



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

إسم اللقاح:

أقرأنا

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

أقر بأنه تم الاستفسار منى عن حالتي الصحية، وقمت 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 (فشعريرة - حى - سعال - ضيق تنفس - آلام في العضلات والجسم - الصداع - فقدان للطعم أو الرائحة - التهاب الحلق - احتقان أو سيلان الأنف - الغثيان 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 الكورتيزون)؟
		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)؟
		(لل سيدات) هل يوجد حمل في الوقت الحالي أو تخطيط للحمل في المستقبل القريب (خلال عام)؟
		(لل سيدات) هل ترضعين طفلاً عمره أقل من 6 أشهر؟



كما أقر بأنني اطّلعنا اطلاعا جيدا - أو من اخترت أن يمثلني - على التالي بالاضافة الى تلقي معلومات من أخصائي الرعاية

الصحية المتواحد أثناء عملية التطعيم وتم شرحها لي وهي:

- اللقاح ليس اجباريا، 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)، وأنني قد سُمح لي بفرصة لطرح أي استفسارات، وأن هذه الاستفسارات قد تمت الإجابة عنها.
- بأنني أعلم 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 شرحا وافيا 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 و المضاعفات 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، وأنني أعلم بأرقام وسبل الاسعاف 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.

التصديق

توقيع ممثلي اللقاح/ الممثل القانوني:

التاريخ (يوم/شهر/سنة):

توقيع الطبيب القائم على عملية التطعيم:

التاريخ (يوم/شهر/سنة):