



إقرار بالموافقة على تلقي لقاح فيروس كورونا المستجد (تحت تصريح الطوارئ)

إسم اللقاح:.....

أقرأنا

										الإسم رباعي	
										الرقم القومي	
										تاريخ الميلاد	
					أنثى					ذكر	النوع
										محل الإقامة	
										رقم الهاتف (الموبايل)	

أقرأنا تم الاستفسار منى عن حالتى الصحية، وقلت بإيضاح الإجابات عن الاستفسارات التالية:

لا	نعم	فحص وبيانات عن متلقى اللقاح وعملية التطعيم
		هل تعاني اليوم، أو خلال العشرة أيام الماضية، من أي عرض من هذه الأعراض (قشعريرة - حمى - سعال - ضيق تنفس - آلام في العضلات والجسم - الصداع - فقدان للطعم أو الرائحة - التهاب الحلق - احتقان أو سيلان الأنف - العثيان والقيء أو الإسهال)؟
		في خلال الثلاثة أشهر الماضية، هل أصبت بعدوى كوفيد-19 أو تم الاشتباه في إصابتك بها؟
		هل تلقيت أي تطعيمات في غضون 14 يوماً (مثل تطعيم الانفلونزا الموسمية)؟
		هل سبق وأن عانيت من حساسية تجاه دواء أو لقاح ما؟ هل تعاني من حساسية شديدة تجاه أي نوع من الطعام؟ في حالة وجود أي نوع من الحساسية يرجى ذكرها.
		هل تعاني من أمراض تتسبب في ضعف المناعة (مثل الأورام السرطانية)؟
		هل تستخدم أدوية تثبط المناعة (مثل أدوية الأورام السرطانية أو الكورتيكوزون)؟
		هل تعاني من أمراض مناعية مثل مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)؟
		هل تعاني من ضغط الدم المرتفع (غير مستقر)؟
		هل تعاني من مرض البول السكري (غير مستقر)؟
		هل تعاني من أمراض القلب المزمنة؟
		هل تعاني من أمراض عصبية مزمنة أو تشنجات عصبية؟
		هل تعاني من أمراض الدم (مثل أمراض السيولة أو تجلط الدم)؟
		(للسيدات) هل يوجد حمل في الوقت الحالي أو تخطيط للحمل في المستقبل القريب (خلال عام)؟
		(للسيدات) هل ترضعين طفلاً عمره أقل من 6 أشهر؟





كما أقر بأنني اطلعت اطلاقاً جيداً - أو من اخترت أن يمثلني - على التالي بالإضافة إلى تلقي معلومات من أخصائي الرعاية الصحية المتواجد أثناء عملية التطعيم وتم شرحها لي وهي:

● اللقاح ليس اجبارياً، كما أنه لا يحمي من عدوى فيروس كورونا المستجد بشكل كامل، لكنه قد يقلل من فرص حدوثها ومن فرصة حدوث أعراض حادة أو مضاعفات خطيرة، لذا يتم الاستمرار في اتباع قواعد الوقاية من العدوى بفيروس كورونا وكافة الإجراءات الاحترازية.

● الجسم يحتاج إلى بضعة أسابيع بعد التلقيح ليقيم بتكوين حماية ضد الفيروس.

● أوافق على تلقي دورة تطعيم كاملة مكونة من جرعتين ضد عدوى كوفيد-19 (في التطعيمات المكونة من جرعتين)، وأني قد سُمح لي بفرصة لطرح أي استفسارات، وأن هذه الاستفسارات قد تمت الإجابة عنها.

● بأنني على علم بأن اللقاح قد تم منحه رخصة الاستخدام الطارئ فقط.

● أعلم بوجود الحصول على الجرعة الثانية من التطعيم بعد مرور (.....) يوم من تاريخ الحصول على الجرعة الأولى (في التطعيمات المكونة من جرعتين).

● أقر بشخصي وبالنيابة عن ممثلي الشخصيين أو القانونيين بالآتي:

- بأنني تلقيت شرحاً وافياً عن اللقاح الذي اخترت تلقيه وعن الآثار الجانبية والمضاعفات، كما أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتم الرد على تلك الأسئلة بشكل كافٍ.

- بعلمي بجميع الآثار الجانبية والمضاعفات المحتملة والمرتبطة بتلقي اللقاح.

- بعلمي بكافة المخاطر والفوائد المحتملة والمرتبطة بتلقي اللقاح.

- بأنه قد تم توجيهي بالبقاء في موقع التطعيم لمدة 15 دقيقة (أو أكثر في حالات محددة) بعد تلقي اللقاح بغرض المتابعة الطبية، وأني على علم بأرقام وسبل الإسعاف في حالات الطوارئ.

- بإعفاء الدولة، والسلطات والجهات الصحية في البلاد، وموظفيها، ووكلائها، والشركات التابعة لها، ومصنعي اللقاح، وموظفيهم، وموردي اللقاح، وتابعيهم، ووكلائهم من أي وجميع المسؤوليات أو المطالبات لأي من الأسباب المعروفة وغير المعروفة والتي قد تنشأ عن، أو تتعلق أو ترتبط بأي شكل من الأشكال، بتلقي اللقاح، إلا في حالة الإخلال الجسيم أو المخالفة الصريحة للقواعد والممارسات الطبية السليمة.

توقيع ممثلي اللقاح/ الممثل القانوني: .....

التاريخ (يوم/شهر/سنة): .....

الختم

توقيع الطبيب القائم على عملية التطعيم: .....

التاريخ (يوم/شهر/سنة): .....