

Ministry of Health - Ontario

แบบฟอร์มยินยอมรับวัคซีนโควิด-19

(COVID-19 Vaccine Consent Form)

นามสกุล	ชื่อ	เลขบัตรประจำตัว (เช่น เลขบัตรสุขภาพ)	
เพศ: <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการตอบ <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____		บุคลากรทางการแพทย์ปฐมภูมิ (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ)	
หากเป็นชนพื้นเมือง กรุณาระบุอัตลักษณ์: <input type="checkbox"/> กลุ่มปฐมชาติ <input type="checkbox"/> มีทิส (รวมถึงสมาชิกขององค์กรหรือนิคมมีทิส) <input type="checkbox"/> อินุค/อินุอิต <input type="checkbox"/> ชนพื้นเมืองอื่น กรุณาระบุ: _____ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการตอบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			
หมายเลขโทรศัพท์บ้าน	หมายเลขโทรศัพท์มือถือ		
บ้านเลขที่	เมือง	จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
วันเกิด (เดือน/วัน/ปี) _____/_____/_____ _____	อายุ	วัคซีนที่ได้รับนี้เป็นเข็มแรกหรือเข็มที่สองของคุณ? <input type="checkbox"/> เข็มแรก <input type="checkbox"/> เข็มที่สอง ในกรณีเป็นเข็มที่สอง กรุณาระบุวันที่ได้รับเข็มแรกและชื่อบริษัทผู้ผลิตวัคซีน: -----/-----/----- (เดือน/วัน/ปี) ชื่อบริษัทผู้ผลิตวัคซีน: _____	

คำยินยอมรับวัคซีน

ข้าพเจ้าได้อ่าน (หรือได้รับการอ่านให้ฟัง) และข้าพเจ้าเข้าใจชุดเอกสารเตรียมตัวรับการฉีดวัคซีน รวมถึงเอกสารต่อไปนี้: “เอกสารข้อมูลวัคซีนโควิด-19” และ “สิ่งที่ต้องทราบเกี่ยวกับการนัดหมายฉีดวัคซีนโควิด-19”

-
ข้าพเจ้ามีโอกาสถามคำถามเกี่ยวกับวัคซีนที่ข้าพเจ้ากำลังจะได้รับและได้รับคำตอบจนทำให้ข้าพเจ้าพึงพอใจแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมรับวัคซีน รวมทั้งปริมาณวัคซีนที่แนะนำมาทั้งหมดในชุด

- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าสามารถเพิกถอนความยินยอมนี้ได้ทุกเมื่อ
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมในฐานะผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ข้าพเจ้าต้องติดต่อสถานที่เสี่ยงที่บุคคลนั้นพำนักอาศัยอยู่

หมายเหตุ: กรุณาติดต่อสถานพยาบาลที่คุณจะได้รับวัคซีนโควิด-19

หากคุณเปลี่ยนใจและไม่ยินยอมรับวัคซีนนี้อีกต่อไป

การกระทำนี้จะช่วยให้บุคคลอื่นมีโอกาสเข้ารับการฉีดวัคซีนแทนคุณได้

หากมีการเพิกถอนความยินยอมโดยผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่พำนักอาศัยอยู่ในสถานที่เสี่ยง สถานที่ดังกล่าวต้องติดต่อหน่วยงานสาธารณสุขประจำท้องถิ่น

การรับทราบถึงแนวทางการเก็บรวบรวม การใช้ และการเปิดเผยข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล

ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลในแบบฟอร์มนี้จะถูกเก็บรวบรวมเพื่อวัตถุประสงค์ในการดูแลและจัดทำบันทึกการฉีดวัคซีนให้กับคุณ และเนื่องจากเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการบริหารจัดการโปรแกรมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของออนแทรีโอ ข้อมูลนี้จะถูกใช้และเปิดเผยเพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าว ตลอดจนวัตถุประสงค์อื่นๆ ที่กฎหมายอนุญาตและกำหนดไว้ ตัวอย่างเช่น

