

疫苗接种记录 (VAR) — 疫苗接种知情同意书



药店编号: _____ 处方号码: _____
药店地址: _____

A 部分 请务必正楷书写。

名字: _____ 姓氏: _____
出生日期: _____ 年龄: _____ 性别: 女 男 电话: _____
家庭地址: _____ 城市: _____
州: _____ 邮政编码: _____ 电子邮件地址: _____

沃尔格林 (Walgreens) 将使用您在下面提供的联系信息向您的医生/基础医疗保健提供者发送本次接诊的疫苗接种信息。

医生/基础医疗保健提供者姓名: _____ 电话: _____
地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

我想要接种以下疫苗: _____

B 部分 以下问题将帮助我们确定您今天是否适合接种疫苗。

所有疫苗	
1. 您今天是否感觉不舒服?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
2. 您是否患有疾病,如心脏病、糖尿病或哮喘? 如果是,请列出: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
3. 您是否对乳胶、药物、食物或疫苗(例如:鸡蛋、牛蛋白、明胶、庆大霉素、多粘菌素、新霉素、苯酚、酵母或硫柳汞)过敏? 如果是,请列出: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
4. 您是否曾在接种疫苗后出现反应,包括昏厥或头晕?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
5. 您是否曾患有癫痫且目前正在服药,是否曾患有脑部疾病、格林-巴利综合征(一种引起麻痹的疾病)或其他神经系统疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
6. 对于女性:您是否怀孕或者打算在下个月怀孕?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
仅针对水痘、MMR[®]II、带状疱疹、Vaxchora[®]、黄热病疫苗: 只有当您准备接种上述疫苗时才需回答这些问题。	
7. 您在过去的四至八周是否接种过任何疫苗或接受过任何皮肤试验? 如果是,请列出: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
8. 您是否存在可能削弱免疫系统的疾病或健康状况(例如癌症、白血病、淋巴瘤、感染艾滋病毒/艾滋病、器官移植)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
9. 您目前是否在接受家庭输液、每周注射(如 Humira [®] (阿达木单抗)、Remicade [®] (英夫利昔单抗)或 Enbrel [®] (依那西普)、大剂量甲氨蝶呤、硫唑嘌呤或 6-巯基嘌呤、抗病毒药物、抗癌药物)或放射治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
10. 您目前是否正在接受周期超过 2 周的高剂量类固醇治疗(强的松 > 20mg/天或同等药物)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
11. 在过去的一年中,您是否曾经接受过输血或血液制品输注,或者接受过被称为免疫(γ)球蛋白的药物治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
12. 您是否有胸腺疾病史(包括重症肌无力、迪乔治综合症或胸腺瘤),或者是否进行了胸腺切除?(仅针对黄热病疫苗)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
13. 您有血小板减少或血小板减少性紫癜病史吗?(仅针对 MMR [®] II 疫苗)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
14. 过去一小时内您是否吃过东西或喝过水?(仅针对 Vaxchora [®])	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
15. 过去 14 天内您是否使用过抗生素或过去 10 天内您是否服用过抗疟疾药?(仅针对 Vaxchora [®])	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道

