

Предвакцинальный контрольный список вопросов для вакцин от COVID-19



Для вакцинируемых:

Следующие вопросы помогут нам определить, есть ли какие-либо причины, по которым Вы не можете пройти вакцинацию от COVID-19 сегодня.

Ф. И. О. пациента _____

Возраст _____

Если Вы ответите «да» на какой-либо вопрос, это не означает, что вам не следует проходить вакцинацию. Это просто означает, что Вам могут быть заданы дополнительные вопросы. Если Вам непонятен какой-либо вопрос, попросите своего поставщика медицинских услуг объяснить его.

Да Нет Не знаю

1. Вы сегодня плохо себя чувствуете?			
2. Получали ли Вы ранее дозу вакцины от COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> Если да, то какая это была вакцина? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Другой препарат _____ 			
3. Была ли у Вас когда-нибудь аллергическая реакция на: (в том числе тяжелая аллергическая реакция [например: анафилаксия], которая потребовала лечения эпинефрином или EpiPen® или которая заставила Вас обратиться в больницу. Речь также идет об аллергической реакции, которая проявилась в течение 4 часов и вызвала сыпь, отек или респираторный дистресс-синдром, в том числе хрипы.)			
<ul style="list-style-type: none"> Компонент вакцины от COVID-19, в том числе на какой-нибудь из следующих: <ul style="list-style-type: none"> Полиэтиленгликоль (ПЭГ), который содержится в некоторых лекарственных средствах, таких как слабительные и препаратах, предназначенных для колоноскопии. Полисорбат, который содержится в некоторых вакцинах, таблетках, покрытых пленочной оболочкой и стероидных препаратах, которые вводят внутривенно. Предыдущую дозу вакцины от COVID-19. Вакцину или инъекционную терапию, содержащую несколько компонентов, одним из которых является компонент вакцины от COVID-19, но неизвестно, какой из компонентов вызвал немедленную реакцию. 			
4. Была ли у Вас когда-нибудь аллергическая реакция на другую вакцину (не предназначенную для профилактики COVID-19) или инъекционный препарат? (в том числе тяжелая аллергическая реакция [например: анафилаксия], которая потребовала лечения эпинефрином или EpiPen® или которая заставила Вас обратиться в больницу. Речь также идет об аллергической реакции, которая проявилась в течение 4 часов и вызвала сыпь, отек или респираторный дистресс-синдром, в том числе хрипы.)			
5. Была ли у Вас когда-нибудь тяжелая аллергическая реакция (например, анафилаксия) на какое-либо другое вещество, помимо компонента вакцины от COVID-19 или любую другую вакцину или инъекционный препарат? Это может быть аллергия на продукты питания, домашние животные, яды животных, вещества, присутствующие в окружающей среде или пероральные лекарственные препараты.			
6. Вводилась ли Вам какая-либо вакцина за последние 14 дней?			

7. Был ли у Вас когда-нибудь положительный тест на COVID-19. Говорил ли когда-либо Вам врач о том, что у Вас был COVID-19?			
8. Проходили ли Вы пассивную терапию антителами (моноклональные антитела или реконвалесцентная сыворотка) в качестве средства для лечения COVID-19?			
9. Ослаблена ли у Вас иммунная система в связи с такими заболеваниями, как ВИЧ-инфекция или рак? Принимаете ли Вы иммуносупрессивные препараты или проходите ли Вы соответствующую терапию?			
10. Страдаете ли Вы нарушением свертываемости крови? Принимаете ли Вы антикоагулянты?			
11. Беременны ли Вы или кормите ли Вы грудью?			
12. Используете ли Вы дермальные наполнители?			

Форма проверена: _____

Дата _____

15/03/2021 CS321629-E

С признательностью адаптировано из контрольного списка вопросов для проверки, составленного Immunization Action Coalition (IAC, Коалиция действий по иммунизации)