-
ข้อมูลนี้จะถูกเปิดเผยต่อหัวหน้าเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ฝ่ายงานด้านสุขภาพและหน่วยงานด้านสาธารณสุขของออนแทรีโอ

ซึ่งการเปิดเผยข้อมูลนี้เป็นสิ่งจำเป็นตามวัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองและการส่งเสริมสุขภาพ และ

- เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกข้อมูลสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ประจำจังหวัดของคุณ ข้อมูลนี้อาจมีการเปิดเผยต่อผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขที่ให้การดูแลแก่คุณ

ข้อมูลนี้จะถูกจัดเก็บไว้ในระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพภายใต้การดูแลและควบคุมของกระทรวงสาธารณสุข

ในกรณีที่โรงพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการสถานพยาบาลฉีดวัคซีน โรงพยาบาลดังกล่าวจะเป็นผู้เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลของคุณในฐานะตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความข้างต้นแล้ว

คุณอาจได้รับการติดต่อจากโรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุขประจำท้องถิ่น หรือกระทรวงสาธารณสุข เพื่อวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนโควิด-19 (เช่น เพื่อแจ้งให้คุณทราบเกี่ยวกับวันนัดหมายเพื่อติดตามผลและให้บันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีนแก่คุณ เป็นต้น) หากคุณยินยอมให้มีการติดต่อเพื่อการติดตามผลดังกล่าวผ่านทางอีเมล กรุณาระบุโดยใช้ช่องด้านล่างนี้

ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการติดต่อเพื่อการติดตามผลผ่านทาง:
 อีเมล ข้อความ/SMS

ในกรณีที่เลือกให้มีการติดต่อผ่านทางอีเมล กรุณาระบุที่อยู่อีเมล: _____

คำยินยอมให้มีการติดต่อเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

คุณสามารถเลือกยินยอมให้มีการติดต่อจากนักวิจัยเกี่ยวกับการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนโควิด-19 ได้ หากคุณยินยอมให้มีการติดต่อ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของคุณจะถูกนำไปใช้เพื่อพิจารณาว่าการศึกษาวิจัยใดที่อาจเกี่ยวข้องกับคุณ รวมทั้งชื่อและข้อมูลการติดต่อของคุณจะถูกเปิดเผยต่อนักวิจัย การยินยอมให้มีการติดต่อเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยไม่ได้หมายความว่าคุณได้ยินยอมที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย การเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้จะขึ้นอยู่กับความสมัครใจ คุณอาจปฏิเสธไม่ยินยอมให้มีการติดต่อเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยได้ โดยจะไม่มีผลต่อสิทธิ์ในการรับวัคซีนโควิด-19

หากคุณไม่ต้องการให้มีการติดต่อเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย กรุณาระบุด้านล่าง

หากคุณยินยอมให้มีการติดต่อเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยนี้แล้วแต่เปลี่ยนใจในภายหลัง คุณสามารถเพิกถอนความยินยอมได้ทุกเมื่อโดยติดต่อกับกระทรวงสาธารณสุขผ่านทางอีเมลได้ที่ vaccine@ontario.ca ทั้งนี้จะไม่มีผลต่อสิทธิ์ในการรับวัคซีนโควิด-19 ของคุณแต่อย่างใด

ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการติดต่อเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนโควิด-19 ผ่านทาง:

อีเมล ข้อความ/SMS โทรศัพท์ ไปรษณีย์

ในกรณีที่เลือกให้มีการติดต่อผ่านทางอีเมล กรุณาระบุที่อยู่อีเมล: _____

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้มีการติดต่อเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19

ลายเซ็น

ชื่อ-สกุลตัวบรรจง

วันที่ลงนาม

หากลงนามแทนบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ตัวคุณเอง กรุณาระบุความสัมพันธ์ของคุณกับบุคคลดังกล่าว:

หากลงนามแทนบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ตัวเอง ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้าเป็นบิดามารดา/ผู้ปกครองตามกฎหมาย หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน