

نموذج الموافقة على فحص لقاح COVID-19

نموذج الفحص والموافقة - لقاح COVID-19

الإصدار 2.0 - 23 يناير 2021

الاسم الأول	اسم العائلة	تحديد الهوية (على سبيل المثال، رقم البطاقة الصحية)
أفضل عدم الإجابة ☐ غير معرف ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ الجنس:		
البريد الإلكتروني:	الموبايل:	هاتف المنزل:
عنوان السكن اسم الشارع	المقاطعة	المدينة
الرمز البريدي		
تاريخ الميلاد: (الشهر / اليوم / السنة)	العمر	هل هذه جرعتك الأولى أم الثانية من اللقاح؟ ☐ الأولى ☐ الثانية
		إذا كانت الثانية، يرجى تحديد تاريخ الجرعة الأولى: _____ / _____ / _____ (الشهر / اليوم / السنة)

رجاء أجب على الأسئلة التالية:

هل لديك أعراض COVID-19 أو تشعر بالمرض اليوم؟*	إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل
نعم ☐ لا ☐	
هل عانيت سابقاً من رد فعل تحسسي شديد (مثل الحساسية المفرطة) تجاه جرعة سابقة من لقاح COVID mRNA أو أي من مكوناته أو عبوته؟	إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل
نعم ☐ لا ☐	
هل لديك حساسية مفرطة مشتبه بها أو كان لديك رد فعل تحسسي فوري (قد يشمل ذلك رد فعل تحسسي حدث في غضون 4 ساعات والذي يتسبب في حدوث / لشرى أو تورم أو ضائقة تنفسية، بما في ذلك صفير التنفس) تجاه:	إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل
جرعة سابقة من لقاح COVID-19 mRNA	
نعم ☐ لا ☐	
أي مكونات لقاح COVID-19 mRNA (بما في ذلك البولي إيثيلين جلايكول [PEG])**	
نعم ☐ لا ☐	
بولي سوربات (بسبب فرط الحساسية التبادلي المحتمل مع مكون اللقاح PEG)**	
نعم ☐ لا ☐	

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل	هل عانيت من قبل من رد فعل شديد (مثل الحساسية المفرطة) أو رد فعل تحسسي فوري لأي لقاح آخر أو علاج عن طريق الحقن (مثل اللقاحات أو العلاجات العضلية أو الوريدية أو تحت الجلد أو العلاجات التي لا تتعلق بمكون من لقاحات مرنا COVID-19 أو بوليسوربات)؟ (قد يشمل ذلك رد فعل تحسسي حدث في غضون 4 ساعات والذي يتسبب في حدوث الشرى أو تورم أو ضيق تنفس، بما في ذلك صغير التنفس) ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل	هل عانيت من قبل من رد فعل تحسسي شديد (مثل الحساسية المفرطة) لا يتعلق باللقاحات أو الأدوية القابلة للحقن - مثل الحساسية تجاه الطعام أو الحيوانات الأليفة أو السم أو البيئة أو اللاتكس وما إلى ذلك؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل	هل تلقيت لقاحًا آخر (غير لقاح COVID-19) خلال الـ 14 يومًا الماضية؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل	هل أنت حامل أو من المحتمل أن تكوني حامل؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل	هل ترضعين رضاعة طبيعية؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل	هل لديك أي مشاكل في الجهاز المناعي أو هل تتناول أي أدوية يمكن أن تؤثر على جهاز المناعة لديك (على سبيل المثال، المنشطات بجرعات عالية، والعلاج الكيميائي)؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل	هل أنت مصاب بأمراض المناعة الذاتية؟ ☐ نعم ☐ لا
	هل تعاني من اضطراب النزيف أو تتناول أدوية يمكن أن تؤثر على تخثر الدم (على سبيل المثال، مميعات الدم)؟ ☐ نعم ☐ لا

