант по электронной почте, укажите свой электронный адрес:**

-----

**Я не даю согласие на то, чтобы со мной связывались по поводу исследований в связи с COVID-19:**

Подпись	Имя печатными буквами	Дата подписания
---------	-----------------------	-----------------

В случае подписания от имени другого лица, укажите свое отношение/степень родства в отношении такого лица:

В случае подписания от имени другого лица я подтверждаю, что являюсь родителем/законным опекуном или замещающим лицом, принимающим решения.

## **Особые вопросы: Закон о домах престарелых 2007 года**

Согласие постоянно проживающего лица на вакцинацию может быть отозвано или аннулировано в любое время.

Заявление в отношении раздела 83 Закона:

Обратите внимание на следующие меры правовой защиты:

Каждое лицо, имеющее разрешение на учреждение дома престарелых с медицинским обслуживанием, обязано гарантировать информирование и уведомление всех постояльцев о том, что им не будет отказано в приеме, или что постоянно проживающее лицо не будет исключено из учреждения в любом из следующих случаев:

- (a) документ не был подписан;
- (b) соглашение было признано недействительным; или
- (c) согласие или распоряжение в отношении предоставляемого лечения или ухода не выдано, отозвано или аннулировано.

ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛИНИКОЙ						
Официальный представитель	COVID-19	Название продукта		Партия №		Дозировка:
Анатомическая локализация	<input type="checkbox"/> Левая дельтовидная плечевая мышца <input type="checkbox"/> Правая дельтовидная плечевая мышца		Способ введения	Внутримышечно (ВМ)	Доза №:	
Дата введения	____ / ____ / ____ (м/д/гггг)	Время введения	____ : ____ до полудня ____ : ____ после полудня		ПППИ? (после введения текущей дозы)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Вакцина введена (имя, должность)		Местополож ение		Разрешено	
Причина иммунизации	<input type="checkbox"/> Работник учреждения здравоохранения <input type="checkbox"/> Дом престарелых с медицинским обслуживанием: Постоянно проживающее лицо <input type="checkbox"/> Дом престарелых с медицинским обслуживанием: Работник учреждения здравоохранения <input type="checkbox"/> Дом престарелых с медицинским обслуживанием: Другое лицо не из числа сотрудников <input type="checkbox"/> Интернат для престарелых: Работник учреждения здравоохранения <input type="checkbox"/> Интернат для престарелых: Постоянно проживающее лицо <input type="checkbox"/> Интернат для престарелых: Лицо, осуществляющее основной уход за больными <input type="checkbox"/> Интернат для престарелых: Другое лицо не из числа сотрудников <input type="checkbox"/> Пожилой возраст: Сообщество престарелых <input type="checkbox"/> Пожилой человек, постоянно нуждающийся в оказании медицинской помощи <input type="checkbox"/> Община коренного населения <input type="checkbox"/> Прочее приоритетное население <input type="checkbox"/> Коллективное учреждение: Постоянно проживающее лицо <input type="checkbox"/> Коллективное учреждение: Сотрудник <input type="checkbox"/> Коллективное учреждение: Лицо, осуществляющее основной уход за больными				
Причина невозможности проведения иммунизации	<input type="checkbox"/> Иммунизация противопоказана <input type="checkbox"/> Иммунизация рекомендована врачом, но ПАЦИЕНТ отказался от ее проведения <input type="checkbox"/> Врачом принято решение о временном отказе от иммунизации <input type="checkbox"/> Не соответствует требованиям по медицинским показаниям <input type="checkbox"/> Пациент отозвал согласие в отношении серии				
Введение второй дозы из двух запланировано на:	_____ / _____ / _____ (м/д/гггг) _____ : _____ до полудня _____ после полудня				