

فرم غربالگری و رضایتنامه واکسن کووید-19

نسخه 2.0 – 23 ژانویه 2021

فرم غربالگری و رضایتنامه واکسن کووید-19

شماره شناسایی (مثلاً شماره کارت سلامت)		نام خانوادگی		نام	
پزشک مراقبت‌های اولیه (پزشک خانواده یا پرستار)		جنسیت: ☐ زن ☐ مرد ☐ غیر باینری ☐ ترجیح می‌دهم جواب ندهم		تلفن خانه	
		تلفن همراه		آدرس ایمیل	
کد پستی	استان	شهر	آدرس خیابان		
تاریخ تولد (سال، روز، ماه)		سن	آیا این دوز اول یا دوم شما از واکسن است؟ ☐ اول ☐ دوم		
_____ / _____ / _____			اگر دوز دوم است، لطفاً تاریخ دوز اول را مشخص کنید: _____ / _____ / _____ (سال، روز، ماه)		

لطفاً به همه سؤالات زیر پاسخ دهید:

اگر بله، لطفاً جزئیات بدهید	آیا امروز علائم کووید-19 را دارید یا احساس بیماری می‌کنید؟ ☐ خیر ☐ بله
اگر بله، لطفاً جزئیات بدهید	آیا قبلاً واکنش آلرژیک شدید (مانند آنافیلاکسی) به دوز قبلی واکسن mRNA کووید یا به هر یک از مؤلفه‌های آن یا به ظرف آن داشته‌اید؟ ☐ خیر ☐ بله
اگر بله، لطفاً جزئیات بدهید	آیا مشکوک به حساسیت بیش از حد به موارد زیر هستید یا تا به حال به آن‌ها واکنش آلرژیک فوری نشان داده‌اید؟ (شامل واکنش آلرژیک که ظرف 4 ساعت رخ داده و با کهیر، ورم یا مشکل تنفسی مانند خس‌خس سینه همراه بوده باشد): - دوز قبلی واکسن mRNA کووید-19 ☐ خیر ☐ بله - هر یک از مؤلفه‌های واکسن mRNA کووید-19 (شامل پلی‌اتیلن گلیکول [PEG]) ☐ خیر ☐ بله - پلی‌سوربات (به دلیل احتمال حساسیت واکنشی متقابل به ترکیبات واکسن PEG) ☐ خیر ☐ بله

اگر بله، لطفاً جزئیات بدهید	آیا تا به حال واکنش شدید (مانند آنافیلاکسی) یا واکنش آلرژیک فوری به واکسن دیگر یا هر تزریق درمانی دیگر (مانند واکسن‌ها یا تزریق‌های عضلانی، درون وریدی یا زیر جلدی که غیرمرتبط با مؤلفه‌های واکسن‌های mRNA کووید-19 یا پلی‌سوربات‌ها بوده) داشته‌اید؟ (شامل واکنش آلرژیک که ظرف 4 ساعت رخ داده و با کهیر، ورم یا مشکل تنفسی مانند خس‌خس سینه همراه بوده باشد): ☐ خیر ☐ بله
اگر بله، لطفاً جزئیات بدهید	آیا تا به حال واکنش آلرژیک شدید (مانند آنافیلاکسی) غیرمرتبط با واکسن یا داروهای تزریقی داشته‌اید؟ مانند آلرژی به غذا، حیوان خانگی، زهر حیوانات، محیط زیست، لاتکس و غیره. ☐ خیر ☐ بله
اگر بله، لطفاً جزئیات بدهید	آیا در 14 روز گذشته واکسن دیگری (به جز واکسن کووید-19) دریافت کرده‌اید؟ ☐ خیر ☐ بله
اگر بله، لطفاً جزئیات بدهید	آیا باردار هستید یا ممکن است باردار باشید؟ ☐ خیر ☐ بله
اگر بله، لطفاً جزئیات بدهید	آیا در حال شیردهی هستید؟ ☐ خیر ☐ بله
اگر بله، لطفاً جزئیات بدهید	آیا مشکل سیستم ایمنی دارید یا دارویی که ممکن است بر سیستم ایمنی‌تان اثر بگذارد مصرف می‌کنید؟ (مانند دوزهای بالای استروئیدها، شیمی‌درمانی). ☐ خیر ☐ بله
اگر بله، لطفاً جزئیات بدهید	آیا بیماری خودایمنی دارید؟ ☐ خیر ☐ بله
	آیا اختلال انعقاد خون دارید یا داروهایی مصرف می‌کنید که ممکن است روی انعقاد خون اثر بگذارند؟ (مانند رقیق‌کننده‌های خون) ☐ خیر ☐ بله

