

Bộ Y Tế

Mẫu Ưng Thuận Tiêm Vắc Xin COVID-19

MẪU ƯNG THUẬN – Vắc xin COVID-19

Ấn bản 3.0 – 11 tháng 3, 2021

Họ		Tên		Căn cước (ví dụ số thẻ y tế)	
Phái: <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <input type="checkbox"/> Khác: _____				Y sĩ chăm sóc chính (Bác sĩ gia đình hoặc Y tá điều trị)	
If Indigenous, please indicate which Indigenous identity: <input type="checkbox"/> Thổ Dân da đỏ <input type="checkbox"/> Métis (bao gồm thành viên của tổ chức Métis hoặc định cư) <input type="checkbox"/> Inuk/ Inuit <input type="checkbox"/> Thổ dân khác, xin cho biết rõ _____ <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <input type="checkbox"/> Không biết					
Điện thoại nhà			Điện thoại di động		
Địa chỉ, tên đường			Thành phố		Tỉnh bang
					Mã bưu chính
Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____ / _____ / _____		Tuổi 		Đây là liều vắc xin thứ nhất hay thứ nhì của quý vị? <input type="checkbox"/> Thứ nhất <input type="checkbox"/> Thứ nhì Nếu là liều thứ nhì, xin cho biết ngày tiêm liều đầu tiên và tên của vắc xin đã tiêm: _____ / _____ / _____ (tháng, ngày, năm) Tên của vắc xin đã tiêm: _____	

Ứng Thuận Tiêm Vắc Xin

Tôi đã đọc (hoặc thông tin đã được đọc cho tôi nghe) và tôi hiểu Tập Tài Liệu Thông Tin Trước Khi Chủng Ngừa, bao gồm các tài liệu sau đây: 'Tờ Thông Tin Vắc Xin COVID-19' và 'Quý vị cần biết những gì về cuộc hẹn tiêm vắc xin Covid-19 của quý vị'.

- Tôi đã có cơ hội để đặt câu hỏi liên quan về vắc xin tôi đang tiêm và mọi thắc mắc của tôi đều đã được giải đáp thỏa đáng.

Tôi ứng thuận tiêm vắc xin, kể cả các liều được đề nghị trong loạt thuốc chủng ngừa.

- Tôi hiểu tôi có thể rút lại sự ứng thuận này bất cứ lúc nào.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi rút lại sự ứng thuận với tư cách là người thay mặt quyết định cho một cá nhân, thì tôi phải liên lạc với cơ sở cư trú tập thể (congregate setting) nơi cá nhân người đó cư ngụ.

Lưu ý: Xin vui lòng liên lạc với cơ sở chủng ngừa nơi quý vị sẽ được tiêm vắc xin Covid-19 nếu quý vị thay đổi ý kiến và không còn muốn ứng thuận để tiêm vắc xin nữa. Điều này sẽ cho phép một người khác được lấy chỗ của quý vị. Nếu sự ứng thuận đã được rút lại bởi một người quyết định thay cho một cá nhân hiện đang sống tại cơ sở cư trú tập thể, thì nhà cư trú tập thể phải liên lạc với đơn vị y tế công cộng tại địa phương.

Xác nhận việc Thu thập, Sử dụng và Tiết lộ Thông tin Y tế Cá nhân

Thông tin y tế cá nhân trong mẫu này đang được thu thập nhằm mục đích cung cấp sự chăm sóc và để lập hồ sơ chủng ngừa cho quý vị, và vì điều này cần thiết để quản lý chương trình tiêm chủng COVID-19 của Ontario. Thông tin này sẽ được sử dụng và tiết lộ cho các mục đích này, cũng như cho các mục đích được cho phép khác và nếu được yêu cầu bởi luật pháp. Ví dụ,

- thông tin sẽ được tiết lộ cho Giám Đốc Y Tế và cho các đơn vị y tế công cộng của Ontario khi mà sự tiết lộ là cần thiết theo mục đích của *Luật Bảo Vệ và Quảng Bá Y Tế (Health Protection and Promotion Act)*. Và
- thông tin có thể được tiết lộ, như một phần của hồ sơ y tế điện tử tỉnh bang của quý vị, cho các chuyên viên chăm sóc sức khỏe hiện đang chăm sóc cho quý vị.

Thông tin sẽ được lưu trữ trong hệ thống hồ sơ y khoa do Bộ Y Tế quản lý và kiểm soát.

Trong trường hợp cơ sở chích ngừa được điều hành bởi một bệnh viện, thì bệnh viện sẽ thu thập, sử dụng và tiết lộ thông tin của quý vị với tư cách là một cơ sở của Bộ Y Tế.

Tôi xác nhận tôi đã đọc và hiểu lời tuyên bố bên trên.

Quý vị có thể được liên lạc bởi bệnh viện, đơn vị y tế công cộng tại địa phương, hoặc Bộ Y Tế cho các mục đích có liên quan đến vắc xin COVID-19 (ví dụ, để nhắc quý vị về các cuộc hẹn theo dõi tiếp theo và để cung cấp cho quý vị một hồ sơ chủng ngừa). Nếu quý vị ưng thuận nhận các sự truyền đạt thông tin theo dõi tiếp theo này bằng email, xin vui lòng đánh dấu điều này vào ô dưới đây.

