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？	☐	☐	☐
2. 您是否已经接受过一剂 COVID-19 疫苗？	☐	☐	☐
• 如果是，您接种了哪种疫苗产品？ ☐ Pfizer-BioNTech ☐ Moderna ☐ Janssen *(Johnson & Johnson)* ☐ 其他产品 _____			
• 您已经接受了几剂 COVID-19 疫苗？ _____			
• 您是否带来了您的疫苗接种记录卡或其他文件？	☐	☐	
3. 您是否有病症或正在接受治疗，使您的免疫功能受到中度或严重损伤？ *（这将包括针对癌症或艾滋病的治疗、接受器官移植、免疫抑制疗法或高剂量皮质类固醇、CAR-T-细胞疗法、造血干细胞移植 [HCT]、迪乔治症候群或湿疹血小板减少伴免疫缺陷）*	☐	☐	☐
4. 自接种 COVID-19 疫苗以来，您是否接受过造血干细胞移植 (HCT) 或 CAR-T-细胞治疗？	☐	☐	☐
5. 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	☐	☐	☐
○ 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	☐	☐	☐
6. 您是否对另一种疫苗 *（不是 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]。还包括可导致荨麻疹、肿胀或呼吸窘迫的过敏反应，包括喘息。）*	☐	☐	☐

7. 勾选所有适用于您的选项：

- ☐ 是年龄在 12 至 39 岁之间的男性
- ☐ 有心肌炎或心包炎病史
- ☐ 感染 COVID-19 后被诊断为多系统炎症综合症（MIS-C 或 MIS-A）
- ☐ 患有出血性疾病
- ☐ 服用血液稀释剂
- ☐ 有吉兰-巴雷综合征 (GBS) 病史

表格审查人 _____ **日期** _____

在免疫行动联盟 (IAC) 筛选检查表的基础上进行改编，对此表示感谢