قائمة التحقق ما قبل التطعيم
للقاحات فيروس COVID-19

اسم المريض _____

بالنسبة لمتلقي اللقاحات:

العمر _____

ستساعدنا الأسئلة التالية على تحديد ما إذا كان هناك أي سبب لعدم حصولك على لقاح فيروس COVID-19 اليوم.

إذا أجبت بـ «نعم» على أي سؤال، فإن هذا لا يعني بالضرورة أنك يجب ألا تحصل على اللقاح. وإنما يعني فقط إمكانية طرح أسئلة إضافية.

إذا كان هناك سؤال غير واضح، فيُرجى أن تطلب من مقدم رعايتك الصحية شرحه.

	نعم	لا	لا أعلم
1. هل تشعر بالمرض اليوم؟			
2. هل سبق أن تلقيت جرعة من لقاح فيروس COVID-19؟			
• إذا كانت الإجابة 'نعم'، فما هو منتج اللقاح الذي تلقيته؟ ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ منتج آخر _____			
3. هل سبق أن عانيت من رد فعل تحسسي لـ: (يشمل هذا رد الفعل التحسسي الشديد [مثل الحساسية المفرطة] الذي تطلب علاجًا بإبينيفرين أو EpiPen® أو تسبب في ذهابك إلى المستشفى. ويشمل أيضًا رد الفعل التحسسي الذي حدث خلال 4 ساعات وسبب شرى أو تورم أو ضيق تنفسي، بما في ذلك الصفير عند التنفس).			
• مكون لقاح فيروس COVID-19، بما في ذلك بولي إيثيلين الجلايكول (PEG)، الموجود في بعض الأدوية، مثل الملينات ومستحضرات إجراءات تنظير القولون			
• بولي سوربات			
• جرعة سابقة من لقاح فيروس COVID-19			
4. هل سبق أن عانيت من رد فعل تحسسي بسبب لقاح آخر (غير لقاح فيروس COVID-19) أو دواء يؤخذ بالحقن؟ (يشمل هذا رد الفعل التحسسي الشديد [مثل الحساسية المفرطة] الذي تطلب علاجًا بإبينيفرين أو EpiPen® أو تسبب في ذهابك إلى المستشفى. ويشمل أيضًا رد الفعل التحسسي الذي حدث خلال 4 ساعات وسبب شرى أو تورم أو ضيق تنفسي، بما في ذلك الصفير عند التنفس).			
5. هل سبق أن عانيت من رد فعل تحسسي شديد (تأقي، على سبيل المثال) بسبب شيء غير مكون في لقاح فيروس COVID-19 أو البولي سوربات أو أي لقاح أو دواء يؤخذ بالحقن؟ يشمل هذا حساسيات الطعام أو الحيوانات الأليفة أو الظروف البيئية أو الأدوية الفموية.			
6. هل تلقيت أي لقاحٍ في فترة 14 يومًا الماضية؟			
7. هل سبق أن حصلت على نتيجة اختبار إيجابية لفيروس COVID-19 أو هل سبق أن أخبرك طبيب أنك مصاب بفيروس COVID-19؟			
8. هل تلقيت علاج بأجسام مضادة سلبية (أجسام مضادة أحادية النسيلة أو مصل نقاهة) كعلاج لفيروس COVID-19؟			
9. هل تعاني من ضعف جهاز المناعة بسبب شيء مثل عدوى فيروس نقص المناعة البشرية أو سرطان أو هل تأخذ عقاقير أو علاجات كابتة للمناعة؟			
10. هل تعاني من اضطراب نزفي أو تتناول أدوية لتجلط الدم؟			
11. هل أنت حامل أو ترضعين رضاعة طبيعية؟			

قام بمراجعة النموذج _____ التاريخ _____