

COVID-19疫苗 接种前检查清单



致疫苗接种者：

以下的问题可以帮助我们确认您今天是否因任何原因而不适合接种COVID-19疫苗。

患者姓名 _____

年龄 _____

如果您对任何问题回答“是”，这并不一定意味着您不应该接种疫苗。这只意味着我们可能会问您更多一些的问题。如果您对任何问题有疑问，请咨询您的医疗保健提供者。

是 否 不知道

1. 您今天是否感到不适?			
2. 您是否已接种过一剂COVID-19的疫苗?			
<ul style="list-style-type: none"> 如果是，是哪一种疫苗？ <input type="checkbox"/> 辉瑞 <input type="checkbox"/> 莫德纳 <input type="checkbox"/> 杨森 <input type="checkbox"/> 其他疫苗 _____ 			
3. 您是否对以下各项曾有过敏反应： (包括严重过敏反应[例如过敏性休克]，需要使用肾上腺素或EpiPen *进行治疗，或因此需到医院就诊。亦包括在4小时内发生而引起荨麻疹、肿胀或呼吸窘迫[包括呼吸喘鸣]的过敏反应。)			
<ul style="list-style-type: none"> COVID-19疫苗中的成分，包括以下任一种： 			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 聚乙二醇（PEG），这种物质存在于某些药物中，例如泻药和结肠镜检查准备剂。 			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 聚山梨酯，可在某些疫苗、薄膜包衣药片和静脉注射类固醇中找到。 			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 前一剂COVID-19疫苗。 			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 包含多种成分的疫苗或注射疗法，其中一种成分也存在于COVID-19疫苗中，但尚未清楚是哪种成分引起了即时反应。 			
4. 您是否曾对另一种疫苗（非COVID-19疫苗）或注射药物有过敏反应？ (包括严重过敏反应[例如过敏性休克]，需要使用肾上腺素或EpiPen *进行治疗，或因此需到医院就诊。亦包括在4小时内发生而引起荨麻疹、肿胀或呼吸窘迫[包括呼吸喘鸣]的过敏反应。)			
5. 您是否曾对COVID-19疫苗成分以外的其他物质、或任何疫苗或注射药物有严重的过敏反应[例如过敏性休克]？包括食物、宠物、毒液、环境或口服药物过敏。			
6. 最近14天内您是否有接种过任何疫苗？			
7. 您是否曾检测COVID-19结果呈阳性，或者有医生告诉过您您患有COVID-19？			
8. 您是否已接受被动抗体疗法（单克隆抗体或恢复期血清）以治疗COVID-19？			
9. 您是否因HIV感染或癌症之类的原因，导致免疫系统减弱，或者您是否正在服用免疫抑制药物或接受免疫抑制治疗？			
10. 您是否患有出血性疾病或正在服用血液稀释剂？			

1. 您是否怀孕或正处于哺乳期?			
12. 您是否使用皮肤填充剂?			

表格审核员: _____

日期 _____

03/15/2021 CS321629-E

借鉴于免疫接种行动联盟 (IAC) 的筛查清单, 特此致谢。