اگر بله، لطفاً جزئیات بدهید	آیا تا به حال بعد از دریافت واکسن یا درمان پزشکی در گذشته احساس ضعف کرده‌اید یا از حال رفته‌اید؟ ☐ خیر ☐ بله
** پلی‌اتیلن گلیکول (PEG) به‌ندرت می‌تواند موجب واکنش‌های آلرژیک شود و در محصولاتمانند داروها، محصولات آماده‌سازی روده برای انجام کلونوسکوپی، ملین‌ها، شربت‌های سرفه، محصولات آرایشی، کرم‌های پوستی، محصولات پزشکی مورد استفاده روی پوست و در طول عمل جراحی، خمیر دندان، لنزهای تماسی و محلول لنزهای تماسی یافت می‌شود. PEG در غذاها یا نوشیدنی‌ها نیز یافت می‌شود، اما ایجاد واکنش آلرژیک از غذا یا نوشیدنی توسط آن اثبات نشده است. پلی‌سوربات نیز به دلیل واکنش‌پذیری متقابل با PEG می‌تواند باعث واکنش‌های آلرژیک شود.	* علائم کووید-19 شامل تب، شروع جدید سرفه یا بدتر شدن سرفه مزمن، تنگی نفس، مشکل در نفس کشیدن، گلودرد، مشکل در بلع، کاهش یا از دست رفتن حس بویایی یا چشایی، لرز، سردرد، خستگی بی‌دلیل / بی‌قراری / درد عضلانی، تهوع / استفراغ، اسهال یا درد شکم، قرمزی چشم، آبریزش بینی یا گرفتگی بینی بدون هیچ دلیل مشخص دیگری، و برای افراد بالای 70 سال، زمین خوردن بی‌دلیل یا افزایش‌یافته، افت شدید عملکرد، بدتر شدن بیماری‌های قبلی یا هذیان‌گویی.
<u>رضایت به دریافت واکسن</u> «برگه اطلاعاتی واکسن کووید-19» را خوانده‌ام (یا کسی برایم خوانده است) و مفاد آن را درک کرده‌ام. - این فرصت را داشته‌ام که سؤالات خود را بپرسم و همه سؤالاتم به طور رضایت‌بخش پاسخ داده شده است. - این فرصت را داشته‌ام تا با پزشک مراقبت‌های اولیه خود درباره هر ملاحظات ویژه‌ای که در خصوص واکسن کووید-19 به من مربوط می‌شود، صحبت کنم. ☐ به دریافت واکسن رضایت دارم	
<u>تصدیق دریافت، استفاده و افشای اطلاعات شخصی سلامت</u> اطلاعات شخصی سلامت مندرج در این فرم با هدف ارائه درمان به شما و ایجاد سابقه واکسیناسیون برای شما و به دلیل اینکه برای اجرای برنامه واکسیناسیون کووید-19 در انتاریو لازم است، جمع‌آوری می‌شود. این اطلاعات برای این اهداف و نیز اهداف دیگری که طبق قانون، مجاز و لازم شمرده شود مورد استفاده و افشا قرار خواهد گرفت. برای مثال، - در جایی که برای اجرای قانون حفاظت و بهبود سلامت لازم باشد، در اختیار مدیر ارشد بهداشت و درمان و واحدهای بهداشت عمومی انتاریو قرار داده خواهد شد. و - ممکن است به‌عنوان بخشی از پرونده الکترونیک و استانی سلامت شما در اختیار ارائه‌دهندگان مراقبت درمانی که به شما درمان ارائه می‌دهند قرار داده شود. این اطلاعات در سیستم سابقه سلامت تحت نظارت و کنترل وزارت بهداشت ذخیره خواهد شد.	

