

COVID-19 疫苗的接种前检查表



对于疫苗接种者：

以下问题将帮助我们确定是否有任何使得您今天不应该接种 COVID-19 疫苗的原因。**如果您对任何问题的回答为“是”，也不一定意味着您不应接种疫苗。**只是表示可能会询问其他问题。如果某个问题不清楚，请要求您的医疗保健提供者进行解释。

姓名 _____

年龄 _____

	是	否	不知道
1. 您今天感觉不舒服吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您是否已经接受过一剂 COVID-19 疫苗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 如果是，您接种了哪种疫苗产品？			
<input type="checkbox"/> Pfizer			
<input type="checkbox"/> Moderna			
<input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson)			
<input type="checkbox"/> 其他产品 _____			
• 您是否带了您的疫苗接种记录卡或其他文件？（是/否）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 您是否对以下物质发生过过敏反应：			
(这可能包括需要肾上腺素或 EpiPen® 治疗或导致您去医院的重度过敏反应[例如，过敏症]。还包括可导致荨麻疹、肿胀或呼吸窘迫的过敏反应，包括喘息。)			
• COVID-19 疫苗的组分，包括以下任何一种：			
◦ 聚乙二醇 (PEG)，可见于某些药物中，例如泻药和用于结肠镜检查的制剂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◦ 聚山梨酯，可见于一些疫苗、薄膜衣片和静脉注射类固醇中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 既往接种过一剂 COVID-19 疫苗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 您是否对另一种疫苗（不是 COVID-19 疫苗）或注射药物有过过敏反应？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(这可能包括需要肾上腺素或 EpiPen® 治疗或导致您去医院的重度过敏反应[例如，过敏症]。还包括可导致荨麻疹、肿胀或呼吸窘迫的过敏反应，包括喘息。)			
5. 勾选所有适用于您的选项：			
<input type="checkbox"/> 是年龄在 18 至 49 岁之间的女性			
<input type="checkbox"/> 是年龄在 12 至 29 岁之间的男性			
<input type="checkbox"/> 有心肌炎或心包炎病史			
<input type="checkbox"/> 对疫苗或注射疗法以外的物质有严重的过敏反应，如食物、宠物、毒液、环境或口服药物过敏			
<input type="checkbox"/> 患过 COVID-19 并接受了单克隆抗体或恢复期血清的治疗			
<input type="checkbox"/> 感染 COVID-19 后被诊断为多系统炎症综合征（MIS-C 或 MIS-A）			
<input type="checkbox"/> 免疫系统功能减弱（即 HIV 感染、癌症）或正在使用免疫抑制药物或治疗			
<input type="checkbox"/> 患有出血性疾病			
<input type="checkbox"/> 服用血液稀释剂			
<input type="checkbox"/> 有肝素诱导的血小板减少症 (HIT) 病史			
<input type="checkbox"/> 目前正处于怀孕或哺乳期			
<input type="checkbox"/> 曾接受皮肤填充剂			
<input type="checkbox"/> 吉兰-巴雷综合征 (GBS) 病史			

表格审查人 _____

日期 _____