

COVID-19 疫苗同意书

同意书-COVID-19 疫苗

3.0 版-2021 年 3 月 11 日

姓氏		名字	身份证件号（如医疗卡号）	
性别： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 不想回答 <input type="checkbox"/> 其他： _____		基础保健医生 （家庭医生或执业护士）		
如果是原住民，请说明原住民身份： <input type="checkbox"/> 第一民族 <input type="checkbox"/> 梅蒂斯人（包括梅蒂斯组织或定居点的成员） <input type="checkbox"/> 伊努克人/因纽特人 <input type="checkbox"/> 其他原住民，请说明： _____ <input type="checkbox"/> 不想回答 <input type="checkbox"/> 不知道				
住宅电话	手机			
门牌地址	城市	省份	邮政编码	
出生日期（月、日、年） _____ / _____ / _____ _____	年龄	这是您的 第一剂 还是 第二剂 疫苗？ <input type="checkbox"/> 第一剂 <input type="checkbox"/> 第二剂 如果是第二剂，请注明第一剂疫苗的接种日期和疫苗名称： _____/_____/_____（月、日、年） 接种疫苗的名称： _____		

接种疫苗同意书

我已阅读（或已向我阅读）并且理解免疫接种预备资料，其中包括以下文件：COVID-19疫苗资讯单（COVID-19 Vaccine Information Sheet）和（Covid-19疫苗接种预约须知（What you need to know about your Covid-19 vaccine appointment））。

- 我已有机会就我所接种的疫苗提出问题，并得到满意的答复。

我同意接种疫苗，包括该系列的所有推荐剂量。

- 我明白我可以随时撤回同意。
- 我明白，如果我以某人的替代决策者身份撤回同意，则我必须联系该人居住的群聚环境。

注意：如果您改变主意，不再同意接种Covid-19疫苗，请与您原定接种疫苗的诊所联系。这样可以其他人填补您的位置。如果居住在群聚环境中的某人的替代决策者撤回了同意，则该群聚环境必须联系当地公共卫生部门。

收集、使用和披露个人健康信息确认书

本表格收集的个人健康信息是为了向您提供医护以及为您建立免疫接种记录，也是为了管理安大略省COVID-19疫苗接种计划的需要。使用和披露这些信息便是为了上述目的以及法律授权和要求的其他目的。例如，

- 在为《健康保护和促进法》的目的而有必要披露时，将向卫生厅首席医疗官和安大略省公共卫生部门披露。以及
- 作为您的省级电子健康记录的一部分，这些信息可能会披露给为您提供医疗服务的医疗保健提供者。

这些信息将存储于卫生厅保管和控制的电子健康记录系统中。

如果诊所网站由医院管理，则医院将作为卫生厅的代理人来收集、使用和披露您的信息。

我承认我已阅读并理解上述声明。

医院、当地公共卫生部门或卫生厅可能会出于与COVID-19疫苗有关的目的而与您联系（例如，向您发出后续预约提醒和向您提供免疫接种记录）。如果您同意通过电子邮件接收这些后续跟进通信，请在下面的方框中注明。

我同意接收后续跟进通信： 通过电子邮件 通过短信/SMS

如果选择通过电子邮件，请提供电子邮件地址：_____

同意就研究事宜进行联系

您可以选择同意研究人员就参与 COVID-19 疫苗相关研究事宜与您联系。如果您同意他人联系您，您的个人健康信息将被用于确定哪些研究可能与您相关，您的姓名和联系信息将被披露给研究人员。同意他人就研究事宜与您联系，并不意味着您同意参与相关研究。参与研究纯属自愿。您可以拒绝他人就研究事宜与您联系，这不会影响您接种 COVID-19 疫苗的资格。

如果您不希望他人就研究事宜与您联系，请在下方注明。

如果您同意他人就研究事宜与您联系，而后又改变主意，您可以随时联系卫生厅撤回同意：

vaccine@ontario.ca。

这不会影响您接种 Covid-19 疫苗的资格。

我同意他人就 COVID-19 疫苗相关研究与我联系：

通过电子邮件 通过短信/SMS 通过电话 通过邮寄

如果选择通过电子邮件，请提供电子邮件地址：_____

我不同意他人就 COVID-19 相关研究事宜与我联系：

签名	工整书写姓名	签名日期
----	--------	------

如果代别人签名，请注明您与此人的关系：

如果代别人签名，我确认我是家长/法定监护人或替代决策人。

关于 2007 年《长期护理院法》的具体事宜

居民的疫苗接种同意书可随时撤回或撤销。

关于该法第 83 条的声明：

请注意以下法律保护规定：

凡长期护理院经营许可证持有者皆应确保，无人被告知或被引导而相信，出于以下原因，未来居民入院会遭拒绝或居民会被逐出护理院：

- (a) 未签署某份文件；
- (b) 某份协议已无效；或
- (c) 已作出、未作出、撤回或撤销关于治疗或照护的同意书或指示。

诊所填写

药剂	COVID-19	产品名称	批号	剂量：	
解剖学部位	<input type="checkbox"/> 左三角肌 <input type="checkbox"/> 右三角肌		给药途径	肌注	剂次：
接种日期	____ / ____ / ____ (月/日/年)		接种时间	____ : ____ 上午 下午	接种后不良事件？ (接种此剂后) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
接种人（姓名、职务）	场所		批准人		
免疫接种原因	<input type="checkbox"/> 医务工作者 <input type="checkbox"/> 长期照护：居民 <input type="checkbox"/> 长期照护：医务工作者 <input type="checkbox"/> 长期照护：其他非雇员 <input type="checkbox"/> 养老院：医务工作者 <input type="checkbox"/> 养老院：居民 <input type="checkbox"/> 养老院：基础护理员 <input type="checkbox"/> 养老院：其他非雇员 <input type="checkbox"/> 高龄：社区居住 <input type="checkbox"/> 成人慢性病患者 <input type="checkbox"/> 原住民社区 <input type="checkbox"/> 其他优先群体 <input type="checkbox"/> 群聚居住：居民 <input type="checkbox"/> 群聚居住：工作人员 <input type="checkbox"/> 群聚居住：基础护理员				
未免疫接种的原因	<input type="checkbox"/> 免疫接种是禁忌症 <input type="checkbox"/> 医生建议免疫接种，但无患者同意书 <input type="checkbox"/> 医生决定暂时推迟免疫接种 <input type="checkbox"/> 身体条件不允许 <input type="checkbox"/> 患者撤回本系列同意书				
您 2 剂中的第 2 剂安排在：	____ / ____ / ____ (月/日/年) ____ : ____ 上午 下午				