

# VAR - Vaccine Administration Record

Pæ { ^KÁ \_\_\_\_\_ ÁÁÖi:c@Áæc^KÁ \_\_\_\_\_ CE^\*KÁ \_\_\_\_\_ Ú^æKÁÁÁ TÁ ÐÁ ÐÁ  
 CEáá:••KÁ \_\_\_\_\_ Á \_\_\_\_\_ Ôac^KÁÁÁ \_\_\_\_\_ Úcæc^KÁ \_\_\_\_\_ Zã]KÁ \_\_\_\_\_  
 Ú@ [ ]^KÁ \_\_\_\_\_ Ô { ^i^\*^ } & ^Á Ô [ ] cæ&çPæ { ^ÁBÁÚ@ [ ]^KÁ \_\_\_\_\_ Á \_\_\_\_\_  
 T^áá&æ:~ÁÖÁÇã} & ^á } \*Kæ] @æDKÁ \_\_\_\_\_ ÁÁÖQ } • ^æ } & ^Á \_\_\_\_\_ ÁÁÁ T^ { à^ÁÖÖÁ \_\_\_\_\_  
 Ô: [ ~ ] ÁÁ \_\_\_\_\_ Óã } ÁÁÁ \_\_\_\_\_ ÚÖPÁÁÁ \_\_\_\_\_

**Screening Checklist:** V@^Á- [ | | , á ] \* ^ ~ ^ . cã [ ] • Á , a] | Á @ ^ ] Á ~ • á á c ^ i { á } ^ Á ^ [ ~ i Á ^ ] á \* á a ] á c ^ Á c [ Á à ^ Á ç æ & á } æ c á á c [ á æ ^ É Á

