



PFIZER-BIONTECH COVID-19 MODERNA COVID-19 VAXZEVRIA COVID-19 JANSSEN

Nome e cognome _____
_____ الاسم و النسب

Data di nascita _____ luogo di nascita _____
_____ مدينة الازدياد _____ تاريخ الازدياد

Residenza _____ telefono _____
_____ الهاتف _____ الإقامة

Tessera sanitaria (se disponibile) n. _____
_____ بطاقة التأمين الصحي (إذا كانت متوفرة) رقم

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino sopra indicato.

لقد قرأت ، وقد تم توضيحها لي بلغة معروفة وفهمت تمامًا مذكرة المعلومات التي أعدها وكالة الأدوية الإيطالية (AIFA) للقاح المؤشر أعلاه.

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

أبلغت الطبيب عن الأمراض الحالية و / أو السابقة والعلاجات قيد التقدم.

أتيت لي الفرصة لطرح أسئلة حول اللقاح وحالتي الصحية ، والحصول على إجابات شاملة ومفهومة.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verificano reazioni avverse immediate.

لقد تم إخباري بشكل صحيح بالكلمات الواضحة بالنسبة لي. أنا أفهم فوائد ومخاطر التطعيم ، والطرق والبدائل العلاجية ، وكذلك عواقب أي رفض أو التخلي عن إكمال التطعيم بالجرعة الثانية ، إن وجدت.

أنا أدرك أنه في حالة حدوث أي أثر جانبي ، سيكون من مسؤوليتي إبلاغ طبيبي على الفور واتباع تعليماته / تعليماتها.

أوافق على البقاء في غرفة الانتظار لمدة 15 دقيقة على الأقل بعد إعطاء اللقاح لضمان عدم حدوث ردود فعل سلبية فورية.

ACCONSENTO ED AUTORIZZO la somministrazione della vaccinazione mediante il vaccino sopra indicato

Data e luogo _____

Firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante legale _____

أوافق وأصرح بإعطاء التطعيم باستخدام اللقاح الموضح أعلاه التاريخ والمكان _____

توقيع متلقي التطعيم أو من ينوب عنه قانوناً _____

RIFIUTO la somministrazione del vaccino sopra indicato

Data e luogo _____

Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo rappresentante legale _____

□ أرفض إعطاء لقاح المؤشر أعلاه

التاريخ والمدينة

توقيع رافض التطعيم أو من ينوب عنه قانوناً

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda> o scansionando il Qr Code a margine.



Firma _____



تتوفر معلومات حول معالجة البيانات الشخصية وفقاً للمادتين 13 و 14 من لائحة الاتحاد الأوروبي 679/2016 على:

<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-impresa> أو مسح رمز الاستجابة السريعة في الهامش

توقيع

PERSONALE SANITARIO CHE HA EFFETTUATO LA VACCINAZIONE

1. Nome e cognome _____

Ruolo _____

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

موظفو الرعاية الصحية الذين أجروا التطعيم

1. الاسم و النسب _____ الوضيفة _____

2. Nome e cognome _____

Ruolo _____

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

2. الاسم و النسب _____

الوضيفة _____

أؤكد أن الملقح قد أعطى موافقته على التطعيم ، بعد إبلاغه بشكل مناسب.

La presenza del secondo professionista sanitario non è indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo medico, al domicilio della persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa

إن وجود أخصائي صحي ثانٍ ليس ضروريًا في حالة التطعيم في العيادة أو أي سياق آخر حيث يعمل طبيب واحد ، في منزل الشخص الذي يتم تطعيمه أو في حالة خطورة لوجستية تنظيمية

SCHEDA ANAMNISTICA

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.

Nome e cognome الاسم و النسب	Telefono الهاتف		
ANAMNESI سوابق المريض	SI نعم	NO لا	NON SO لا اعرف
Attualmente è malato? هل انت مريض حالياً؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha febbre? هل لديك حمى؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI, specificare هل تعاني من حساسية تجاه مادة اللاتكس أو أي أطعمة أو أدوية أو مكونات لقاح؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، حدد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? هل عانيت من قبل من رد فعل شديد بعد تلقي اللقاح؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? هل تعاني من أمراض القلب أو الرئة أو الربو أو أمراض الكلى أو السكري أو فقر الدم أو اضطرابات الدم الأخرى؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? هل أنت في حالة ضعف في جهاز المناعة؟ (مثال: السرطان ، اللوكيميا ، سرطان الغدد الليمفاوية ، فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز ، الزرع)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? في الأشهر الثلاثة الماضية ، هل تناولت أي أدوية تضعف جهاز المناعة (على سبيل المثال: الكورتيزون أو البريدنيزون أو المنشطات الأخرى) أو الأدوية المضادة للسرطان ، أو هل خضعت للعلاج الإشعاعي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? خلال العام الماضي ، هل تلقيت نقل دم أو مشتقاته ، أو تم إعطاؤك الغلوبولين المناعي (جاما) أو الأدوية المضادة للفيروسات؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? هل عانيت من نوبات أو أي مشاكل في المخ أو الجهاز العصبي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se SI, quale/i? هل تلقيت أي تطعيمات في الأسابيع الأربعة الماضية؟ إذا كانت الإجابة نعم ، فأني تطعيم؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? للنساء: هل أنت حامل أو تخططين للحمل في الشهر التالي للإدارة الأولى أو الثانية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sta allattando? هل ترضعي بالرضاعة الطبيعية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: _____

حدد أدناه الأدوية ، وعلى وجه الخصوص مضادات التخثر ، بالإضافة إلى المكملات الطبيعية والفيتمينات والمعادن أو أي أدوية بديلة تتناولها: _____

ANAMNESI COVID CORRELATA التاريخ الطبي ذي الصلة كوفيد-19	SI نعم	NO لا	NON SO لا اعرف
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COVID أو تأثرت بـ Sars-CoV2 في الشهر الماضي ، هل كنت على اتصال بشخص مصاب بفيروس		
MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:		تعد واحدة من الأعراض التالية:
• Tosse/ raffreddore/ febbre/ dispnea o sintomi simil-influenzali? • سعال / برد / حمى / صفيير أو أعراض تشبه أعراض الأنفلونزا؟		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? • التهاب الحلق / فقدان حاسة الشم أو التذوق؟		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Dolore addominale/diarrea? • ألم في البطن / إسهال		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Lividi anormali o sanguinamento/ arrossamento degli occhi? • كدمات غير طبيعية أو نزيف / احمرار في العينين		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? • هل قمت بأي رحلات دولية في الشهر الماضي		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TEST COVID-19:		
• Nessun test COVID-19 recente		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Test COVID-19 negativo (data _____)		
• Test COVID-19 positivo (data _____)		
• In attesa di test COVID-19 (data _____)		
		COVID-19:
		• لا توجد اختبارات COVID-19 حديثة
		• اختبار COVID-19 السلبي (التاريخ _____)
		• اختبار COVID-19 إيجابي (التاريخ _____)
		• في انتظار اختبار COVID-19 (لتاريخ _____)

Riferisca eventuali patologie eventuali o notizie sul suo stato di salute _____

أبلغ عن أي أمراض أو أخبار عن حالتك الصحية _____

Data e luogo _____

Firma del vaccinando o rappresentante legale _____

_____ المدينة و التاريخ

_____ توقيع المصلح أو الممثل القانوني.