

استمارة الموافقة على التطعيم



Regione Toscana

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

الاسم و النسب _____
تاريخ الازدياد _____ مدينة الازدياد _____
الاقامة _____ الهاتف _____
بطاقة التأمين الصحي (اذا كانت متوفرة) رقم _____

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

أوافق وأصرح بإعطاء التطعيم باستخدام اللقاح الموضح أعلاه التاريخ والمكان _____
توقيع متلقي التطعيم أو من ينوب عنه قانوناً _____
 أرفض إعطاء لقاح المؤشر أعلاه
التاريخ والمدينة _____
توقيع رافض التطعيم أو من ينوب عنه قانوناً _____

موظفو الرعاية الصحية الذين أجروا التطعيم

1. الاسم و النسب _____
الوظيفة _____
أؤكد أن الملقح قد أعطى موافقته على التطعيم ، بعد إبلاغه بشكل مناسب.
التوقيع _____
2. الاسم و النسب _____
الوظيفة _____
أؤكد أن الملقح قد أعطى موافقته على التطعيم ، بعد إبلاغه بشكل مناسب.
التوقيع _____

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

نموذج سوابق المريض

يستكمل من قبل القائم بالتفويض وأن تتم مراجعته مع أخصائيي صحة التطعيم.

الهاتف	الاسم و النسب		سوابق المريض	اعرف	لا	نعم
	لا	نعم				
			هل انت مريض حالياً؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			هل لديك حمى؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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"/>
			هل عانيت من قبل من رد فعل شديد بعد تلقي اللقاح؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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"/>
			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"/>
			في الأشهر الثلاثة الماضية ، هل تناولت أي أدوية تضعف جهاز المناعة (على سبيل المثال: الكورتيزون أو الستيرويدات أو المنشطات الأخرى) أو الأدوية المضادة للسرطان ، أو هل خضعت للعلاج الإشعاعي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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"/>
			هل عانيت من نوبات أو أي مشاكل في المخ أو الجهاز العصبي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			هل تلقيت أي تطعيمات في الأسابيع الأربعة الماضية؟ إذا كانت الإجابة نعم ، فأني تطعيم ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			للنساء: هل أنت حامل أو تخططين للحمل في الشهر التالي للإدارة الأولى أو الثانية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			هل ترضعي بالرضاعة الطبيعية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

التاريخ الطبي ذي الصلة كوفيد-19	اعرف	لا	نعم
في الشهر الماضي ، هل كنت على اتصال بشخص مصاب بفيروس Sars-CoV2 أو تأثرت بـ COVID-19؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تعد واحدة من الأعراض التالية:			
• سعال / برد / حمى / صفيير أو أعراض تشبه أعراض الأنفلونزا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• التهاب الحلق / فقدان حاسة الشم أو التذوق؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ألم في البطن / إسهال؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• كدمات غير طبيعية أو نزيف / احمرار في العينين؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• هل قمت بأي رحلات دولية في الشهر الماضي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اختبار COVID-19: • لا توجد اختبارات COVID-19 حديثة • اختبار COVID-19 السلبي (التاريخ) • اختبار COVID-19 إيجابي (التاريخ) • في انتظار اختبار COVID-19 (التاريخ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

أبلغ عن أي أمراض أو أخبار عن حالتك الصحية. _____

المدينة و التاريخ _____

توقيع المصلح أو الممثل القانوني. _____