اگر کلینیکی توسط بیمارستان اداره شود، بیمارستان به عنوان کارگزار وزارت بهداشت، اطلاعات شما را مورد جمع‌آوری، استفاده و افشا قرار خواهد داد.

☐ تأیید می‌کنم که بیانیۀ فوق را خوانده و درک کرده‌ام.

ممکن است بیمارستان، واحد بهداشت عمومی در منطقه‌تان یا وزارت بهداشت در راستای اهداف مربوط به واکسن کووید-19 به شما تماس بگیرند (مثلاً برای اینکه نوبت‌های پیگیری پس از واکسن را به شما یادآوری کنند و مدارک اثبات واکسیناسیون را به شما بدهند). اگر نسبت به دریافت مکاتبات متعاقب از طریق ایمیل یا متن/پیامک رضایت دارید، لطفاً در کادرهای زیر مشخص کنید.

نسبت به دریافت مکاتبات متعاقب رضایت دارم:

☐ از طریق ایمیل ☐ از طریق متن/پیامک

رضایت به تماس درباره مطالعات پژوهشی

مطالعات پژوهشی متعددی در خصوص واکسن‌های کووید-19 انجام خواهد شد.

شما این گزینه را دارید که رضایت بدهید تا پژوهشگران در خصوص شرکت در مطالعات پژوهشی مربوط به واکسن کووید-19 با شما تماس بگیرند. اگر رضایت بدهید که با شما تماس گرفته شود، اطلاعات شخصی سلامت شما برای تعیین اینکه کدام پژوهش‌ها ممکن است به شما مرتبط باشد مورد استفاده قرار می‌گیرد و نام و اطلاعات تماس شما هم در اختیار پژوهشگران قرار خواهد گرفت. رضایت به دریافت تماس در خصوص مطالعات پژوهشی به معنای رضایت به شرکت در خود پژوهش نیست. شرکت در پژوهش داوطلبانه است. می‌توانید رضایت ندهید که در خصوص مطالعات پژوهشی با شما تماس بگیرند و این تأثیری بر واجد شرایط بودن شما برای دریافت واکسن کووید-19 نخواهد گذاشت.

اگر رضایت بدهید که درباره مطالعات پژوهشی با شما تماس بگیرند و بعد نظرتان عوض شود، می‌توانید در هر زمانی از طریق تماس با وزارت بهداشت به نشانی Vaccine@ontario.ca، رضایت خود را لغو کنید.

رضایت می‌دهم که درباره مطالعات پژوهشی مرتبط با واکسن کووید-19 با من تماس گرفته شود:

☐ از طریق ایمیل ☐ از طریق متن/پیامک ☐ از طریق تلفن ☐ از طریق پست

☐ رضایت نمی‌دهم که درباره مطالعات پژوهشی مرتبط با کووید-19 با من تماس گرفته شود:

امضا	نام با حروف جدا	تاریخ امضا

اگر به جای فرد دیگری امضا می‌کنید، نسبت خود را با فرد مورد نظر ذکر کنید:

☐ در صورت امضا برای فرد دیگری به جز خودم، تأیید می‌کنم که من پدر/مادر یا سرپرست قانونی یا نماینده تصمیم‌گیرنده او هستم.

مسائل خاص مربوط به: قانون آسایشگاه‌های بلندمدت، 2007

رضایت فرد ساکن در آسایشگاه به دریافت واکسن در هر زمانی قابل لغو یا انصراف است.

بیانیه مربوط به بخش 83 این قانون:

لطفاً به مصونیت‌های قانونی زیر توجه کنید:

همه دارندگان مجوز آسایشگاه‌های بلندمدت باید اطمینان حاصل کنند که نباید به فردی گفته شود یا این فکر به او القا شود که به دلایل زیر، از پذیرش فرد در آسایشگاه اجتناب می‌شود یا فرد از آسایشگاه اخراج می‌شود:

- (a) مدرکی را امضا نکرده باشد؛
 (b) توافقی لغو شده باشد؛ یا
 (c) رضایت یا دستورالعملی در خصوص درمان یا مراقبت داده شده، داده نشده، لغو شده یا پس گرفته شده باشد.

فقط برای استفاده بالینی

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) am pm			