C 部分

本人证明本人是:(a)患者且至少18岁;(b)未成年患者的父母或法定监护人;或(c)患者的法定监护人。此外,我在此同意沃尔格林公司或 Duane Reade 和管理疫苗的许可医疗专业人员(如适用)(均为“适用供应商”)管理我上述要求的疫苗。我知道,不可能预测与接种疫苗有关的所有可能的副作用或并发症。我了解与上述疫苗相关的风险和益处,并已收到、阅读和/或向我解释了我选择接受的疫苗的疫苗信息声明。我也承认,我有机会提出问题,这些问题的回答令我满意。此外,我承认,我已被建议在接种地点附近观察大约15分钟。我谨代表我本人、我的继承人和个人代表,免除并保护每个适用的供应商、员工、代理人、继承人、部门、附属公司、子公司、高级职员、董事、承包商和员工因任何原因或以任何方式产生的任何和所有已知或未知的责任或索赔与上述疫苗的接种有关。我承认:(a)我了解我所在州的疫苗接种登记处(“州登记处”)和我所在州的健康信息交换处(“州HIE”)的目的/好处;和(b)适用的供应商可以向州登记处、州HIE或通过州HIE向州登记处披露我的疫苗接种信息,为了公共健康报告的目的,或者为了护理协调的目的,向我在州注册中心和/或州HIE注册的医疗保健提供者。我承认,根据我所在州的法律,我可以向州批准的退出表格,或在我所在州法律允许的情况下,使用适用供应商提供的退出表格(“退出表格”),防止:(a)适用供应商向州HIE和/或州登记处披露我的疫苗接种信息;或(b)州HIE和/或州注册中心不得与在州注册中心和/或州HIE注册的任何其他医疗保健提供者共享我的疫苗接种信息。如果我所在州允许,适用的供应商将向我提供一份退出表格。我明白,根据我所在州的法律,我可能需要特别同意,并且,在我所在州法律要求的范围内,通过在下面签字,我在此同意适用的供应商向州HIE报告我的疫苗接种信息,或通过州HIE和/或州注册处向实体报告我的疫苗接种信息,并达到在这份知情同意书中所述目的。除非我向适用的供应商提供一份签署的退出表,否则我的同意将一直有效,直到我撤回我的许可,并且我可以通过向适用的供应商和/或我的州HIE(如适用)提供一份完整的退出表撤回我的同意。我理解,即使我不同意或撤回我的同意,我所在州的法律可能允许我的疫苗接种信息按照法律要求或允许的方式向州HIE或通过州HIE进行某些披露。我还授权适用的供应商向我在所在的学校或我的孩子(或我有权担任监护人或代替父母的未成年男子)或我的孩子(或我有权担任监护人或代替父母的未成年男子)是学生或准学生披露我或我孩子的疫苗接种证明。我进一步授权适用的供应商:(a)将我的医疗或其他信息,包括我的传染病(包括HIV)、精神健康和药物/酒精滥用信息,向或通过国家HIE向我的医疗保健专业人员、医疗保险、医疗补助金或其他第三方支付人发布,以实现护理或支付;(b)就上述所要求的物品和服务向我的保险人提出索赔;以及(c)要求就上述所要求的物品和服务向适用的保险人支付授权保险金。我还同意对所要求的项目和服务,以及我的保险福利未涵盖的任何所要求的项目和服务的任何费用分摊金额,包括共同保险费、共同保险和免赔额,承担全部财务责任。本人明白,本人在财务上负有责任的任何款项应在服务时支付,或者,如果适用的供应商在服务后向本人开具发票,则应在收到此类发票后支付。

Patient signature: _____ Date: _____
(Parent or guardian, if minor)

SECTION D**HEALTHCARE PROVIDER ONLY**Complete **BEFORE** vaccine administration

1. I have reviewed the **Patient Information** and **Screening Questions**. Initial here: _____
2. I have verified that this is the **vaccine requested** by the patient. Initial here: _____
3. This vaccine is appropriate for this patient based on the **Age Guidelines** provided by federal and/or state regulations and company policies. Initial here: _____
- 3a. Does this patient have a high-risk medical condition? Yes No
If yes, please list medical condition(s): _____
4. The **Vaccine NDC matches** the NDC on the bottom of this VAR form and the NDC on the patient leaflet. (Perform **3-way NDC match**.) Initial here: _____
5. I have verified the **Expiration Date** is greater than today's date and have entered the **Lot # and Expiration Date** in the field below. Initial here: _____

For Shingrix®, Zostavax®, MMR® II, Varivax®, YF-Vax®, Menveo®, Imovax®, Vaxchora® and RabAvert®, ensure the vaccine is reconstituted following the package insert's instructions.

Lot #: _____ Expiration Date: _____

For vaccines that have a diluent or buffer, complete the following:

Lot #: _____ Expiration Date: _____

SECTION EComplete **DURING** the patient interaction

1. I have asked the patient to confirm their **Name, DOB and Requested Vaccine** and verified it matches the information on the VAR form. Initial here: _____
2. I have reviewed the **Screening Questions** with the patient. Initial here: _____
3. I have reviewed the **VIS** with the patient. Initial here: _____

SECTION FComplete **AFTER** vaccine administration

Vaccine	NDC	Manufacturer	Dosage	Site of administration	VIS published date

Clinician's name (print): _____ Clinician's signature: _____ Title: _____

If applicable, intern/tech name (print): _____ Administration date: _____ Date VIS given to patient: _____

Notes

Reminder

- Update the patient's record with any new allergy, health condition or primary care provider information.
- Enter vaccine lot #, expiration date and site of administration, then scan the VAR form into the patient's record.