Australian Government

COVID-19 VACCINATION

Έντυπο συγκατάθεσης για τον εμβολιασμό κατά της COVID-19

Πριν συμπληρώσετε αυτό το έντυπο βεβαιωθείτε ότι έχετε διαβάσει το φύλλο πληροφοριών για το εμβόλιο που θα λάβετε, είτε το Εμβόλιο AstraZeneca κατά της COVID-19 είτε το Comirnaty της Pfizer.

Σχετικά με τον εμβολιασμό κατά της COVID-19

Οι άνθρωποι που εμβολιάζονται κατά της COVID-19 έχουν πολύ μικρότερη πιθανότητα να νοσήσουν από τη νόσο COVID-19.

Υπάρχουν δύο μάρκες εμβολίων που χρησιμοποιούνται στην Αυστραλία. Και τα δύο εμβόλια είναι αποτελεσματικά και ασφαλή. Το εμβόλιο Comirnaty της Pfizer προτιμάται από το Εμβόλιο AstraZeneca για τους ενήλικες κάτω των 60 ετών.

Πρέπει να λάβετε δύο δόσεις της ίδιας μάρκας εμβολίου. Το άτομο που σας εμβολιάζει θα σας ενημερώσει πότε πρέπει να κάνετε το δεύτερο εμβόλιο.

Ιατρικοί εμπειρογνώμονες έχουν μελετήσει τα εμβόλια κατά της COVID-19 για να βεβαιώσουν ότι είναι ασφαλή. Οι περισσότερες παρενέργειες (ανεπιθύμητες ενέργειες) από το εμβόλιο είναι ήπιες. Μπορεί να ξεκινήσουν την ημέρα του εμβολιασμού και να διαρκέσουν περίπου 1-2 ημέρες. Όπως συμβαίνει με οποιοδήποτε εμβόλιο ή φάρμακο, ενδέχεται να υπάρξουν σπάνιες ή/και άγνωστες παρενέργειες.

Έχει αναφερθεί μια πολύ σπάνια παρενέργεια πήξης του αίματος (θρόμβωση) με χαμηλά επίπεδα αιμοπεταλίων (θρομβοπενία) μετά τον εμβολιασμό με το Εμβόλιο AstraZeneca. Αυτό δεν παρατηρείται μετά τον εμβολιασμό με εμβόλιο Comirnaty (Pfizer). Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον κίνδυνο από αυτή τη σπάνια πάθηση, δείτε το φυλλάδιο πληροφοριών 'Πληροφορίες για το εμβόλιο AstraZeneca κατά της COVID-19'.

Ενημερώστε τον πάροχό σας φροντίδας υγείας αν έχετε παρουσιάσει παρενέργειες μετά από εμβολιασμό που σας ανησυχούν. Μπορεί να επικοινωνήσουμε μαζί σας με γραπτό μήνυμα SMS εντός της εβδομάδας μετά τον εμβολιασμό για να μάθουμε πώς αισθάνεστε.

Ορισμένα άτομα ενδέχεται να προσβληθούν από την COVID-19 ακόμα και μετά τον εμβολιασμό. Πρέπει να εξακολουθήσετε να εφαρμόζετε τις προφυλάξεις δημόσιας υγείας, όπως απαιτείται στην πολιτεία ή την επικράτειά σας, για να σταματήσετε τη μετάδοση της COVID-19, συμπεριλαμβανομένων των εξής:

Ονοματεπώνυμο:												
Αριθμός Medicare:												

- να τηρείτε την απόσταση σας — μένετε τουλάχιστον 1,5 μέτρο απόσταση από άλλα άτομα
- να πλένετε τα χέρια σας τακτικά με σαπούνι και νερό, ή να χρησιμοποιείτε απολυμαντικό των χεριών
- να φοράτε μάσκα,
- να μείνετε στο σπίτι εάν είστε αδιάθετοι με συμπτώματα κρυολογήματος ή γρίπης και κανονίστε να κάνετε εξέταση για την COVID-19.

