

نموذج موافقة وفحص لقاح فيروس فايزر COVID-19  
معلومات عن الشخص الذي يحصل على حقنة (الرجاء الطباعة)

عمر المريض:

اسم المريض:

أسئلة فحص الشخص المتلقي للحقن

ضع دائرة حول اجابتك				
ستساعدنا الأسئلة أدناه في تحديد ما إذا كان يمكن إعطاء اللقاح أثناء العيادة.				
1. هل حصل طفلك على نتيجة إيجابية لاختبار COVID-19 خلال الـ 14 يوماً الماضية؟	لا	نعم		
2. لقد قرأت وكان لدي أسئلة تم الرد عليها حول ترخيص المستخدم في حالات الطوارئ (EUA) على لقاح COVID-19 الذي سيتم إعطاؤه لطفلي.	لا	نعم		
3. أدرك أن بعض الأشخاص قد يعانون من استجابات جسدية للحقن، مثل (على سبيل المثال لا الحصر) ألم موقع الحقن أو خفة الرأس أو الإغماء.	لا	نعم		
4. هل أعمي على طفلك سابقاً بعد الحقن؟	لا	نعم		
5. أتفهم الفوائد والمخاطر وأطلب إعطاء اللقاح للشخص المذكور أعلاه الذي أذن لي بتقديم هذا الطلب من أجله.	لا	نعم		
6. هل كان طفلك يشعر بالمرض؟ إذا شعر طفلك بالمرض في يوم العيادة، فيجب عليه البقاء في المنزل.	لا	نعم		
7. هل تلقي طفلك جرعة من لقاح COVID-19؟	لا	نعم		
أ. إذا كانت الإجابة نعم، أي منتج؟	غير ذلك	مودرنا	فايزر	
8. هل عانى طفلك من رد فعل تحسسي خطير أو يهدد حياته، مثل الحساسية المفرطة، أو خلايا النحل، أو صعوبة التنفس؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فهل يُوصف لطفلك قلم epi pen؟ نعم / لا	لا	نعم		
9. هل يعاني طفلك من أي حساسية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى الإدراج:	لا	نعم		
10. هل تلقي طفلك أي لقاحات في الـ 14 يوماً الماضية؟ (بما في ذلك لقاح الانفلونزا)	لا	نعم		
11. هل طفلك حامل أو تفكر في الحمل؟	لا	نعم		
12. هل يعاني طفلك من السرطان أو اللوكيميا أو فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة / الإيدز أو لدية تاريخ من أمراض المناعة الذاتية أو أي حالات أخرى تضعف جهاز المناعة؟	لا	نعم		
13. هل يعاني طفلك من أي مشاكل صحية طبية أو سلوكية أخرى يجب أن نكون على دراية بها؟ يرجى الوصف:	لا	نعم		
14. هل يتناول طفلك أي أدوية تؤثر على جهاز المناعة لديك مثل الستيرويد أو الأدوية المضادة للسرطان أو هل تلقي أي علاجات إشعاعية	لا	نعم		
13. أي ذراع يفضل طفلك للحصول على اللقاح؟	اليسار	اليمين		



اسم العائلة: الاسم الأول: الأوسط الأول:

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ العمر: \_\_\_\_\_ الجنس:  ذكر  أنثى  
الشهر اليوم السنة

العنوان البريدي: المدينة: الرمز البريدي:

رقم الهاتف: ( ) - البريد الإلكتروني:

مزود التأمين \*:

رقم الهوية (ID #): رمز الشخص (لاحقة) (Person Code (Suffix)): \_\_\_\_\_

رقم المجموعة: (Group #) \_\_\_\_\_

اسم المشترك \_\_\_\_\_ علاقته بالمريض: \_\_\_\_\_ تاريخ ميلاد المشترك: \_\_\_\_\_

\* التأمين غير مطلوب؛ يمكن ترك هذا القسم فارغاً إذا لم يكن قابلاً للتطبيق.

العرق الإسباني؟  نعم  لا غير معروفة اللغة الأساسية: \_\_\_\_\_

العرق:  هندي أمريكي / سكان ألاسكا الأصليون  إسباني / لاتيني  مواطن هاواي أصلي / جزر المحيط الهادئ

أسود / أمريكي من أصل أفريقي  أبيض  آسيوي  غير ذلك: \_\_\_\_\_

أوافق على أنه يمكنني مراجعة إشعار ممارسات الخصوصية لخدمات Samaritan Health Services الموجودة على

<https://www.samhealth.org/patient-visitors/patient-privacy-rights>.

الموافقة على تطعيم القاصر:

لقد تقيت أو قرأت أو شرحت لي وفهمت معلومات لقاح COVID-19 المقدمة (المعلومات متوفرة على [www.samhealth.org/getthevaccine](http://www.samhealth.org/getthevaccine)) بموجب هذا أوافق Samaritan Health Services بإدارة اللقاح الذي طلبته على شكل جرعتين. يشمل نطاق هذه الموافقة إعطاء اللقاح، والمناقشة مع مقدم الخدمة إذا طلب ذلك، والرعاية والعلاجات فور الإعطاء حسب الحاجة. في حال اشتكى طفلك من أعراض تتفق مع رد فعل تحسسي، فسيتم معالجته من قبل طاقم طبي في الموقع. قد يشمل ذلك حقن الإبينفرين (epinephrine) ونقله إلى أقرب قسم طوارئ إذا لزم الأمر. لن يقوم الموظفون بكبح جماح الطفل لأغراض التطعيم. لن يتم تطعيم الأطفال الذين يظهرون قلقاً شديداً أو ضيقاً، أو يرفضون الاستمرار في الحقن، أو أي سلوك تخريبي.

أوافق على أن يتم تطعيم الطفل المذكور في أعلى هذا النموذج بلقاح Pfizer-BioNTech COVID-19. (إذا لم يتم توقيع نموذج الموافقة هذا، مؤرخاً، فلن يتم تطعيم الطفل).

توقيع الممثل المخول قانوناً:

التاريخ: \_\_\_\_\_ العلاقة بالطفل: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف حيث يمكن الوصول إليك على الفور إذا لزم الأمر: \_\_\_\_\_