

نموذج الموافقة على الحصول على اللقاح

أقر بأنني: (أ) المريض وأبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل، أو (ب) الوصي القانوني للمريض، أو (ج) شخص مخول بالموافقة نيابة عن المريض حين لا يتمتع المريض بالأهلية، أو لا يتمكن من الموافقة بالأصالة عن نفسه، أو يفوضني بالموافقة نيابة عنه.

اسم المريض: _____

خلال حجز موعد للحصول على هذا اللقاح، أقر بأنني قد أتيح لي الحصول على ورقة حقائق حول تصريح استخدام الطوارئ للقاح (اللقاحات) أعلاه. وأدرك، بالأصالة عن نفسي أو شخص ما فوضني نيابة عنه، المخاطر والفوائد المرتبطة باللقاح (اللقاحات) أعلاه وأوافق على المخاطر، سواء المعروفة وغير المعروفة، المرتبطة بالحصول على هذا اللقاح، بما في ذلك المطالبة بالبقاء في مكان الحصول على اللقاح للخضوع للمراقبة لمدة 15 دقيقة بعد الحصول على اللقاح. أطلب إعطاء اللقاح لي أو للشخص المذكور اسمه أعلاه، الذي صرّح لي بتقديم هذا الطلب.

توقيع الأب أو الوصي القانوني أو الشخص المخول بالموافقة نيابة عن المريض _____

التاريخ (الشهر/اليوم/العام) _____