- 1É Ö [ Á ^ [ ~ Á - ^ Á ] á & \ Á c [ á æ ^ Ñ \_\_\_\_\_  Ý^•Á  P [ Á  Ö [ ] cã \ [ ] , Á
- 2É Have you been diagnosed with or tested positive for COVID-19 in the last 21 days?  Ý^•Á  P [ Á  Ö [ ] cã \ [ ] , Á
- HÉ Ö [ Á ^ [ ~ Á @ æ ç ^ Á æ á @ á c [ i ^ Á [ - Á æ ] | i ^ á & Á i ^ Á æ & cã [ ] Á [ i Á æ ] | i ^ á ~ Á c [ Á ] æ c ^ É Á { ^ á á & æ cã [ ] • É Á - [ [ á Á [ i Á ç æ & á } ^ Á Ç^ Ç^ æ { ] | ^ • KÁ [ [ i ^ c @ ^ | ^ } ^ Á \* ^ & [ É Á ] [ i ^ • [ i á æ c ^ É Á \* \* • É Á à [ çã ] ^ Á ] : [ c ^ á } É Á \* ^ ] æ cã [ ] É Á \* ^ } cæ { á & á } É Á ] [ i ^ { ^ çã } É Á ^ [ { ^ & á } É Á @ ^ } [ i É Á ^ æ • cã [ i Á c @ á { ^ i [ • æ ] DÑ Á Q- Á ^ Á • É Á ] | ^ æ • ^ Á ] á • çK \_\_\_\_\_    Ö [ ] cã \ [ ] , Á
4. Have you ever had a reaction after receiving a vaccination, including fainting or feeling dizzy?  Ý^•Á  P [ Á  Ö [ ] cã \ [ ] , Á
5. Have you ever had a seizure disorder for which you are on seizure medication(s), a brain disorder, Guillain-Barré syndrome (a condition that causes paralysis) or other nervous system problem?  Ý^•Á  P [ Á  Ö [ ] cã \ [ ] , Á
- ÎÉ Pæç^ Á ^ [ ~ Á i ^ Á & ^ ç á á æ } ^ Á ç æ & á } æ cã [ ] • Á [ i Á \ á } Á c ^ • cã } Á c @ ^ Á ] æ • çã - [ ~ i Á , ^ Á \ • Ñ Á Q- Á ^ Á • É Á ] | ^ æ • ^ Á ] á • çK \_\_\_\_\_  Ý^•Á  P [ Á  Ö [ ] cã \ [ ] , Á
- ÏÉ Ö [ Á ^ [ ~ Á @ æ ç ^ Á æ } ^ Á & @ i [ ] á & Á @ ^ æ | c @ Á & [ ] á á cã [ ] Á • ~ & @ Á æ • Á & æ } & ^ i É Á & @ i [ ] á & Á á á } ^ Á á á • ^ æ • ^ É á á { ~ } [ & [ { ] i [ { i ^ á á É Á & @ i [ ] á & Á } ~ \* Á á • ^ æ • ^ É Á [ á ^ á c ^ É Á & \ | ^ Á & Á | Á á á • ^ æ • ^ É Á á á æ á c ^ • É Á @ ^ æ i c á á á • ^ æ • ^ Á Ñ Q- Á ^ Á • É Á ] | ^ æ • ^ Á ] á • çK \_\_\_\_\_  Ý^•Á  P [ Á  Ö [ ] cã \ [ ] , Á
- 8É Ø [ i Á , [ { } KÁ CE i ^ Á ^ [ ~ Á ] i ^ \* } æ ] cã [ i Á & [ ] • á á ^ i á } \* Á á ^ & [ { á } \* Á ] i ^ \* } æ } çã } Á c @ ^ Á ] ^ ç cã [ ] { } c @ Ñ \_\_\_\_\_  Ý^•Á  P [ Á  Ö [ ] cã \ [ ] , Á
- 9É Ö [ Á ^ [ ~ Á @ æ ç ^ Á æ á ] ^ Á á } \* Á á • [ i á ^ i Á [ i Á æ ^ Á ^ [ ~ Á c æ \ á } \* Á æ á ] [ [ á á c @ á } } ^ Á Ñ \_\_\_\_\_  Ý^•Á  P [ Á  Ö [ ] cã \ [ ] , Á
- 10É Ö [ Á ^ [ ~ Á @ æ ç ^ Á æ á & [ ] á á cã [ ] Á c @ æ cã { æ ^ Á , ^ æ \ ^ } Á ^ [ ~ i Á á { ~ } ^ Á • ^ c ^ { Á Ç ^ É • É Á & æ } & ^ i É Á | ^ \ ^ { á æ É | ^ } @ [ { æ É Á P Q X D C E O Ü É Á c i á } • ] } æ ] c D Ñ \_\_\_\_\_  Ý^•Á  P [ Á  Ö [ ] cã \ [ ] , Á
- F1É CE i ^ Á ^ [ ~ Á & ^ i i ^ } ç i ^ Á ] Á @ [ { ^ Á á } ~ • á ] • É Á , ^ Á \ | ^ Á } b ^ & cã [ ] • Á • ~ & @ Á æ • Á P ~ { á i æ i É Á Ú ^ { á & æ á i Á [ i Ö } á i ^ ] i É Á á \* É Á [ • Á { ^ c @ [ c i ^ Á ç æ c ^ É Á æ : æ c @ á [ ] i á } ^ Á [ i Á T É { ^ i & æ } c [ ] i á } ^ Á É Á æ } çã çã i á } É Á æ } çã & æ } & ^ i Á á i ^ \* Á [ i Á i á æ á cã [ ] á c i ^ æ c { } • Ñ \_\_\_\_\_  Ý^•Á  P [ Á  Ö [ ] cã \ [ ] , Á
- 12É Are you currently taking high-dose steroid therapy (prednisone > 20mg/day or equivalent)  Ý^•Á  P [ Á  Ö [ ] cã \ [ ] , Á  
 - [ i Á ] [ ] \* ^ Á c @ æ } Á G Á , ^ Á \ • Ñ
- F3É **For COVID-19 vaccine only:** Pæç^ Á ^ [ ~ Á á ^ ^ } Á c i ^ æ c ^ á á , á c @ Á æ } c á à [ á ^ Á c @ ^ i á } ^ Á • ^ & á - á & æ ] ^ Á - [ i Á Ö U X Ö É F J Á Ç { [ ] & [ ] } æ ] á æ } c á à [ á á ^ Á [ i Á & [ ] ç æ ] ^ Á • ^ } cã ] } æ • ç D Ñ \_\_\_\_\_  Ý^•Á  P [ Á  Ö [ ] cã \ [ ] , Á
- F4É **For COVID-19 vaccine only:** Pæç^ Á ^ [ ~ Á @ æ á á æ } i ^ çã [ ~ Á á • ^ Á [ - Á æ } ^ Á Ö U X Ö É F J Á X æ & á } ^ Á Ñ Á Q- Á ^ Á • É Á ] | ^ æ • ^ Á ] á • çã , @ á & @ Á [ ] ^ Á æ } á Á @ [ , Á { æ } ^ KÁ \_\_\_\_\_  Ý^•Á  P [ Á  Ö [ ] cã \ [ ] , Á

