

الاسم واللقب:	
تاريخ الميلاد:	محل الميلاد
محل الإقامة:	الهاتف:
البطاقة الصحية (في حالة توافرها) الرمز الضريبي	

قرأت نشرة المعلومات التي صاغتها الوكالة الإيطالية للدواء (AIFA) حول اللقاح، وتم توضيحها لي بلغة معروفة، واستوعبت النشرة تمامًا:  
«.....»

أخبرت الطبيب بالأمراض، الحالية و/أو السابقة، والعلاجات التي أحصل عليها حاليًا. تمكنت من طرح أسئلة حول اللقاح وحول حالتي الصحية، وحصلت على إجابات وافية استطعت فهمها. تم تقديم المعلومات لي على نحو صحيح وبكلمات واضحة تمكنت من استيعابها. فهمت فوائد التطعيم ومخاطره، وطرق الحصول عليه، والبدائل العلاجية له، فضلًا عن التبعات المحتملة لرفض الحصول عليه، أو التراجع عن إكمال التطعيم ورفض تناول الجرعة الثانية، إن وُجدت.

أعي أنه في حالة حدوث أي أعراض جانبية سأتحمل مسؤولية إخطار طبيبي المُعالج على الفور واتباع تعليماته.  
أوافق على البقاء في قاعة الانتظار لمدة **15 دقيقة** على الأقل بعد تناول اللقاح للتأكد من عدم حدوث ردود أفعال عكسية على الفور.

أوافق وأصرح بشأن تناول لقاح	أرفض تناول لقاح
التاريخ والمكان:	التاريخ والمكان:
توقيع الشخص الذي يتلقى اللقاح أو ممثله القانوني	توقيع الشخص الذي يرفض تلقي اللقاح أو ممثله القانوني
نشرة معلومات لقريب الشخص غير القادر على الإعراب عن موافقته (راجع القانون رقم 6 الصادر بتاريخ 29 يناير/كانون الثاني 2021) □ المريض لا يقدر على الإعراب عن الموافقة بصورة صالحة. ويهدف حماية صحته، ونظرًا لأنه من المقترح تلقي اللقاح، يتم مشاركة قرار إعطاء اللقاح المضاد لكوفيد-19 مع القريب المختص. راجع نموذج مشاركة الأقارب في اقتراح إعطاء اللقاح المضاد لكوفيد-19 التاريخ والمكان: ..... توقيع قريب المريض: .....	

#### مختصو الرعاية الصحية في فريق اللقاحات

(1) الاسم واللقب والوظيفة	(2) الاسم واللقب والوظيفة
أؤكد أن الشخص سيتلقى اللقاح وافق على تلقي اللقاح، بعدما قُدِّم إليه القدر المناسب من المعلومات. التوقيع:	أؤكد أن الشخص سيتلقى اللقاح وافق على تلقي اللقاح، بعدما قُدِّم إليه القدر المناسب من المعلومات. التوقيع:

وجود مختص الرعاية الصحية الثاني مفيد، لكن يمكن الاستغناء عنه في حالة تلقي اللقاح في المنزل، أو في سياق حرج من الناحية اللوجيستية-التنظيمية

#### التفاصيل التشغيلية للتطعيم

موضع الحقن	التشغيلية رقم	انتهاء الصلاحية	مكان التلقي	التاريخ والساعة	توقيع مختص الرعاية الصحية
الذراع اليمنى					
الذراع اليسرى					
الذراع اليمنى					
الذراع اليسرى					

**اللقاح المضاد لسارس-كوف-2/كوفيد-19 تصنيف الأولوية قبل الحصول على اللقاح**

يجب ملء النموذج برعاية الشخص الذي سيحصل على اللقاح، ويجب أن يُعاد فحصه مع مختصي الرعاية الصحية المعنيين بالتنظيم

الهاتف:			الاسم واللقب: .....
.....			تاريخ الميلاد ومحلّه: .....
لا أعرف	لا	نعم	التاريخ المرضي
			هل أنت مريض حالياً؟
			هل تعاني من ارتفاع درجة الحرارة؟
			هل تعاني من حساسية من اللاتكس أو من بعض الأطعمة أو الأدوية أو من أحد مكونات اللقاح؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى التحديد: .....
			هل عانيت فيما سبق من رد فعل شديد بعد تلقي أحد اللقاحات؟
			هل تعاني من أمراض في القلب أو الرئتين أو ربو أو أمراض في الكليتين أو مرض السكر أو فقر الدم أو أمراض أخرى في الدم؟
			هل تعاني من حالة تؤثر بالسلب على الجهاز المناعي؟ (مثال: مرض السرطان، وبيضاض الدم، وسرطان الغدد الليمفاوية، وفيروس العوز المناعي البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، وزراعة الأعضاء)
			خلال الثلاثة أشهر الأخيرة، هل تناولت أدوية تُضعف الجهاز المناعي (مثل: الكورتيكوستيرويدات أو الستيرويدات الأخرى) أو أدوية مضادة للأورام، أو تعرضت للعلاج بالإشعاع؟
			خلال العام المنصرم، هل حصلت على نقل دم أو أحد مشتقات دم، أو تلقيت أجسام مضادة (جلوبولين جاما) أو تناولت عقاقير مضادة للفيروسات؟
			هل عانيت من نوبات تشنجات أو مشكلات في المخ أو الجهاز العصبي؟
			هل تلقيت لقاحات في آخر 4 أسابيع؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي؟ .....
			هل تتناول عقاقير مضادة للتجلط؟
فيما يلي يُرجى تحديد الأدوية، فضلاً عن المكملات الطبيعية والفيتامينات والمعادن أو أي أدوية بديلة تتناولها: .....			
.....			
لا أعرف	لا	نعم	بالنسبة للسيدات:
			هل أنت حامل أو تفكرين في الحمل في غضون الشهر التالي للجرعة الأولى أو الثانية؟
			هل ترضعين؟
لا أعرف	لا	نعم	التاريخ المرضي المرتبط بكوفيد
			خلال الشهر الأخير، هل خالطت شخص يحمل عدوى سارس-كوف-2 أو مصاب بمرض كوفيد-19؟
			هل ظهر عليك أحد الأعراض التالية:
			- سعال/برد/ارتفاع في درجة الحرارة/ضيق تنفس أو أعراض مشابهة لأعراض البرد؟
			- ألم في الحلق/فقدان حاسة الشم أو التذوق؟
			- ألم في المعدة/إسهال؟
			- رعشة غير طبيعية أو نزف/احمرار في العينين؟
			هل قمت بأي رحلة دولية خلال الشهر الأخير؟
<b>اختبار كوفيد-19</b>			
			<input type="checkbox"/> لم يتم إجراء اختبار كوفيد-19 مؤخراً
			<input type="checkbox"/> اختبار كوفيد-19 سلبي (التاريخ: .....
			<input type="checkbox"/> اختبار كوفيد-19 إيجابي (التاريخ: .....
			<input type="checkbox"/> في انتظار نتيجة اختبار كوفيد-19 (التاريخ: .....
يُرجى ذكر أي أمراض أخرى تعاني منها أو معلومات مفيدة حول حالتك الصحية: .....			
.....			
التاريخ والمكان			توقيع الشخص الذي سيحصل على اللقاح أو ممثله القانوني