

МСНД Бланк формы согласия и предварительные вопросы на вакцинацию против COVID-19 для лиц в возрасте 5-14 лет

Инструкция: Вся информация сохраняется в системе учёта вакцинированных граждан штата Alert IIS. **Пишите печатными буквами разборчиво.** Подписание этого документа означает, что вы прочитали или вам разъяснили информацию о прививке от COVID-19, содержащуюся в данной форме. У вас была возможность задать вопросы, на которые вы получили удовлетворительные ответы. Вы уверены, что понимаете преимущества и риски прививки от COVID-19, и вы просите сделать прививку вашему ребенку.

Фамилия ребенка		Имя		Второе имя/инициалы		Возраст	
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)		Электронная почта		Телефон			
Адрес с указанием улицы и номера дома			Город, штат, почтовый индекс				

Пол ребенка: Женский Мужской Афаб (женский пол, приспанный при рождении), Трансгендерный мужской, Транс-мужчина Амаб (мужской пол, приспанный при рождении), Трансгендерный женский, Транс-женщина Небинарный, Гендерквир, Гендерный экспансивный Другое: _____ Предпочитаю не раскрывать

Скрининг-вопросы: Если вы ответите «Да» на любой из перечисленных ниже вопросов, вам могут задать дополнительные вопросы	Да	Нет
1. Ваш ребёнок чувствует себя плохо сегодня?		
2. Наблюдались ли у вашего ребенка тяжелые аллергические реакции немедленного типа (анафилаксия) на какие-либо аллергены? Например, реакции, которые приходилось ему купировать эпинефрином (EpiPen®), или при которых требовалась госпитализация? Есть ли у него рецепт на EpiPen®?		
3. Наблюдались ли у вашего ребенка когда-либо немедленные аллергические реакции после укола какой-либо вакциной или любым другим препаратом? (Например, зуд в области губ, аллергическая сыпь или отёчность языка)		
4. Сколько вакцин против COVID-19 ваш ребенок получил в прошлом?		
Марка и дата выпуска вакцин:		
5. Имелись ли у вашего ребенка аллергические реакции после вакцины COVID-19 либо на полисорбат или полиэтиленгликоль (ПЭГ)?		
6. Наблюдался ли когда-либо у вашего ребенка мультисистемный воспалительный синдром (MIS-C)?		
7. Если это вторая доза вакцины Pfizer вашего ребенка, были ли у него какие-либо проблемы с сердцем после первой дозы вакцины? У вашего ребенка когда-нибудь раньше был миокардит (воспаление сердечной мышцы)?		
8. Есть ли у вашего ребенка нарушение свертываемости крови или принимает ли он антикоагулянты?		
9. Ваш ребенок страдает иммунодефицитным заболеванием средней или тяжелой степени?		

*Получили ли вы необходимую письменную информацию о вакцине против COVID-19, которую вводят сегодня?

Да Нет

Подпись родителя или опекуна: _____ Дата: _____

Фамилия родителя или опекуна печатными буквами: _____ Имя _____

ПРОСИМ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ: Ответственный взрослый должен оставаться с подростком в возрасте до 15 лет на протяжении всего процесса вакцинации. Если вы отправляете своего ребенка в клинику вакцинации с другим взрослым, вы должны подписать специальное [отдельное согласие](#) (это можно сделать по телефону, если у вас нет этой формы).

Staff use: 1 2 3 (immunocompromised) Booster (12 + years)

Reg initials _____

Фамилия _____ Имя _____ Второе имя (Отчество) _____

Эти вопросы являются необязательными, а ваши ответы конфиденциальными. Мы хотели бы, чтобы вы сообщили нам о своей расе и этнической принадлежности, чтобы мы могли найти и устранить неравенство в области здравоохранения и обслуживания.

Расовая и этническая принадлежность

1. Как вы определяете расу, этническую принадлежность, родовую принадлежность, страну происхождения или социальное происхождение вашего ребенка?

2. Что из перечисленного описывает расовую или этническую принадлежность вашего ребенка? Пожалуйста, выберите **ВСЕ** подходящие варианты.

Испаноязычные и латиноамериканцы

- Централоеамериканец
- Мексиканец
- Южноамериканец
- Другие испаноязычные и латиноамериканцы

Родом из коренного населения Гавайских или тихоокеанских островов

- Чаморро (житель Северных Марианских о-вов и о-ва Гуам в Тихом океане)
- Маршаллец (житель Маршалловых Островов)
- Житель Микронезии
- Коренной гаваец (коренной житель Гавайских островов)
- Самоанец (житель островов Самоа)
- Житель других Тихоокеанских островов

Белой расы

- Восточноевропейец
- Славянин
- Западноевропейец
- Другой белой расы

Родом из коренного населения Америки или Аляски

- Американский индеец
- Коренной житель Аляски
- Канадский инуит, метис или канадский индеец
- Коренной житель Мексики, Центральной Америки или Южной Америки

Черной расы и афроамериканского происхождения

- Афроамериканец
- Афро-карибец
- Эфиоп
- Сомалиец
- Другого афроамериканского происхождения (черной расы)
- Другой черной расы

Лица из стран Ближнего Востока или Северной Африки

- Выходец из стран Ближнего Востока
- Выходец из стран Северной Африки

Лица азиатского происхождения

- Индус
- Камбоджиец
- Китаец
- Мьянманец
- Филиппинец
- Хмонг
- Японец
- Кореец
- Лаотянин
- Выходец из стран Южной Азии
- Вьетнамец
- Лицо другого азиатского происхождения

Другие категории

- Другое (пожалуйста, уточните)

- Не знаю
- Не хочу отвечать.

3. Если вы отметили более одной категории из списка выше, можете ли назвать **одну**, которую вы считаете **основной** расовой или этнической идентичностью вашего ребенка?

- Да. Пожалуйста, обведите кружком основную расовую или этническую принадлежность вашего ребенка из списка выше.
- У него нет одной основной расовой или этнической принадлежности.
- Нет. Он идентифицируется как двухрасовый или многорасовый человек.
- НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ. Отмечена только одна категория выше.
- Не знаю
- Не хочу отвечать.