Οι πάροχοι εμβολιασμού καταγράφουν όλους τους εμβολιασμούς στο Αυστραλιανό Μητρώο Εμβολιασμών, όπως απαιτείται από την αυστραλιανή νομοθεσία. Μπορείτε να δείτε το μητρώο των εμβολιασμών σας στο διαδίκτυο (online) μέσω:

- Του λογαριασμού σας Medicare
- Του λογαριασμού σας MyGov
- Του λογαριασμού σας MyHealthRecord.

Πώς χρησιμοποιούνται οι πληροφορίες που παρέχετε

Για πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο συλλογής, αποθήκευσης και χρήσης των προσωπικών σας πληροφοριών επισκεφθείτε το www.health.gov.au/covid19-privacy.

Την ημέρα που θα λάβετε το εμβόλιο σας

Πριν εμβολιαστείτε, ενημερώστε το άτομο που θα σας κάνει το εμβόλιο:

- Εάν είχατε αλλεργική αντίδραση, ιδιαίτερα αναφυλαξία (σοβαρή αλλεργική αντίδραση) σε προηγούμενη δόση εμβολίου κατά της COVID-19, σε συστατικό εμβολίου κατά της COVID-19 ή σε άλλα εμβόλια ή σε φάρμακα.
- Εάν έχετε ανοσοσυμβιβασμό. Αυτό σημαίνει ότι έχετε εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα που μπορεί να σας δυσκολεύσει να καταπολεμήσετε λοιμώξεις και άλλες νόσους. Μπορείτε να λάβετε εμβόλιο κατά της COVID-19, αλλά μπορεί να θέλετε να σκεφτείτε την καλύτερη χρονική στιγμή να εμβολιαστείτε ανάλογα με την πάθηση που έχετε ή/και τη θεραπεία που κάνετε.

Ναι	Όχι	
☐	☐	Είχατε υποστεί αλλεργική αντίδραση στο παρελθόν μετά από δόση εμβολίου κατά της COVID-19;
☐	☐	Είχατε υποστεί αναφυλαξία σε άλλο εμβόλιο ή φάρμακο;
☐	☐	Πάσχετε από διαταραχή ιστιοκυτάρρων;
☐	☐	Είχατε προσβληθεί στο παρελθόν από την COVID-19;
☐	☐	Πάσχετε από διαταραχή αιμορραγίας;
☐	☐	Παίρνετε κάποιο φάρμακο για να αραιώσετε το αίμα σας (αντιπηκτική αγωγή);
☐	☐	Έχετε εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα (ανοσοσυμβιβασμένο);
☐	☐	Είστε έγκυος; *
☐	☐	Έχετε αρρωστήσει με συμπτώματα βήχα, πονόλαιμου, πυρετού ή αισθάνεστε αδιάθετοι με άλλο τρόπο;
☐	☐	Είχατε εμβολιαστεί στο παρελθόν κατά της COVID-19;

Ονοματεπώνυμο:												
Αριθμός Medicare:												

☐ ☐ Έχετε λάβει κάποιο άλλο εμβόλιο τις τελευταίες 7 ημέρες;

Σχετικές μόνο για το εμβόλιο AstraZeneca κατά της COVID-19.

☐ ☐ Είχατε υποστεί στο παρελθόν θρόμβωση εγκεφαλικού φλεβικού κόλπου; *

☐ ☐ Είχατε υποστεί στο παρελθόν θρομβοπενία που προκλήθηκε από ηπαρίνη; *

☐ ☐ Είχατε ποτέ θρόμβους αίματος στις κοιλιακές φλέβες; *

☐ ☐ Είχατε ποτέ αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο που σχετίζεται με θρόμβους αίματος; *

☐ ☐ Είστε κάτω των 60 ετών; *

* Εάν δεν είναι διαθέσιμο το εμβόλιο Comirnaty, τότε μπορεί να εξεταστεί η χρήση του εμβολίου AstraZeneca γι' αυτές τις ομάδες, εάν τα οφέλη του εμβολιασμού υπερτερούν αυτά των κινδύνων. Για περισσότερες πληροφορίες, δείτε το: Φύλλο πληροφοριών ασθενών για το εμβόλιο COVID-19 της AstraZeneca και την TTS.