Tôi ưng thuận nhận các thông tin theo dõi tiếp theo:

bằng email

bằng tin nhắn/SMS

Nếu chọn liên lạc bằng email, xin cho biết địa chỉ email của quý vị: _____

Ưng Thuận Để Được Liên Lạc Về Các Cuộc Nghiên Cứu

Quý vị có sự chọn lựa ưng thuận được liên lạc bởi các nhà nghiên cứu để tham gia trong các cuộc nghiên cứu tìm hiểu về vắc xin COVID-19. Nếu quý vị ưng thuận để được liên lạc, thông tin cá nhân của quý vị sẽ được dùng để xác định xem các cuộc nghiên cứu nào có thể thích hợp cho quý vị, và tên cũng như thông tin để liên lạc sẽ được tiết lộ cho các nhà nghiên cứu. Ưng thuận để được liên lạc về các cuộc nghiên cứu không có nghĩa là quý vị đã ưng thuận để tham gia trong chính cuộc nghiên cứu. Tham gia trong cuộc nghiên cứu là điều tự nguyện. Quý vị có thể từ chối ưng thuận để được liên lạc về các cuộc nghiên cứu mà không ảnh hưởng gì đến việc đủ điều kiện để được tiêm vắc xin COVID-19 của quý vị.

Nếu quý vị không muốn được liên lạc về các cuộc nghiên cứu, xin hãy cho biết điều này dưới đây.

Nếu quý vị ưng thuận để được liên lạc về các cuộc nghiên cứu, và sau đó thay đổi ý kiến của quý vị, quý vị có thể rút lại sự ưng thuận của quý vị bất cứ lúc nào bằng cách liên lạc với Bộ Y Tế theo địa chỉ vaccine@ontario.ca.

Điều này sẽ không ảnh hưởng để sự hội đủ điều kiện của quý vị để được tiêm vắc xin Covid-19.

Tôi ưng thuận để được liên lạc về các cuộc nghiên cứu tìm hiểu có liên quan đến vắc xin COVID-19:

bằng email

bằng tin nhắn/SMS

bằng điện thoại

bằng thư

Nếu chọn liên lạc bằng email, xin cho biết địa chỉ email của quý vị: _____

Tôi không ưng thuận để được liên lạc về các cuộc nghiên cứu tìm hiểu có liên quan đến vắc xin COVID-19:

Chữ ký	Ghi tên họ	Ngày ký tên
--------	------------	-------------

Nếu ký tên cho một người nào khác hơn chính quý vị, xin cho biết quan hệ của quý vị với người mà quý vị ký tên thay cho họ:

Nếu ký tên cho một người nào khác hơn chính bản thân tôi, tôi xác nhận tôi là phụ huynh / người giám hộ hợp pháp hoặc người thay mặt quyết định.

Các Vấn Đề Cụ Thể về: Luật Nhà Chăm Sóc Dài Hạn, 2007

Sự ưng thuận của người ở trong nhà chăm sóc dài hạn có thể được rút lại hoặc hủy bỏ bất cứ lúc nào.

Câu tuyên bố liên quan đến đoạn 83 của Luật:

Xin lưu ý về sự bảo vệ pháp lý sau đây:

Mỗi chủ cơ sở chăm sóc dài hạn được cấp phép hoạt động phải bảo đảm không có bất cứ ai được bảo rằng hoặc khiến để tin rằng một người có khả năng để được vào ở trong nhà chăm sóc dài hạn sẽ bị từ chối không cho vào ở hoặc một người sẽ bị cho ra khỏi nhà chăm sóc dài hạn vì,

- a) đã không có ký một tài liệu;
- b) một thỏa thuận đã bị hủy bỏ; hoặc
- c) một sự ưng thuận hoặc chỉ thị liên quan đến sự điều trị hoặc chăm sóc đã được đưa ra, không được đưa ra, rút lại hoặc thu hồi.

FOR CLINIC USE ONLY			
Agent COVID-19	Product Name	Lot #	Dose Amount:
Anatomical Site <input type="checkbox"/> Left deltoid <input type="checkbox"/> Right deltoid		Route Intramuscular (IM)	Dose #:
Date Given ____ / ____ / ____ (m/d/yyyy)		Time Given ____ : ____ am pm	AEFI? (after receiving current dose) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Given By (Name, Designation)		Location	Authorized By
Reason for Immunization	<input type="checkbox"/> Healthcare Worker <input type="checkbox"/> LTC: Resident <input type="checkbox"/> LTC: Healthcare Worker <input type="checkbox"/> LTC: Other Non- Employee <input type="checkbox"/> RH: Healthcare Worker <input type="checkbox"/> RH: Resident <input type="checkbox"/> RH: Essential Caregiver <input type="checkbox"/> RH: Other Non-Employee <input type="checkbox"/> Advanced Age: Community Dwelling <input type="checkbox"/> Adult of Chronic Health Care <input type="checkbox"/> Indigenous Community <input type="checkbox"/> Other Priority Population <input type="checkbox"/> Congregate Living: Resident <input type="checkbox"/> Congregate Living: Staff <input type="checkbox"/> Congregate Living: Essential Caregiver		
Reason Immunization Not Given	<input type="checkbox"/> Immunization is contraindicated <input type="checkbox"/> Practitioner recommends immunization but no PATIENT consent <input type="checkbox"/> Practitioner decision to temporarily defer immunization <input type="checkbox"/> Medically ineligible <input type="checkbox"/> Patient withdrew consent for series		
Your dose 2 of 2 is scheduled for:	____ / ____ / ____ (m/d/yyyy) ____ : ____ am pm		