

نموذج الفحص والموافقة للقاح كوفيد-19

الإصدار 1.0 - ديسمبر 30، 2020

نموذج الفحص والموافقة - لقاح كوفيد-19

بطاقة تعريف الهوية(مثال ،رقم البطاقة الصحية)		الاسم	اللقب
طبيب رعاية أولية (طبيب الأسرة أو ممرض ممارس)	<input type="checkbox"/> تفضل عدم الإجابة	<input type="checkbox"/> غير ثنائي	الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر
	عنوان البريد الإلكتروني	الهاتف المحمول (الجوال)	هاتف المنزل
الرمز البريدي	المقاطعة	المدينة	عنوان الشارع
هل هذه جرعتك الأولى أم الثانية من اللقاح؟ <input type="checkbox"/> الأولى <input type="checkbox"/> الثانية إذا الثانية، يرجى ذكر تاريخ الجرعة الأولى: ____/____/____ (شهر، يوم، سنة)		العمر	تاريخ الميلاد (الشهر، اليوم، السنة) ____/____/____

الرجاء الإجابة على جميع الأسئلة أدناه:

إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكر التفاصيل	هل لديك أعراض كوفيد-19 أو تشعر بالمرض اليوم*؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكر التفاصيل	هل سبق أن كان عندك حساسية من أي لقاح (بما في ذلك أول تطعيم لك ضد كوفيد-19 إن وجد) أو أي مكون من مكونات لقاح فايزر-بيو ان تيك أو مودرنا؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكر التفاصيل	هل لديك حساسية من البولي إيثيلين جلايكول (PEG)** الذي يحتوي عليه اللقاح؟ تحدث مع مقدم الرعاية الصحية إذا كنت معروفًا بحساسية من البولي إيثيلين جلايكول** أو كان لديك حساسية من سبب غير معروف. انظر أدناه لمزيد من التفاصيل** <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكر التفاصيل	هل تلقيت لقاحاً آخر (وليس لقاح كوفيد-19) في الأيام الـ 14 الماضية؟ سيطلب منك الانتظار لمدة أسبوعين من تاريخ اللقاح الآخر لتلقي لقاح كوفيد-19 <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكر التفاصيل	هل أنت حامل أو يحتمل أن تكوني حامل؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكر التفاصيل	هل أنت ترضعين؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكر التفاصيل	هل لديك أي مشاكل في الجهاز المناعي أو هل تأخذ أي أدوية يمكن أن تؤثر على الجهاز المناعي (على سبيل المثال، الاستيرويدات عالية الجرعة أو علاج كيميائي)؟ اسأل مقدم الرعاية الصحية إذا لم تكن متأكدًا من حالتك الطبية <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
	هل لديك احد امراض المناعة الذاتية؟ اسأل مقدم الرعاية الصحية إذا لم تكن متأكدًا من حالتك الطبية <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكر التفاصيل	هل تعاني من اضطراب النزيف أو تتناول أدوية يمكن أن تؤثر على تخثر(تجلط) الدم (على سبيل المثال، ادوية سيولة الدم)؟ اسأل مقدم الرعاية الصحية إذا لم تكن متأكدًا من حالتك الطبية <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

<p>هل شعرت من قبل انك سيغمى عليك أو اغمى عليك بعد عملية تطعيم سابقة أو إجراء طبي؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p>	<p>إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكر التفاصيل</p>
<p>* يمكن أن تشمل أعراض لقاح كوفيد-19 على الحمى، بداية جديدة من السعال أو تفاقم السعال المزمن، ضيق في التنفس، صعوبة في التنفس، التهاب الحلق، صعوبة البلع، انخفاض أو فقدان حاسة الشم أو التذوق، قشعريرة، صداع، التعب الغير مبرر / الشعور بعدم الارتياح / الام العضلات، الغثيان / القيء، الإسهال أو ألم في البطن، العين الوردية، أو سيلان الأنف أو احتقان الأنف دون سبب معروف آخر أو، بالنسبة لأولئك الذين تزيد أعمارهم عن 70 عاما، حالات سقوط غير مبررة أو متزايدة ، وانخفاض وظيفي حاد، وتفاقم الأمراض المزمنة أو الهذيان</p>	<p>** بولي إيثيلين جلايكول (PEG) نادرا ما يسبب حساسية وهو موجود في منتجات مثل الأدوية ومنتجات إعداد الأمعاء لمناظير القولون والمسهلات وشراب السعال ومستحضرات التجميل وكريمات البشرة والمنتجات الطبية المستخدمة على الجلد وأثناء العمليات ومعجون الأسنان والعدسات اللاصقة ومحلول العدسات اللاصقة. يمكن تواجده أيضا في الأطعمة والمشروبات ، ولكن ليس من المعروف عنه أنه يسبب حساسية من الأطعمة أو المشروبات</p>
<p>قد يرغب المستشفى ووحدة الصحة العامة المحلية ووزارة الصحة في التواصل معك لأغراض تتعلق بلقاح كوفيد-19 (على سبيل المثال، الاتصالات لتذكيرك بمواعيد المتابعة، لاعطائك إثبات التطعيم، وإخبارك عن المشاريع البحثية. أوافق على تلقي اتصالات عن طريق:</p> <p><input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> الهاتف / الرسائل القصيرة (SMS)</p>	<p>لقد قرأتها (أو تم قراءتها لي) وأنا أفهم "ورقة معلومات لقاح كوفيد-19". لقد أتيت لي الفرصة بما حقق لي الرضا لطرح الأسئلة وإجابتها. <input type="checkbox"/> أوافق على تلقي اللقاح</p> <p>يتم جمع المعلومات الصحية الشخصية في هذا النموذج لغرض تقديم الرعاية لك. وسوف تستخدم ويكشف عنها لهذا الغرض، وايضا عن أعراض أخرى مصرح بها ويتطلبها القانون. فعلى سبيل المثال، سيتم الكشف عنه إلى كبير أطباء الصحة ووحدة الصحة العامة في أونتاريو حيثما يكون الكشف ضرورياً لغرض من أغراض قانون حماية الصحة وتعزيزها. <input type="checkbox"/> أقر بأنني قرأت وفهمت البيان المذكور أعلاه.</p>
<p>التوقيع</p>	<p>الاسم بحروف واضحة</p> <p>تاريخ التوقيع</p> <p>إذا كان التوقيع لشخص آخر غيرك، يرجى ذكر علاقتك بذلك الشخص الآخر:</p> <p><input type="checkbox"/> إذا كان التوقيع لشخص آخر غيري، وأكد أنني الوالد / الوصي القانوني أو صانع قرار بديل.</p>

هذا الجزء خاص بالعبادة فقط			
العامل المسبب	مرض كوفيد 19	اسم المنتج	المجموعة (اللوت #)
الموقع التشريحي	<input type="checkbox"/> العضلة الدالية اليسرى	<input type="checkbox"/> العضلة الدالية اليمنى	المسار العضل
تاريخ الاعطاء/...../..... (شهر/يوم/سنة)	وقت الاعطاءصباحا - مساءا
اعطى بواسطة (الاسم، الصفة الرسمية)	معتد من		
سبب التحصين	<p><input type="checkbox"/> عامل رعاية صحية <input type="checkbox"/> عامل الرعاية الصحية: دار الرعاية طويلة الأجل <input type="checkbox"/> عامل الرعاية الصحية: دار التقاعد</p> <p><input type="checkbox"/> دار الرعاية طويلة الأجل: مقيم <input type="checkbox"/> دار التقاعد : مقيم <input type="checkbox"/> سن متقدمة: مسكن المجتمع</p> <p><input type="checkbox"/> الموظفون الآخرون في الرعاية الحادة، و دار الرعاية طويلة الأجل ، و دور التقاعد <input type="checkbox"/> مجتمع السكان الأصليين <input type="checkbox"/> البالغين من الرعاية الصحية المزمنة</p>		
سبب عدم اعطاء التحصينات	<p>مقدم الرعاية الصحية: <input type="checkbox"/> يحدد منع استخدام التحصين <input type="checkbox"/> يوصي بالتحصين ولكن لا توجد موافقة <input type="checkbox"/> يحدد أن التطعيم سيتم تأجيله مؤقتاً</p>		
تاريخ جرعتك 2 من اصل 2 :	صباحا - مساءا (شهر/يوم/سنة)		