COVID-19 백신에 대한 백신 접종 사전 체크리스트

백신 접종 대상자분들께:

다음 질문들은 귀하께서 오늘 COVID-19 백신을 맞지 말아야하는 이유가 있는지 판단하는 데 도움이 될 것입니다.

접종자 성명 _____

나이 _____

질문에 "예"라고 답했다고 해서, 반드시 백신 접종을 받지 않아야 한다는 의미는 아닙니다. 단지 추가 질문이 있을 수 있음을 의미합니다. 질문이 명확하지 않은 경우 귀하의 의료서비스 담당자에게 설명을 요청하십시오.

	예	아니요	모르겠습니다
1. 오늘 몸이 아프십니까?			
2. COVID-19 백신을 맞으신 적이 있습니까?			
• "예"라고 답하셨다면, 어떤 백신을 맞으셨나요? ☐화이자 ☐ 모더나 ☐ 얀센(존슨 앤 존슨) ☐ 다른 백신 _____			
3. 다음에 대한 알레르기 반응을 보인 적이 있습니까? **(여기에는 에피네프린 또는 EpiPen® 치료가 필요했거나 병원에 가도록 만든 심각한 알레르기 반응[예: 아나필락시스]이 포함됩니다. 또한 4시간 이내에 발생한 알레르기 반응, 곧 두드러기, 부기 또는 천명을 포함한 호흡 곤란을 포함합니다.)**			
• 다음 중 하나를 포함하는 COVID-19 백신의 구성 요소:			
○ 대장 내시경 시술용 완하제 및 제제와 같은 일부 약물에서 발견되는 폴리에틸렌 글리콜 (PEG)			
○ 일부 백신, 필름 코팅 정, 정맥 주사 스테로이드에서 발견되는 폴리 소르 베이트			
• 이전에 접종받은 COVID-19 백신			
• 여러 성분을 포함하는 백신 또는 주사 요법. 이들 성분 중 하나가 COVID-19 백신의 성분이지만 어떤 성분이 즉각적인 반응을 유발했는지는 모름.			
4. 다른 백신(COVID-19 백신 제외)이나 주사 약물에 알레르기 반응을 보인 적이 있습니까? **(여기에는 에피네프린 또는 EpiPen® 치료가 필요했거나 병원에 가도록 만든 심각한 알레르기 반응[예: 아나필락시스]이 포함됩니다. 또한 4시간 이내에 발생한 알레르기 반응, 곧 두드러기, 부기 또는 천명을 포함한 호흡 곤란을 포함합니다.)**			
5. COVID-19 백신의 성분이 아닌 다른 물질, 다른 백신 또는 주사 가능한 약물에 대해 심각한 알레르기 반응(예: 아나필락시스)을 경험한 적이 있습니까? 여기에는 음식, 애완동물, 독극물, 환경 또는 경구 약물 알레르기가 포함됩니다.			
6. 지난 14 일 동안 백신을 접종받은 적이 있습니까?			
7. COVID-19 양성 판정을 받았거나 의사가 귀하에게 COVID-19에 걸렸다고 말한 적이 있습니까?			

8. COVID-19 치료요법으로 수동 항체요법(단일 클론 항체 또는 회복기 혈청)을 받은 적이 있습니까?			
9. HIV(에이즈 바이러스) 감염이나 암 등으로 인해 면역 체계가 약화되었거나 면역억제제를 복용하거나 면역억제 요법을 받고 있습니까?			
10. 출혈 장애가 있거나 혈액 희석제를 복용하고 있습니까?			
11. 임신 중이거나 모유 수유 중입니까?			
12. 피부에 성형 필러(dermal filler)가 있습니까?			

본 양식 검토자 _____ **날짜** _____

2021년 3월 15일

CS321629-E

IAC(Immunization Action Coalition)의 자격심사 체크리스트를 활용하여 사용함