

# نموذج الموافقة على التطعيم ضد فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)

(19)

## القسم 1: معلومات المريض

اسم المريض:

تاريخ ميلاد المريض:

اسم ولي الأمر/الوصي القانوني (إذا كان المريض دون سن 18 عامًا):

رقم الهاتف خلال النهار:

## القسم 2: لقاح فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)

الرجاء تحديد سبب حصولك أنت أو المريض الذي ترافقه على لقاح فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) اليوم:

عدم الحصول على اللقاح أو إكمال مجموعة لقاحات فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19).

إكمال مجموعة لقاحات فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) ولكن تم التعرض لحالة صحية عالية الخطورة أو حالة أخرى تجعلني مؤهلاً للحصول على جرعة إضافية.

- الحصول على علاج فعال ضد السرطان لعلاج أورام أو سرطانات الدم
- الخضوع لعملية زرع عضو وتناول أدوية لتثبيط الجهاز المناعي
- الخضوع لعملية زرع خلايا جذعية خلال العامين الماضيين أو تناول أدوية لتثبيط الجهاز المناعي
- نقص المناعة الأولي المتوسط أو الشديد (مثل متلازمة دي جورج ومتلازمة ويسكوت ألدريتش)
- عدوى فيروس نقص المناعة البشرية متقدمة أو لم يتم علاجها
- العلاج الفعال بجرعات عالية من الكورتيكوستيرويدات (20 ملجم أو أكثر من البريدنيزون أو بديل له يوميًا) أو أدوية أخرى قد تثبط الاستجابة المناعية للفرد
- الحصول على لقاح مصرح به في دولة أخرى (مثل لقاح أسترازينيكا أو لقاح سبوتنيك V أو سينوفاك) كجزء من العمل والإقامة في الخارج.
- الحصول على لقاح فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) غير مصرح به بعد في الولايات المتحدة (مثل لقاح أسترازينيكا) كمتطوع في تجربة سريرية رسمية لاختبار فعالية اللقاح.

مؤهل للحصول على جرعة معززة

- 18 عامًا أو أكبر وحصلت على
- لقاح جونسون آند جونسون منذ شهرين على الأقل أو
- الجرعة الثانية من لقاح فايزر أو موديرنا منذ ستة أشهر على الأقل

### القسم 3: التوقيع

بالتوقيع أدناه، أقر بأنني

- المريض وأن عمري لا يقل عن 18 عامًا، أو ولي الأمر أو الوصي القانوني للمريض.
- قد أتيح لي الحصول على نسخة من تصريح استخدام الطوارئ للحاصلين على اللقاح أو ورقة معلومات لقاح فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) الذي سأحصل عليه اليوم.
- قد قرأت وأفهم المعلومات الواردة في تصريح استخدام الطوارئ للحاصلين على اللقاح أو بيان معلومات اللقاح.
- تم منحي الفرصة لطرح الأسئلة بشأن لقاح فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19).
- أدرك المخاطر والفوائد المرتبطة بلقاح فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) وأطلب إعطاء اللقاح للشخص المذكور أعلاه، الذي صرّح لي بتقديم هذه الموافقة.

توقيع المريض: \_\_\_\_\_

توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني (إذا كان المريض دون سن 18 عامًا): \_\_\_\_\_

تاريخ التوقيع على نموذج الموافقة: