

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存在任何阻止您今天接种 COVID-19 疫苗的原因。

如果您对任何问题的回答为“是”，并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。如果问题不清楚，请要求您的医疗保健提供者进行解释。

患者姓名 _____

年龄 _____

是 否 不知道

1. 您今天感觉不舒服吗?			
2. 您是否接受过一剂 COVID-19 疫苗?			
• 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 _____			
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]。还包括在 4 小时内发生的过敏反应，可导致荨麻疹、肿胀或呼吸窘迫，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			
○ 聚山梨酯，可见于一些疫苗、薄膜衣片和静脉注射类固醇中。			
• 既往接种过一剂 COVID-19 疫苗。			
• 含有多种成分的疫苗或注射疗法，其中一种是 COVID-19 疫苗成分，但尚不清楚哪种成分引起速发型反应。			
4. 您是否对另一种疫苗（除 COVID-19 疫苗）或注射药物有过敏反应? (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]。还包括在 4 小时内发生的过敏反应，可导致荨麻疹、肿胀或呼吸窘迫，包括喘息。)			
5. 您是否曾对 COVID-19 疫苗的组分或任何疫苗或注射药物以外的物质发生过重度过敏反应（例如，过敏症）？这可能包括食物、宠物、毒液、环境或口服药物过敏。			
6. 在过去 14 天内，您是否接种过任何疫苗?			
7. 您的 COVID-19 检测是否曾经呈阳性，或者有医生告诉您您曾经感染过 COVID-19?			
8. 您是否接受过被动抗体治疗（单克隆抗体或恢复期血清）作为 COVID-19 的治疗?			
9. 您的免疫系统是否因 HIV 感染或癌症等原因而减弱，或者您是否使用免疫抑制药物或疗法?			
10. 您是否患有出血性疾病或正在服用血液稀释剂?			
11. 您是否妊娠或哺乳?			
12. 您是否有皮肤填充剂?			

表格审查人 _____

日期 _____