

ФОРМА MCHD ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ НА ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ COVID И ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ СКРИНИНГ-ВОПРОСЫ

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 вам прививку.

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

Пол:

- 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. Наблюдались ли у вас тяжелые аллергические реакции немедленного типа (например, анафилаксия) на какие-либо аллергены? Например, аллергические реакции, которые приходилось купировать эпинефрином (EpiPen), или при которых требовалась госпитализация? Есть ли у вас рецепт на EpiPen®?		
2. Наблюдались ли у вас когда-либо немедленные аллергические реакции после укола какой-либо вакциной или любым другим препаратом? (Например, зуд в области губ, аллергическая сыпь или отёчность языка)		
3. Сколько вакцин против COVID-19 вы получили в прошлом?		
Доза № 1 дата / марка	Доза № 2 дата / марка	
4. Имелись ли у вас аллергические реакции после вакцины COVID-19, полисорбата или полиэтиленгликоля (ПЭГ)?		
5. Наблюдался ли у вас мультисистемный воспалительный синдром (MIS-C ИЛИ MIS-A) в течение последних 90 дней?		
6. Получали ли вы терапию пассивными антителами (моноклональными антителами или сывороткой реконвалесцентом) в качестве лечения или защиты от COVID-19 в течение последних 90 дней?		
7. Если это ваша вторая доза вакцины Pfizer или Moderna, были ли у вас какие-либо проблемы с сердцем после первой дозы вакцины? У вас когда-нибудь раньше был миокардит (воспаление сердечной мышцы)?		
8. Возможно, у вас нарушение свертываемости крови или вы принимаете антикоагулянты?		

9. У вас когда-нибудь была тромбоцитопения, вызванная гепарином, или, возможно, вы лечили тромб в течение последних 6 месяцев?		
10. У вас когда-нибудь был синдром Гийена-Барре (СГБ) - серьезное нервное заболевание, вызывающее паралич?		

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

Участник, родитель или опекун Подпись: _____ Дата: _____

Фамилия родителя или опекуна печатными буквами: _____ Имя _____ Второе имя
(Отчество) _____

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).

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 свою расу, этническую принадлежность, родовую принадлежность, страну происхождения или социальное происхождение?

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

Испаноязычные и латиноамериканцы

- Централоамериканец
- 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 своей **основной** расовой или этнической идентичностью?

- Да. Пожалуйста, обведите кружком свою основную расовую или этническую принадлежность из списка выше.

- У меня нет одной основной расовой или этнической принадлежности.
- Нет. Я идентифицирую себя как двухрасового или многорасового человека.
- НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ. Я отметил только одну категорию выше.
- Не знаю
- Не хочу отвечать.