**Consent:** T [ • çã & [ { [ ] ] ^ É Á c @ ^ Á i ^ Á æ & cã [ ] • Á { æ ^ á á ^ • [ i Á [ i Á c ^ ] á ^ i á æ : { Á æ c h c @ ^ Á á } b ^ & cã [ ] Á • á c @ á - á \* ç ^ } Á æ á • @ [ c É Á [ i Á ] [ • á á ] ^ Á - Á ç ^ i É Á & @ á ] • É Á @ ^ Á æ & ^ Á [ i Á { ~ • & i ^ Á æ & @ ^ É Á Ú ^ } ] c [ { • Á • ~ æ ] | Á æ • ç á á c ^ , ^ Á ] Á G i É i Á @ [ ~ i É Á Q Á | ^ i ^ Á • ^ Á Ö æ ^ Á Ö i ~ \* Á - i [ { Á i ^ • ] [ ] • á á ] á c [ - Á æ } ^ Á i ^ Á æ & cã [ ] Á i ^ • | cã } \* Á - i [ { Á c @ ^ Á á } b ^ & cã [ ] Á æ } á á Q Á c æ \ ^ Á - ] | i Á i ^ • ] [ ] • á á ] á c ^ Á c [ Á • ^ Á Á { ^ á á & æ ] á æ c c ^ } cã [ ] Á • @ [ ] i á á { [ i ^ Á • ^ ç ^ i ^ Á • ^ } ] c [ { • Á [ & & ^ É Á Q Á æ & \ ] [ ] , i ^ Á \* ^ Á Q Á @ æ ç ^ Á } [ Á & [ ] c i á } á á & æ cã [ ] • Á ] á c ^ á á } Á c @ ^ Á ^ Á & i ^ Á } \* Á Ö @ ^ Á \ i ^ c ^ Á c @ æ cã , [ ] i á ] i ^ Á c ^ } cã [ ] ^ Á - i [ { Á i ^ Á & ^ Á çã } \* Á á ç æ & á } æ cã [ ] Á æ cã c @ á • cã [ ] ^ É Á Q Á æ ^ c @ [ i á : ^ Á Ö æ ] ^ Á Ö i ~ \* Á c [ Á i ^ Á ^ Á • ^ Á } - [ i { æ cã [ ] Á æ } á á i ^ Á ^ ~ Á cã ] æ ^ { } ^ c É Á Q Á & i cã - Á c @ ^ Á á } - [ i { æ cã [ ] Á \* á ç ^ } Á á • Á & [ i i ^ Á c á æ } á á æ & ~ i á c ^ Á á } Á æ ] [ i á } \* Á - [ i Á ] æ ^ { } ^ çã } á ^ i Á T ^ á á & æ i ^ É Á T ^ á á & æ á á É Á [ i Á c @ ^ Á P Ú Ü C É Á Ö U X Ö É F J Á Ú : [ i á } æ { Á - [ i Á W } á } • i á á Ú æ cã [ ] • É Á Q Á } á i ^ • cæ } á i Ö æ ] ^ Á Ö i ~ \* Á { æ ^ á á i ^ ~ á i á á c [ Á [ i Á { æ ^ Á ç [ ] ] cæ i á ] á á & [ ] • Á ^ Á @ æ | c @ á } - [ i { æ cã [ ] Á c [ Á { ^ Á Ú i á { æ i ^ Á Ö æ i ^ Á Ú ^ ~ á á æ } É Á { ^ Á á } • i á } & ^ Á ] } æ ] É Á @ ^ Á c @ á • ^ c ^ { • Á æ } á á @ [ • ] á c æ ] É Á æ } á á Ú cæ c ^ Á [ i Á ^ á ^ á ] i á i ^ Á i ^ Á } [ ] • Á • Á [ - Á c i ^ Á æ c { } ^ É Á ] æ ^ { } ^ É Á [ i Á @ ^ Á c @ á & æ i ^ Á ] ^ i á cã [ ] • É Á Q Á @ æ ç ^ Á i ^ Á æ á É Á [ i Á @ æ á Á ^ ç ] } æ } á á c [ Á { ^ Á c @ ^ Á G É G F E G G Á X æ & á } ^ Á Q } - [ i { æ cã [ ] Á Ú cæ c ^ { } ^ çã - [ i Á c @ ^ Á ç æ & á } ^ Á Q á æ { Á & [ ] • ^ } \* Á c [ Á i ^ Á & ^ Á ç ^ Á æ } á á } ^ Á i ^ • cæ } á á c @ ^ Á i á • ^ Á æ } á á á ^ } ^ Á c @ ^ Á - Á ^ Á æ & @ É Á i give consent to Daly Drug to administer the following vaccine(s):

Q } - i ^ } : æ Á Ç Ø i ^ D Á  Ú @ á } \* ^ Á  V á b V á æ ] Á  
 Ö U X Ö É F J Á  Á Ú } ^ { [ & [ & æ ] Á  Á Ú c @ ^ Á \_\_\_\_\_

Úá } æ ^ i ^ Á [ - Á Ú æ cã ] çã [ i Á á ^ • æ ] á Ö ~ á i á á æ } Á \_\_\_\_\_ Ú^ | æ cã [ ] Á c [ Á Ú cæ c ^ } çã - Á } [ cã ] æ cã } c D Á \_\_\_\_\_ Öæc^ Á \_\_\_\_\_

**FOR PHARMACY USE ONLY**

Vaccine Type	Vaccine			Date Given (mo/day/yr)	Route (IM, SQ)	Site Given (RA, LA)	Vaccine Information Statement	
	Lot #	Expiration	Manufacturer				Date on VIS	Date Given

Ú i á } çã á á Pæ { ^ Á [ - Á Ú æ : { æ á • çã CE á { á } á • c ^ i á } \* Á X æ & á } ^ Á \_\_\_\_\_ Ú @ æ : { æ á • çã Á Ú á } æ ^ i ^ Á \_\_\_\_\_