Προσωπικές πληροφορίες ασθενή

Ονοματεπώνυμο:												
Αριθμός Medicare:												
Ατομικό Αναγνωστικό Υγείας (IHI), εάν ισχύει:												
Ημερομηνία γέννησης:												
Διεύθυνση κατοικίας:												
Αριθμός τηλεφώνου:												
e-mail:												
Γένος/φύλο:												

Γλώσσα που μιλάτε στο σπίτι:	
Χώρα γέννησης:	

Είστε Αβορίγινας ή/και Νησιώτης του Πορθμού Τόρες;

☐ Ναι, μόνο Αβορίγινας
☐ Ναι, μόνο Νησιώτης του Πορθμού Τόρες
☐ Ναι, Αβορίγινας και Νησιώτης του Πορθμού Τόρες

Ονοματεπώνυμο:												
Αριθμός Medicare:												

☐ Όχι
☐ Προτιμώ να μην απαντήσω

Συγγενής (σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού):	
Ονοματεπώνυμο:	
Αριθμός τηλεφώνου:	

Συναινώ να λάβω το εμβόλιο κατά της COVID-19

☐ Επιβεβαιώνω ότι έχω λάβει και κατανοήσει τις πληροφορίες που μου χορηγήθηκαν σχετικά με τον εμβολιασμό κατά της COVID-19

☐ Επιβεβαιώνω ότι δεν ισχύει καμία από τις παραπάνω καταστάσεις, ή ότι έχω συζητήσει αυτές ή/και άλλες ειδικές περιστάσεις με τον τακτικό πάροχό μου φροντίδας υγείας ή/και με τον πάροχο υπηρεσιών εμβολιασμού

☐ Συμφωνώ να λάβω όλες τις δόσεις του εμβολίου κατά της COVID-19 (δύο δόσεις του ίδιου εμβολίου)

Ονοματεπώνυμο ασθενή:	
Υπογραφή ασθενή:	
Ημερομηνία:	

☐ Είμαι ο νόμιμος κηδεμόνας του/της ασθενή ή ο νόμιμος αντικαταστάτης υπεύθυνος λήψης αποφάσεων και συμφωνώ στον εμβολιασμό κατά της COVID-19 του προαναφερόμενου ασθενή

Ονοματεπώνυμο νόμιμου κηδεμόνα/αντικαταστάτη υπεύθυνου λήψης αποφάσεων:	
Υπογραφή νόμιμου κηδεμόνα/αντικαταστάτη υπεύθυνου λήψης αποφάσεων:	
Ημερομηνία:	

Ονοματεπώνυμο:												
Αριθμός Medicare:												

Για χρήση από τον πάροχο:

Δόση 1:

Ημερομηνία χορήγησης εμβολίου:	
Ώρα λήψης:	
Μάρκα του χορηγηθέντος εμβολίου κατά της COVID- 19:	
Αρ. παρτίδας:	
Αύξων αριθμός:	
Τοποθεσία χορήγησης εμβολιασμού:	
Όνομα του παρόχου υπηρεσιών εμβολιασμού:	

Δόση 2:

Ημερομηνία χορήγησης εμβολίου:	
Ώρα λήψης:	
Μάρκα του χορηγηθέντος εμβολίου κατά της COVID- 19:	
Αρ. παρτίδας:	
Αύξων αριθμός:	
Τοποθεσία χορήγησης εμβολιασμού:	
Όνομα του παρόχου υπηρεσιών εμβολιασμού:	

Τελευταία ενημέρωση: 2 Ιουνίου 2021

Ονοματεπώνυμο:												
Αριθμός Medicare:												