هل شعرت يوماً بالإغماء أو الإغماء بعد تلقيح سابق أو إجراء طبي؟ ☐ نعم ☐ لا	إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل
* يمكن أن تشمل أعراض COVID-19 الحمى، والسعال الجديد أو تفاقم السعال المزمن، وضيق التنفس، وصعوبة التنفس، والتهاب الحلق، وصعوبة البلع، وانخفاض أو فقدان حاسة الشم أو التذوق، والقشعريرة، والصداع، والتعب / الشعور بالضيق غير المبرر / آلام العضلات، الغثيان / القيء، الإسهال أو آلام البطن، التهاب العين واحمرارها، سيلان الأنف أو احتقان الأنف دون سبب آخر معروف أو، لمن هم فوق 70 عامًا، عدد غير مبرر أو متزايد من السقوط، تدهور وظيفي حاد، تفاقم الحالات المزمنة أو الهذيان	** ما يتسبب البولي إيثيلين جلايكول (PEG) في حدوث تفاعلات حساسية وهو موجود في منتجات مثل الأدوية ومنتجات تحضير الأمعاء لتنظيف القولون والملينات وشراب السعال ومستحضرات التجميل وكريمات البشرة والمنتجات الطبية المستخدمة على الجلد وأثناء العمليات ومعجون الأسنان والتلامس العدسات ومحلل العدسات اللاصقة. يمكن أيضًا العثور على PEG في الأطعمة أو المشروبات، ولكن من غير المعروف أنه يسبب الحساسية من الأطعمة أو المشروبات. قد يسبب Polysorbate أيضًا تفاعلات حساسية بسبب التفاعل المتبادل مع PEG.

الموافقة على تلقي اللقاح

لقد قرأت (أو تمت قراءتها لي) وفهمت "صفحة معلومات لقاح COVID-19"

- لقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتم الإجابة عليها بشكل وافي.
- لقد أتيت لي الفرصة للتحدث مع مقدم الرعاية الأولية الخاص بي فيما يتعلق بأي اعتبارات خاصة تنطبق علي فيما يتعلق بلقاح COVID-19.

☐ أوافق على تلقي اللقاح

إقرار بجمع واستخدام والكشف عن المعلومات الصحية الشخصية

- يتم جمع المعلومات الصحية الشخصية الواردة في هذا النموذج بغرض توفير الرعاية لك وإنشاء سجل تحصين لك، ولأنها ضرورية لإدارة برنامج لقاح COVID-19 في أونتاريو. سيتم استخدام هذه المعلومات والكشف عنها لهذه الأغراض، بالإضافة إلى الأغراض الأخرى المصرح بها والمطلوبة بموجب القانون. على سبيل المثال،
- سيتم الكشف عنها إلى كبير المسؤولين الطبيين لوحدات الصحة العامة في أونتاريو، حيث يكون الكشف ضروريًا لغرض قانون حماية وتعزيز الصحة. و
 - قد يتم الكشف عنها، كجزء من سجلك الصحي الإلكتروني التابع للمقاطعة، لمقدمي الرعاية الصحية الذين يقدمون لك الرعاية. سيتم تخزين المعلومات في نظام السجلات الصحية تحت إشراف وسيطرة وزارة الصحة.

بينما تتم إدارة موقع العيادة من قبل المستشفى، ستقوم المستشفى بجمع واستخدام والكشف عن معلوماتك كوكيل لوزارة الصحة.

☐ أقر بأنني قد قرأت وفهمت البيان أعلاه.

قد يتم الاتصال بك من قبل مستشفى أو وحدة صحة عامة محلية أو وزارة الصحة لأغراض تتعلق بلقاح COVID-19 (على سبيل المثال، لتذكيرك بمواعيد المتابعة وتزويدك بآليات التطعيم). إذا كنت توافق على تلقي اتصالات المتابعة هذه عن طريق البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية / الرسائل القصيرة، فيرجى الإشارة إلى ذلك باستخدام المربعات أدناه.

