

# فرمه رضایت خط مصون سازی کووید-19

## بخش 1: معلومات مریض

اسم مریض:

تاریخ تولد:

امضای والدین/ سرپرست قانونی (اگر مریض زیر سن 18 سالگی باشد):

نمبر تلفون وقت روز:

## بخش 2: واکسین کووید-19

لطفاً دلیل دریافت واکسین کووید-19 را امروز برای خود یا مریض همراه تان انتخاب نمایید:

واکسین نشده یا مجموعه ای از واکسین های کووید-19 را تکمیل نکرده اید.

مجموعه ای از واکسین های کووید-19 را تکمیل کرده ام، اما دارای یک وضعیت پرخطر صحی یا شرایط دیگری هستم که من را واجد شرایط دریافت دوز اضافی می کند.

- در حال دریافت معالجه فعال سرطان برای تومورها یا سرطان های خون هستم
- پیوند عضو بدن را دریافت کرده ام و برای سرکوب سیستم دفاعی دوا مصرف می کنم
- در 2 سال گذشته پیوند حجات بنیادی دریافت کرده ام یا دوا های برای سرکوب سیستم دفاعی بدن مصرف می کنم
- نقص محافظت اولیه متوسط یا شدید (مانند سندرم DiGeorge، سندرم Wiskott-Aldrich)
- دچار HIV پیشرفته یا معالجه نشده هستم
- معالجه فعال با دوز بالا کورتیکواستروئیدها ( $\leq 20$  ملی گرام پردنیزون یا معادل آن در روز) یا غیره دوا های که ممکن است جواب دفاعی بدن شخص را سرکوب کنند
- واکسین دارای جواز در کشور دیگری (مانند واکسین AstraZeneca، واکسین Sputnik V یا Sinovac) را به عنوان بخشی از کار و زندگی در خارج از کشور دریافت کردم.
- یک واکسین کووید-19 که تافعالاً در ایالات متحده جواز ندارد (مانند واکسین AstraZeneca) را به حیث داوطلب در یک کارآزمایی کلینیکی رسمی کارآیی واکسین دریافت کردم.

من واجد شرایط دوز تقویت کننده هستم

- 18 ساله یا بالاتر هستید و دریافت کرده اید
  - حداقل دو ماه قبل واکسین Johnson & Johnson را دریافت کرده اید و
  - دوز دوم واکسین Moderna یا Pfizer خود را حداقل شش ماه قبل دریافت کرده اید

## بخش 3: امضای

با امضای در ذیل بنده اعلان می کنم که

- من تأیید می کنم که بنده مریض هستم و حداقل 18 ساله هستم، یا والدین یا سرپرست قانونی مریض هستم.
- یک کاپی از جواز استفاده اضطراری (EUA) برای دریافت کنندگان واکسین یا بیانیه معلومات واکسین برای واکسین کووید-19 که امروز دریافت خواهم کرد، به من داده شده است.
- من معلومات موجود در EUA برای گیرندگان واکسین یا بیانیه معلومات واکسین را خوانده و درک کرده ام.
- به من فرصت داده شده است که در مورد واکسین کووید-19 سوالاتی که دارم بپرسم.
- من مزایا و خطرات واکسین کووید-19 را می فهمم و می خواهم که این واکسین را به شخصی که در فوق نام برده شده که برای او من مجاز به ارائه رضایت هستم، تزریق شود.

امضای مریض: \_\_\_\_\_

امضای والدین/ سرپرست قانونی (اگر مریض زیر سن 18 سالگی باشد): \_\_\_\_\_

تاریخی که رضایت‌خط امضا شد: \_\_\_\_\_