



Australian Government



接種

COVID-19 疫苗同意書

關於接種 COVID-19 疫苗

接種過 COVID-19 疫苗的人患上稱為 COVID-19 疾病的機會會大大降低。

COVID-19 疫苗是免費的。您可以選擇是否接種疫苗。

接種疫苗要在您的手臂打針。您需要在兩次不同的日期接種疫苗。疫苗有不同的品牌。您需要兩次都使用相同品牌的疫苗。替您接種疫苗的人會告訴您何時需要接種第二次。

醫學專家已經對 COVID-19 疫苗進行研究，以確保其安全性。大多數副作用均為輕微，且不會持久。與任何疫苗或藥物一樣，也可能會出現罕見和/或未知的副作用。

您可以告訴您的醫療服務提供者您是否有任何副作用，例如手臂酸痛、頭痛、發燒或其他不適。若您有副作用使您擔心，請致電您的醫生。接種疫苗後一周內可能會有人與您聯繫，以了解您接種疫苗後的感覺。

接種疫苗後，有些人可能仍會感染 COVID-19。因此，您仍須按照您所在州或領地的要求遵守公共衛生預防措施，阻止 COVID-19 的傳播，包括：

- 保持距離——距離他人至少 1.5 米
- 經常用肥皂和水洗手，或使用洗手液
- 若您所在的州或領地建議您戴口罩，您便要佩戴口罩
- 若您有感冒或流感症狀感到不適，請留在家中，並安排進行 COVID-19 檢測。

按澳洲法律要求，疫苗供應商須在澳洲免疫接種登記處(Immunisation Register) 記錄所有疫苗接種。您可以通過以下方式在線查看您的接種記錄：

- Medicare 帳戶
- MyGov 帳戶
- MyHealthRecord 帳戶。

您應約時所提供的資料會被如何使用

有關如何收集、儲存和使用您的個人詳細資料的資料，請瀏覽
<https://www.health.gov.au/covid19-vaccines>

接種疫苗當天

在接種疫苗之前，請告訴替您接種疫苗的人：

- 您是否有任何過敏反應，特別是過敏性休克（一種嚴重過敏反應）。過敏是指當您靠近或接觸某些物件時，您的身體會對其有反應，且很快會感到不適。這可能包括紅疹痕癢、舌頭脹大、呼吸加速、氣喘或心跳加快。
- 若您有腎上腺素自動注射筆(Epi Pen)或曾有 Epi Pen。
- 若您有免疫力低下問題，即是您的免疫系統較弱，可能會使您更難抵抗感染和其他疾病。有時，諸如糖尿病或癌症之類的疾病，或某些您正使用的藥物或治療如抗癌藥物，可能會導致您的免疫系統減弱。

是 否

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 您是否對任何東西有嚴重的過敏反應，尤其是過敏性休克，或者是否攜帶腎上腺素自動注射筆（EpiPen）或有處方？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 您以前接種疫苗後曾有過敏反應嗎？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 您曾感染 COVID-19 嗎？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你有出血性疾病嗎？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 您有服用任何薄血藥物（抗凝血治療）嗎？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 您的免疫系統是否虛弱（免疫力低下）？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 您是否正在懷孕（懷胎）或認為自己可能已經懷孕？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 您打算懷孕嗎？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你正在喂哺母乳嗎？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 您曾否咳嗽、喉嚨痛、發燒，或因其他原因感到不適？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 您之前曾否接種 COVID-19 疫苗？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 最近 14 天內有否接種其他疫苗？ |

若您有任何疑問或憂慮，請在接種 COVID-19 疫苗前先諮詢您的醫生。

病人資料

姓名：

Medicare 卡號碼：

出生日期：

地址：

聯絡電話號碼：

電郵：

性別：

您是否國家原住民和托雷斯海峽群島島民？

是，只是國家原住民

是，只是托雷斯海峽群島島民

是，是國家原住民和托雷斯海峽群島島民

不是

不願作答

近親（緊急聯絡人）：

姓名：

聯絡電話號碼：

同意接種 COVID-19 疫苗

我確認已收到並了解提供給我有關接種 COVID-19 疫苗的資料

我確認上述情況均不適用，或我已與我的日常醫療服務提供者和/或疫苗接種服務供應商討論了上述情況和/或任何其他特殊情況

我同意接受一次 COVID-19 疫苗療程（兩劑相同的疫苗）

病人姓名：

病人簽名： _____

日期：

我是病人的法定監護人或法定替代決策者，並同意上述病人接受 COVID-19 疫苗接種

法定監護人/替代決策者姓名：

法定監護人/替代決策者簽名： _____

日期：

供應商使用：

第一劑： 接種疫苗日期：

接種時間：

接種的 COVID-19 疫苗品牌：

批次編號：

序號：

疫苗接種部位：

疫苗接種服務供應商名稱：

第二劑： 接種疫苗日期：

接種時間：

接種的 COVID-19 疫苗品牌：

批次編號：

序號：

疫苗接種部位：

疫苗接種服務供應商名稱：