أوافق على تلقي اتصالات المتابعة:

☐ عبر البريد الإلكتروني ☐ عبر الرسائل النصية / SMS

الموافقة على الاتصال بك بخصوص الدراسات البحثية

سيتم إجراء العديد من الدراسات البحثية فيما يتعلق بلقاحات COVID-19 .

لديك خيار الموافقة على أن يتصل بك الباحثون بشأن المشاركة في الدراسات البحثية المتعلقة بلقاح COVID-19. إذا وافقت على الاتصال بك، فسيتم استخدام معلوماتك الصحية الشخصية لتحديد الدراسات التي قد تكون ذات صلة بك، وسيتم الكشف عن اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك للباحثين. لا تعني الموافقة على الاتصال بك بشأن الدراسات البحثية أنك وافقت على المشاركة في البحث نفسه. المشاركة في البحث تطوعية. يمكنك رفض الموافقة على الاتصال بك بشأن الدراسات البحثية دون التأثير على أهليتك لتلقي لقاح COVID-19.

إذا وافقت على الاتصال بك بشأن الدراسات البحثية، ثم غيرت رأيك، فيمكنك سحب موافقتك في أي وقت عن طريق الاتصال بوزارة الصحة على Vaccine@ontario.ca.

أوافق على الاتصال بي بشأن الدراسات البحثية المتعلقة بلقاح COVID-19:

☐ عبر البريد الإلكتروني ☐ عبر الرسائل النصية / SMS ☐ عبر الهاتف ☐ عبر البريد العادي

☐ لا أوافق على الاتصال بي بشأن الدراسات البحثية المتعلقة بـ COVID-19:

التوقيع	كتابة الاسم كاملاً	تاريخ التوقيع

إذا وقعت نيابة عن شخص آخر غيرك ، وضع علاقتك بذلك الشخص الآخر:

☐ في حالة التوقيع نيابة عن شخص آخر غيري، أؤكد أنني الوالد / الوصي القانوني أو صانع القرار البديل.

قضايا خاصة متعلقة بـ: قانون دور الرعاية طويلة الأمد، 2007

يجوز سحب موافقة المقيم على تلقي اللقاح أو إلغاؤها في أي وقت

بيان بشأن المادة 83 من القانون

يرجى ملاحظة الحماية القانونية التالية:

يجب على كل من عنده ترخيص لدار رعاية طويلة المدى التأكد من عدم إخبار أي شخص أو جعله يعتقد أنه سيتم رفض قبول طلبه كمقيم محتمل أو أن المقيم سيتم تسريحه من الدار بسبب،

(أ) لالتوقيع على المستند؛

(ب) تم إبطال الاتفاقية؛ أو

(ج) تم منح الموافقة أو التوجيه فيما يتعلق بالعلاج أو الرعاية، أو عدم منحها أو سحبها أو إلغاؤها.

لاستخدام العيادة فقط

Agent	COVID-19	Product Name	Lot #	Dose
Anatomical Site	☐ Left deltoid ☐ Right deltoid		Route	Intramuscular
Date Given	____/____/____ (m/d/yyyy)		Time Given	____:____ am pm
Given By (Name, Designation)	Location		AEFI?	☐ Yes ☐ No
Reason for Immunization	☐ Healthcare worker ☐ Healthcare worker: LTC Home ☐ Healthcare worker: Retirement Home ☐ LTC Home: Resident ☐ Retirement Home: Resident ☐ Advanced age: community dwelling ☐ Other employees in acute care, LTC, RHs ☐ Indigenous community ☐ Chronic conditions			
Reason Immunizations Not Given	Healthcare provider: ☐ Determines immunization is contraindicated ☐ Recommends immunization but no consent received ☐ Determines that immunization will be temporarily deferred			
Your dose 2 of 2 is scheduled for:	____/____/____ (m/d/yyyy)			