

# Hurstville Highpoint Medical Centre

## 康源醫療中心

### 新冠疫苗接种同意书

姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

#### 同意书核查表

是	否	
		是否对之前一剂新冠疫苗有过敏反应?
		是否对其他疫苗或药物有过敏性休克反应?
		是否发生过严重的不良反应事件, 并经专家评审后认定是由之前一剂新冠疫苗引起的?
		是否患过肥大细胞增多症, 并因此反复发生过敏性休克反应?
		是否曾经感染过新冠病毒 (COVID-19)?
		是否有凝血功能障碍?
		是否服用任何稀释血液的药物吗 (抗凝疗法)?
		免疫系统是否受损 (免疫功能低下)?
		是否已经怀孕? *
		是否因咳嗽、喉咙痛、发烧而生病或因其他症状而感到不适?
		是否打过新冠疫苗 (COVID-19 vaccine)?
		在过去 7 天内是否接种过其他疫苗?

仅适用接种**阿斯利康**新冠疫苗的人士:

		是否曾被诊断患有毛细血管渗漏综合征?
		在接种之前一剂新冠疫苗后, 是否出现过重大的静脉和/或动脉血栓, 并伴有血小板减少的情况, 包括被确诊患有血栓性血小板减少综合征 (TTS)?
		是否曾患过脑静脉窦血栓? *
		是否曾患有肝素诱导性血小板减少症? *
		是否曾有过腹部静脉 (内脏静脉) 血栓形成? *
		是否曾有过与血栓有关的抗磷脂综合征? *
		年龄未满 60 岁吗? *

仅适用接种**辉瑞**新冠疫苗的人士:

		是否曾患过心肌炎或心包炎?
		是否目前患有或最近患过急性风湿热或心内膜炎?
		是否有先天性心脏病?
		对于 30 岁以下的人士: 是否患有扩张型心肌病?
		是否患有严重的心力衰竭?
		是否曾接受过心脏移植?

#### 同意接种新冠疫苗

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/监护人签字: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_