

COVID-19 疫苗同意書

同意書-COVID-19 疫苗

3.0 版-2021 年 3 月 11 日

姓氏	名字	身份證件號（如醫療卡號）	
性別： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 不想回答 <input type="checkbox"/> 其他： _____		基礎保健醫生 （家庭醫生或執業護士）	
如果是原住民，請說明原住民身份： <input type="checkbox"/> 第一民族 <input type="checkbox"/> 梅蒂斯人（包括梅蒂斯組織或定居點的成員） <input type="checkbox"/> 伊努克人/因紐特人 <input type="checkbox"/> 其他原住民，請說明： _____ <input type="checkbox"/> 不想回答 <input type="checkbox"/> 不知道			
住宅電話	手機		
門牌地址	城市	省份	郵遞區號
出生日期（月、日、年） _____ / _____ / _____	年齡	這是您的 第一劑 還是 第二劑 疫苗？ <input type="checkbox"/> 第一劑 <input type="checkbox"/> 第二劑 如果是第二劑，請注明第一劑疫苗的接種日期和疫苗名稱： -----/-----/-----（月、日、年） 接種疫苗的名稱： _____	

接種疫苗同意書

我已閱讀（或已向我閱讀）並且理解免疫接種預備資料，其中包括以下文書：COVID-19疫苗資訊單（COVID-19 Vaccine Information Sheet）和Covid-19疫苗接種預約須知（What you need to know about your Covid-19 vaccine appointment）。

- 我已有機會就我所接種的疫苗提出問題，並得到滿意的答覆。

我同意接種疫苗，包括該系列的所有推薦劑量。

- 我明白我可以隨時撤回同意。
- 我明白，如果我以某人的替代決策者身份撤回同意，則我必須聯繫該人居住的群聚環境。

注意：如果您改變主意，不再同意接種Covid-19疫苗，請與您原定接種疫苗的診所聯繫。這樣可以讓其他人填補您的位置。如果居住在群聚環境中的某人的替代決策者撤回了同意，則該群聚環境必須聯繫當地公共衛生部門。

收集、使用和披露個人健康資訊確認書

本表格收集的個人健康資訊是為了向您提供醫護以及為您建立免疫接種記錄，也是為了管理安大略省COVID-19疫苗接種計畫的需要。使用和披露這些資訊便是為了上述目的以及法律授權和要求的其他目的。例如，

- 在為《健康保護和促進法》的目的而有必要披露時，將向衛生廳首席醫療官和安大略省公共衛生部門披露。以及
- 作為您的省級電子健康記錄的一部分，這些資訊可能會披露給為您提供醫療服務的醫療保健提供者。

這些資訊將存儲於衛生廳保管及控制的健康記錄系統中。

如果診所網站由醫院管理，則醫院將作為衛生廳的代理人來收集、使用和披露您的資訊。

我承認我已閱讀並理解上述聲明。

醫院、當地公共衛生部門或衛生廳可能會出於與COVID-19疫苗有關的目的而與您聯繫（例如，向您發出後續預約提醒和向您提供免疫接種記錄）。如果您同意透過電子郵件接收這些後續跟進通信，請在下列方框中注明。

我同意接收後續跟進通信：

透過電子郵件 透過短訊/SMS

如果選擇透過電子郵件，請提供電子郵寄地址：_____

同意就研究事宜進行聯繫

您可以選擇同意研究人員就參與 COVID-19 疫苗相關研究事宜與您聯繫。如果您同意他人聯繫您，您的個人健康資訊將被用於確定哪些研究可能與您相關，您的姓名和聯繫資訊將被披露給研究人員。同意他人就研究事宜與您聯繫，並不意味著您同意參與相關研究。參與研究純屬自願。您可以拒絕他人就研究事宜與您聯繫，這不會影響您接種 COVID-19 疫苗的資格。

如果您不希望他人就研究事宜與您聯繫，請在下方注明。

如果您同意他人就研究事宜與您聯繫，而後又改變主意，您可以隨時聯繫衛生廳撤回同意 vaccine@ontario.ca。

這不會影響您接種 Covid-19 疫苗的資格。

我同意他人就 COVID-19 疫苗相關研究與我聯繫。

透過電子郵件 透過短訊/SMS 透過電話 透過郵寄

如果選擇透過電子郵件，請提供電子郵寄地址： _____

我不同意他人就 COVID-19 相關研究事宜與我聯繫：

簽名	工整書寫姓名	簽名日期
----	--------	------

如果代別人簽名，請注明您與此人的關係：

如果代別人簽名，我確認我是家長/法定監護人或替代決策人。

關於 2007 年《長期護理院法》之具體事宜

居民的疫苗接種同意書可隨時撤回或撤銷。

關於該法第 83 條的聲明：

請注意以下法律保護規定：

凡長期護理院經營許可證持有者皆應確保，無人被告知或被引導而相信，出於以下原因，未來居民入院會遭拒絕或居民會被逐出護理院：

- (a) 未簽署某份文書；
- (b) 某份協議已無效；或
- (c) 已作出、未作出、撤回或撤銷關於治療或照護的同意書或指示。

診所填寫

藥劑	COVID-19	產品名稱	批號	劑量：	
解剖學部位	<input type="checkbox"/> 左三角肌 <input type="checkbox"/> 右三角肌		給藥途徑	肌注	劑次：
接種日期	____ / ____ / ____ (月/日/年)	接種時間	____ : ____ 上午 下午	接種後不良事件？ (接種此劑後)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
接種人 (姓名、職務)	場所		批准人		
免疫接種原因	<input type="checkbox"/> 醫務工作者 <input type="checkbox"/> 長期照護：居民 <input type="checkbox"/> 長期照護：醫務工作者 <input type="checkbox"/> 長期照護：其他非雇員 <input type="checkbox"/> 養老院：醫務工作者 <input type="checkbox"/> 養老院：居民 <input type="checkbox"/> 養老院：基礎護理員 <input type="checkbox"/> 養老院：其他非雇員 <input type="checkbox"/> 高齡：社區居住 <input type="checkbox"/> 成人慢性病患者 <input type="checkbox"/> 原住民社區 <input type="checkbox"/> 其他優先群體 <input type="checkbox"/> 群聚居住：居民 <input type="checkbox"/> 群聚居住：工作人員 <input type="checkbox"/> 群聚居住：基礎護理員				
未免疫接種的原因	<input type="checkbox"/> 免疫接種是禁忌症 <input type="checkbox"/> 醫生建議免疫接種，但無患者同意書 <input type="checkbox"/> 醫生決定暫時推遲免疫接種 <input type="checkbox"/> 身體條件不允許 <input type="checkbox"/> 患者撤回本系列同意書				
您 2 劑中的第 2 劑安排在：	____ / ____ / ____ (月/日/年) ____ : ____ 上午 下午				