

## د کووېډ-19 واکسینو د رضایت فورمه

لومړۍ برخه: د ناروغ معلومات:

د ناروغ نوم: \_\_\_\_\_

د ناروغ د زېږېدنې نېټه: \_\_\_\_\_

د والدینو/قاتونو سرپرست نوم (که د ناروغ عمر له 18 کالو څخه کم وي): \_\_\_\_\_

د ورځې تلیفوني شمېره: \_\_\_\_\_

### دویمه برخه: د کووېډ-19 واکسین

لطفاً هغه علت انتخاب کړئ، د کوم له امله چې تاسو یا ستاسو سره دا ناروغ شخص نن د کووېډ-19 واکسین ترلاسه کوي:

واکسین می نه دي کړي یا د کووېډ-19 واکسینو لړۍ می نه ده بشپړه کړي.

د کووېډ-19 واکسینو لړۍ می بشپړه کړي، خو د لوړ روغتیايي خطر یا بل وضعیت سره مخ شوی یم چې ما د اضافي دوز لپاره په شرایطو پوره کوي.

- د تیومر یا ویني د سرطان لپاره د سرطان فعاله درملنه ترلاسه کوم
- د غړي انتقال می کړی او د مدافعي سستم د فشار لپاره درمل خورم
- د سټیم سیل انتقال می په تیر شوي 2 کالو کې کړی یا د مدافعي سستم د فشار لپاره درمل خورم
- معتدل یا جدي ابتدایي د مدافعي کمښت (لکه پېدايشي ناروغي، د مدافعي د کمښت جنیټیکي ناروغي)
- د اېچ آی وي پرمختللي یا بي تداوي ناروغي
- د کارټي سټیرایډ د لوړ دوز فعالیه درملنه کوم (په ورځ کې 20 ملي ګرامه یا زیات پریډنیسون یا ورته) یا نور داسې درمل چې د مدافعي غبرګون تر فشار لاندې کوي
- د کار په جریان یا په خارج کې د ژوند له کبله می د بل هیواد تصویب شوي واکسین ترلاسه کړي (لکه، آسټرازينیکا واکسین، سپوتنیک وي واکسین، یا سینوواک).
- د واکسینو د تاثیر په اړه د رسمي کلینیکي ازموینې د رضاکار په توګه می د کووېډ-19 هغه واکسین ترلاسه کړي چې لا تر اوسه په متحده ایالاتو کې نه دي تصویب شوي (لکه آسټرازينیکا واکسین).

د تقویتی دوز لپاره په شرایطو پوره یم

- 18 کلن یا د زیات یم او ترلاسه کړې می دي
  - د جانسن اېنډ جانسن واکسین لږ تر لږه دوه میاشتي مخکې، یا
  - د فایزر یا موډرنا واکسینو دویم دوز لږ تر لږه شپږ میاشتي مخکې

## درېيمه برخه: لاسليک

لاندې په لاسليک کولو سره زه دا بيانیه ورکوم چې

- زه ناروغ يم او عمر مي لږ تر لږه 18 کاله دی، يا د نارو مور و پلار يا قانوني سرپرست يم.
- د واکسينو د ترلاسه کولو لپاره ما ته د بېرني استعمال د اجازي (EUA) نقل راکړل شوی دی يا د کووېډ-19 د هغه واکسينو لپاره د واکسينو د معلوماتو بيانیه، چې زه به يې نن ترلاسه کوم.
- د واکسينو د ترلاسه کولو لپاره ما هغه معلومات لوستلي او په هغې پوه شوی يم چې په EUA يا د واکسينو د معلوماتو په بيانیه کې ورکړل شوي دي.
- ما ته دا فرصت راکړل شوی چې د کووېډ-19 واکسينو په اړه پوښتنې وکړم.
- زه د کووېډ-19 واکسينو د گټو او خطرو څخه خبر يم او غوښتنه کوم چې دا واکسين دې پورته نومول شوي شخص ته ورکړل شي، د چا لپاره چې زه د اجازي ورکولو اختيار لرم.

د ناروغ لاسليک: \_\_\_\_\_

د والدینو/قانوني سرپرست لاسليک (که د ناروغ عمر له 18 کالو څخه کم وي): \_\_\_\_\_

د رضایت د فورمې د لاسليک کیدو نېټه: \_\_\_\_\_