



Australian Government

## COVID-19 VACCINATION

# 新冠疫苗接种同意书

## 新冠疫苗接种简介

新冠（COVID-19）疫苗接种者患染新冠疾病的概率会降低许多。

接种新冠疫苗免费。接种者可自主选择是否要接种疫苗。

该疫苗采用手臂肌肉注射的方式接种。接种者需先后接种两剂疫苗。目前，疫苗的品牌有多种。接种者两次需接种同一品牌的疫苗。施打疫苗的医务人员会告知您何时需要接种第二剂疫苗。

为确保疫苗的安全性，医学专家已对新冠疫苗进行研究。接种疫苗后的大部分副作用都比较轻微，不会持续很久。就像任何疫苗或药物一样，接种新冠疫苗可能会出现罕见和/或未知的副作用。

接种疫苗后，可向医疗保健机构通报任何副作用，如手臂疼痛、头痛、发烧或其他问题。如果出现了令您担忧的副作用，请致电咨询医生。接种疫苗后的一周内，相关机构可能会联系您，查看您的情况。

有些人接种疫苗后仍可能感染新冠病毒。因此，为阻止新冠病毒的传播，您仍须遵守所在州或领地要求的公共卫生预防措施，其中包括：

- 保持社交距离——与他人保持至少 1.5 米的距离
- 勤用肥皂洗手，或使用免冲洗手液
- 遵守所在州或领地出台有关佩戴口罩的建议
- 如果出现类似感冒或流感的症状，请待在家中并安排接受新冠检测。

根据澳大利亚法律的规定，疫苗接种机构须将所有疫苗接种记录在 澳大利亚免疫登记册 (Australian Immunisation Register) 上。您可通过以下方式在线查看个人疫苗接种记录：

- Medicare 账户
- MyGov 账户
- MyHealthRecord 账户

## 接种疫苗所提供个人信息的使用方式

有关个人信息的收集、存储和使用方式介绍，请访问 <https://www.health.gov.au/covid19-vaccines>

## 接种疫苗当天注意事项

如果您有以下情况，请在接种疫苗之前，告知为您施打疫苗的医务人员：

- 有任何过敏症，尤其是过敏性休克（严重的过敏反应）。过敏是指当靠近或接触某样东西时，身体会产生反应，并会迅速感到不适。这可能包括瘙痒性皮疹、舌头肿大、呼吸加快、喘鸣或心跳加快。
- 目前使用或曾经使用过肾上腺素笔（Epi Pen）
- 免疫功能低下。免疫系统变弱可能会导致身体更难抵抗感染和其他疾病。有时，患有糖尿病或癌症等疾病，或者服用治疗癌症的药物等特定药物或治疗方法，可能会导致免疫系统功能低下。

是 否

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 是否对任何东西有严重的过敏反应，特别是过敏性休克，或者是否随身携带或医生为您开具了肾上腺素自动注射器（EpiPen）？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 以往接种疫苗时是否出现过过敏反应？   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 以前是否感染过新冠疾病（COVID-19）？                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 是否有出血性疾病？   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 是否服用任何稀释血液的药物吗（抗凝疗法）？                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 免疫系统是否很弱（免疫功能低下）？   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 是否已怀孕（将要生孩子）或者觉得自己可能怀孕了？                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 是否计划怀孕生子？   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 是否在哺育婴儿？  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 是否因咳嗽、喉咙痛、发烧而生病或因其他症状而感到不适？                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 以前是否接种过新冠疫苗？  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 在过去 14 天内是否接受过其他疫苗接种？                                       |

在接种新冠疫苗之前，如果有任何问题或疑虑，请咨询医生。

## 患者信息

姓名：

Medicare 号码：

出生日期：

地址：

联系电话：

电邮：

性别：

您是原住民和/或托雷斯海峡岛民吗？

- 是的，仅是原住民
- 是的，仅是托雷斯海峡岛民
- 是的，既是原住民，也是托雷斯海峡岛民
- 不是
- 无可奉告

直近亲属（紧急联系人）：

姓名：

联系电话：

## 同意接种新冠疫苗

- 我确认已收到并理解向我提供的关于新冠疫苗接种的信息
- 我确认上述状况均不适用，或者我已与平时使用的医疗保健机构和/或疫苗接种服务机构讨论过上述和/或任何其他特殊情况
- 我同意接种一个疗程的新冠疫苗接种（两剂相同的疫苗）

患者姓名：

患者签字： \_\_\_\_\_

日期：

- 我是该患者的法定监护人或法定替代决策者，并同意为上述患者接种新冠疫苗

法定监护人/法定替代决策者姓名：

法定监护人/法定替代决策者签字： \_\_\_\_\_

日期：

## 仅供机构使用:

**第 1 剂:** 疫苗接种日期:

接种时间:

施打新冠疫苗品牌:

批号:

序列号:

接种部位:

接种服务机构名称:

**第 2 剂:** 疫苗接种日期:

接种时间:

施打新冠疫苗品牌:

批号:

序列号:

接种部位:

接种服务机构名称: