

Biểu mẫu đồng ý tiêm vắc-xin COVID-19

Lưu ý: Vui lòng hoàn thành biểu mẫu này bằng chữ IN HOA sử dụng bút màu đen hoặc xanh lam và đánh dấu “✓” vào các ô thích hợp và * xóa nếu thích hợp.

Phần 1. Thông tin chi tiết cá nhân của người nhận vắc-xin (giống trong giấy tờ tùy thân)	
Tên: _____ (Tiếng Anh) (họ) (tên)	
_____ (Tiếng Trung) (họ) (tên)	
Ngày sinh: _____/_____/_____ (NGÀY/THÁNG/NĂM)	Giới tính: _____
Số điện thoại: _____ (di động)	
Số Chứng minh nhân dân Hồng Kông: _____ () Ký hiệu HKIC: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> U Ngày cấp: _____/_____/_____ (ngày/tháng/năm)	
HOẶC Giấy tờ nhận dạng khác: Loại giấy tờ: _____ Số giấy tờ: _____	

Phần 2: Đồng ý tiêm vắc-xin COVID-19

Tôi đồng ý (a) thực hiện tiêm vắc-xin COVID-19 cho **tôi / con tôi / người được giám hộ của tôi** * theo Chương trình tiêm vắc-xin COVID-19 (xem chi tiết trong Phần 3); và (b) việc tiếp cận và sử dụng dữ liệu lâm sàng của Sở Y tế và các tổ chức có liên quan với Chính phủ (bao gồm cả Đại học Hồng Kông) đối với dữ liệu lâm sàng của **tôi / con tôi / người được giám hộ của tôi** * do Cơ quan quản lý bệnh viện và cơ sở chăm sóc sức khỏe tư nhân có liên quan và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe nắm giữ nhằm mục đích theo dõi liên tục sự an toàn và các biến cố lâm sàng liên quan đến chương trình tiêm vắc-xin COVID-19 của Bộ Y tế trong chừng mực việc tiếp cận và sử dụng dữ liệu như vậy là cần thiết cho mục đích nói trên.

Lưu ý: Cần có đơn đồng ý cho mỗi lần tiêm vắc-xin trong hai lần tiêm chủng.

Phần 3: Thông tin về tiêm vắc-xin COVID-19

Loại và Liều lượng Trình tự tiêm vắc-xin COVID-19# (Do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe điền) (Đánh dấu “✓” vào ô thích hợp nhất)		
<input type="checkbox"/> Vắc-xin mRNA (Fosun Pharma/German nhà sản xuất thuốc BioNTech)	<input type="checkbox"/> Vắc-xin vi-rút bất hoạt (Sinovac Biotech (Hong Kong) Limited)	<input type="checkbox"/> Vắc-xin Véc-tơ Vi-rút (AstraZeneca/University of Oxford)
<input type="checkbox"/> Liều đầu tiên	<input type="checkbox"/> Liều thứ hai	

Hạng mục tiêm vắc-xin: _____

Phần 4 Xác nhận và Chữ ký

Được hoàn thành bởi người nhận vắc-xin từ 18 tuổi trở lên

Tôi đã đọc và tôi hiểu rằng thông tin trong Tờ Thông tin Tiêm chủng cho vắc-xin COVID-19 nêu trong Phần 3, bao gồm cả chống chỉ định (và các tác dụng phụ có thể xảy ra) của việc tiêm vắc-xin COVID-19, sản phẩm vắc-xin được cho phép theo Quy định Phòng ngừa và Kiểm soát Dịch bệnh (Sử dụng Vắc-xin) (Mục 599K) cho mục đích cụ thể để ngăn ngừa nhiễm COVID-19 nhưng chưa được đăng ký theo Sắc lệnh Dược phẩm và Chất độc (Mục 138), và **đồng ý** nhận vắc-xin COVID-19 được nêu trong Phần 3. Tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi và tất cả các câu hỏi của tôi đã được trả lời khiến tôi hài lòng. Tôi cũng hiểu đầy đủ nghĩa vụ và trách nhiệm của mình theo đơn đồng ý này và (các) Tuyên bố về Mục đích Thu thập Dữ liệu Cá nhân.

Tôi xác nhận rằng bằng cách ký tên bên dưới, tôi đồng ý với (a) việc tiêm vắc-xin COVID-19 theo Chương trình Tiêm vắc-xin COVID-19 (xem chi tiết trong Phần 3); và (b) quyền truy cập và sử dụng dữ liệu lâm sàng của tôi bởi Bộ Y tế và các tổ chức có liên quan đã phối hợp với Chính phủ (bao gồm Đại học Hồng Kông), trong đó dữ liệu lâm sàng của tôi hiện được Cơ quan quản lý bệnh viện và cơ sở chăm sóc sức khỏe tư nhân có liên quan và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe nắm giữ cho mục đích theo dõi liên tục sự an toàn và các biến cố lâm sàng liên quan đến chương trình tiêm vắc-xin COVID-19 của Bộ Y tế trong chừng mực việc tiếp cận và sử dụng dữ liệu như vậy là cần thiết cho mục đích nói trên.

Tôi xác nhận thông tin được cung cấp trong biểu mẫu này là chính xác.

Tôi đồng ý cung cấp dữ liệu cá nhân của mình trong biểu mẫu này để Chính phủ sử dụng cho các mục đích như được nêu trong “Tuyên bố về Mục đích Thu thập Dữ liệu Cá nhân”. Tôi hiểu rằng Chính phủ có thể liên hệ với tôi để xác minh thông tin và sắp xếp việc tiêm chủng.

Đối với chủ sở hữu Thẻ nhận dạng thông minh: Tôi đồng ý cho phép Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe/cán bộ công tác xã hội đọc dữ liệu cá nhân của tôi [giới hạn ở Số thẻ nhận dạng Hồng Kông, Tên của tôi (bằng tiếng Anh và tiếng Trung), ngày sinh và ngày cấp Chứng minh nhân dân của tôi Hồng Kông Thẻ] được lưu trong con chip có trong Thẻ Nhận dạng Thông minh của tôi để Chính phủ sử dụng cho các mục đích như được nêu trong “Tuyên bố Mục đích Thu thập Dữ liệu Cá nhân”.

Đơn đồng ý này sẽ được điều chỉnh và hiểu theo luật của Đặc khu Hành chính Hồng Kông và tôi sẽ đệ trình lên cơ quan tài phán duy nhất của Tòa án Đặc khu Hồng Kông một cách không thể hủy bỏ.

Chữ ký của người nhận vắc-xin
(hoặc dấu vân tay nếu không biết chữ #): _____

Ngày: _____

Chỉ được hoàn thành bởi phụ huynh/người giám hộ nếu người nhận vắc-xin dưới 18 tuổi hoặc không có khả năng nhận thức

Tôi đã đọc và tôi hiểu rằng thông tin trong Tờ Thông tin Tiêm chủng cho vắc-xin COVID-19 nêu trong Phần 3, bao gồm cả chống chỉ định (và các tác dụng phụ có thể xảy ra) của việc tiêm vắc-xin COVID-19, sản phẩm vắc-xin được cho phép theo Quy định Phòng ngừa và Kiểm soát Dịch bệnh (Sử dụng Vắc-xin) (Mục 599K) cho mục đích cụ thể để ngăn ngừa **nhiễm** COVID-19 nhưng chưa được đăng ký theo Sắc lệnh Dược phẩm và Chất độc (Mục 138), và **đồng ý** thay mặt con tôi / người được giám hộ của tôi* nhận vắc-xin COVID-19 được nêu trong Phần 3. Tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi và tất cả các câu hỏi của tôi đã được trả lời khiến tôi hài lòng. Tôi cũng hiểu đầy đủ nghĩa vụ và trách nhiệm của mình theo đơn đồng ý này và (các) Tuyên bố về Mục đích Thu thập Dữ liệu Cá nhân.

Tôi xác nhận rằng bằng cách ký tên bên dưới, tôi đồng ý với (a) việc tiêm vắc-xin COVID-19 cho con tôi / người được giám hộ của tôi* theo Chương trình Tiêm vắc-xin COVID-19 (xem chi tiết trong Phần 3); và (b) quyền truy cập và sử dụng dữ liệu lâm sàng của con tôi / người được giám hộ của tôi* bởi Bộ Y tế và các tổ chức có liên quan đã phối hợp với Chính phủ (bao gồm Đại học Hồng Kông), trong đó dữ liệu lâm sàng của con tôi / người được giám hộ của tôi* hiện được Cơ quan quản lý bệnh viện và cơ sở chăm sóc sức khỏe tư nhân có liên quan và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe nắm giữ cho mục đích theo dõi liên tục sự an toàn và các biến cố lâm sàng liên quan đến chương trình tiêm vắc-xin COVID-19 của Bộ Y tế trong chừng mực việc tiếp cận và sử dụng dữ liệu như vậy là cần thiết cho mục đích nói trên.

Tôi xác nhận thông tin được cung cấp trong biểu mẫu này là chính xác.

Tôi đồng ý cung cấp dữ liệu cá nhân của tôi / con tôi / người được giám hộ của tôi* trong biểu mẫu này để Chính phủ sử dụng cho các mục đích như được nêu trong “Tuyên bố về Mục đích Thu thập Dữ liệu Cá nhân”. Tôi hiểu rằng Chính phủ có thể liên hệ với tôi để xác minh thông tin và sắp xếp việc tiêm chủng.

Đối với chủ sở hữu Thẻ nhận dạng thông minh: Tôi đồng ý cho phép Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe / cán bộ công tác xã hội đọc dữ liệu cá nhân của tôi / con tôi / người được giám hộ của tôi* [giới hạn ở Số thẻ nhận dạng Hồng Kông, Tên của tôi / con tôi / người được giám hộ của tôi* (bằng tiếng Anh và tiếng Trung), ngày sinh và ngày cấp Chứng minh nhân dân của tôi/con tôi/ người được giám hộ của tôi*Hồng Kông Thẻ] được lưu trong con chip có trong Thẻ Nhận dạng Thông minh của tôi để Chính phủ sử dụng cho các mục đích như được nêu trong “Tuyên bố Mục đích Thu thập Dữ liệu Cá nhân”.

Đơn đồng ý này sẽ được điều chỉnh và hiểu theo luật của Đặc khu Hành chính Hồng Kông và tôi sẽ đệ trình lên cơ quan tài phán duy nhất của Tòa án Đặc khu Hồng Kông một cách không thể hủy bỏ.

Chữ ký của Phụ huynh / Người giám hộ*: _____

Tên của Phụ huynh / Người giám hộ* (bằng tiếng Anh): _____

Mối quan hệ: _____

Số HKID của của Phụ huynh / Người giám hộ*: _____

Số điện thoại liên hệ: _____

Ngày: _____

Nhân chứng phải hoàn thành những điều sau đây nếu người nhận vắc-xin không bị mất khả năng trí tuệ nhưng không biết chữ

Tài liệu này đã được đọc và giải thích cho người nhận vắc-xin với sự có mặt của tôi. Người nhận vắc-xin đã được tạo cơ hội để đặt câu hỏi.

Chữ ký của Nhân chứng: _____

Tên của Nhân chứng (bằng tiếng Anh): _____

Số Chứng minh nhân dân Hồng Kông: (X)
(chỉ cần bảng chữ cái và ba chữ số đầu tiên)

Số điện thoại liên hệ: _____ Ngày: _____

To be completed by Healthcare Provider			
eHS(S) Transaction No. <u>ONE TRANSACTION NUMBER ONLY</u> (if applicable)	T _____ - ____ - ____ - ____		
Vaccine log number		Date of Vaccination	
Place of Vaccination			
Name of Doctor			
Name of Vaccination Staff			

Tuyên bố về mục đích thu thập dữ liệu cá nhân

(bản dịch chỉ nhằm mục đích tham khảo)

Việc cung cấp dữ liệu cá nhân là hoàn toàn tự nguyện. Nếu quý vị không cung cấp đầy đủ thông tin, quý vị có thể không được tiêm vắc-xin.

Mục đích của việc thu thập dữ liệu

1. Chính phủ sẽ sử dụng dữ liệu cá nhân được cung cấp cho một hoặc nhiều mục đích sau đây:
 - (a) kiểm tra với các phòng ban và cơ quan chính phủ có liên quan để biết về trạng thái tiêm vắc-xin COVID-19;
 - (b) thông báo cho các đơn vị hoặc phòng ban và tổ chức của chính phủ có liên quan để sắp xếp việc tiêm vắc-xin và theo dõi sau khi tiêm vắc-xin;
 - (c) để tạo, xử lý và duy trì tài khoản y tế điện tử eHealth (Trợ cấp) cũng như quản lý và theo dõi chương trình tiêm vắc-xin COVID-19, bao gồm nhưng không giới hạn ở quy trình xác minh bằng các phương thức điện tử có dữ liệu được Sở Di trú lưu giữ;
 - (d) chuyển đến Sở Y tế và các tổ chức có liên quan hợp tác với Chính phủ (bao gồm Trường Đại học Hồng Kông) để liên tục theo dõi sự an toàn và các biến cố lâm sàng có liên quan đến việc tiêm vắc-xin COVID-19 trong Chương trình tiêm vắc-xin COVID-19;
 - (e) cho các mục đích thống kê và nghiên cứu; và
 - (f) bất cứ mục đích hợp pháp nào khác có thể được yêu cầu, ủy quyền hoặc cho phép theo quy định của pháp luật.

Các loại đối tượng nhận dữ liệu

2. Dữ liệu cá nhân do quý vị cung cấp sẽ được chuyển đến Chính phủ và cũng có thể được Chính phủ tiết lộ cho các viên chức Chính phủ, các tổ chức khác và bên thứ ba cho các mục đích nêu trong đoạn 1 trên đây nếu cần.

Quyền truy cập dữ liệu cá nhân

3. Quý vị có quyền truy cập và sửa chữa dữ liệu cá nhân của quý vị theo các mục 18 và 22 và nguyên tắc 6, phụ lục 1 của Sắc lệnh bảo vệ dữ liệu cá nhân (Quyền riêng tư) (Cap. 486). Sở Y tế có thể áp dụng một khoản phí khi thực hiện yêu cầu truy cập dữ liệu.

Các thắc mắc

4. Các thắc mắc liên quan đến dữ liệu cá nhân được cung cấp, bao gồm yêu cầu truy cập và sửa chữa dữ liệu cần được gửi đến:
Executive Officer (Programme Management and Vaccination Division)
Địa chỉ: Centre for Health Protection, Block A, 2/F, 147C Argyle Street, Kowloon
Số điện thoại: 2125 2045