

فرم رضایتنامه برای غربالگری کووید-19

فرم غربالگری و رضایتنامه - واکسن کووید-19

Version 1.0 – December 30, 2020

نام خانوادگی		نام	
شماره شناسایی (مثل شماره کارت بهداشت)		نام	
جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> نمی خواهم بگویم <input type="checkbox"/>		پزشک خانواده یا پرستار اصلی	
ایمیل	تلفن موبایل	تلفن منزل	
کد پستی	استان	شهر	آدرس
آیا این نخستین یا دومین دوز واکسن شماست؟ نخستین <input type="checkbox"/> دومین <input type="checkbox"/>		سن	تاریخ تولد (month, day, year)
اگر دوز دوم است لطفاً تاریخ دوز نخست را وارد کنید. (month, day, year) ____/____/____			____/____/____

لطفاً به همه ی پرسشهای زیر پاسخ دهید:

آیا امروز علائم کووید-19 دارید یا احساس بیماری* می کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	اگر بله لطفاً جزئیات بیشتری وارد کنید.
آیا شما بیشتر هیچگونه واکنش حساسیتی به هیچ واکسنی (از جمله نخستین دوز واکسن کووید-19 خود) یا هر ماده تشکیل دهنده واکسن فایزر-بیونتک یا مدرنا دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	اگر بله لطفاً جزئیات بیشتری وارد کنید.
آیا شما به پلی اتیلن گلیکول (PEG) که در واکسن موجود است حساسیت دارید؟ اگر می دانید که به پلی اتیلن گلیکول ** حساسیت دارید یا به علت ناشناخته ای واکنش حساسیتی داشته اید ، با ارائه دهنده خدمات بهداشتی خود صحبت کنید. برای اطلاعات بیشتر قسمت زیر را مطالعه کنید** <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مطمئن نیستم	اگر بله لطفاً جزئیات بیشتری وارد کنید.
آیا در 14 روز گذشته واکسن دیگری (غیر از واکسن کووید-19) دریافت کرده اید؟ از شما خواسته خواهد شد تا دو هفته بعد از دریافت واکسن دیگر صبر کنید بعد واکسن کووید-19 خود را دریافت کنید. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	اگر بله لطفاً جزئیات بیشتری وارد کنید.
آیا اکنون باردار هستید یا ممکن است باردار باشید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	اگر بله لطفاً جزئیات بیشتری وارد کنید.
آیا در حال شیر دادن هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	اگر بله لطفاً جزئیات بیشتری وارد کنید.
آیا هر گونه ناراحتی سیستم ایمنی دارید و یا دارویی مصرف می کنید که ممکن است روی سیستم ایمنی شما تاثیر بگذارد؟ (مثلاً دوز بالای استروئید ها، شیمی درمانی) اگر از وضعیت پزشکی خود مطمئن نیستید از ارائه دهنده خدمات بهداشتی خود سوال کنید. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	اگر بله لطفاً جزئیات بیشتری وارد کنید.
آیا بیماری خودایمنی دارید؟ اگر از وضعیت پزشکی خود مطمئن نیستید از ارائه دهنده خدمات بهداشتی خود سوال کنید. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	اگر بله لطفاً جزئیات بیشتری وارد کنید.

آیا بیماری مرتبط با انعقاد خون دارید یا دارویی مصرف می کنید که ممکن است روی انعقاد خون اثر بگذارد (مانند اسپرین)؟ اگر از وضعیت پزشکی خود مطمئن نیستید از ارائه دهنده خدمات بهداشتی خود سوال کنید. بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اگر به لطفاً جزئیات بیشتری وارد کنید.
--	---------------------------------------

آیا هیچگاه در هنگام واکسناسیون یا در حین انجام یک عمل پزشکی احساس غش داشته اید یا غش کرده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اگر به لطفاً جزئیات بیشتری وارد کنید.
---	---------------------------------------

*علائم کووید-19 می تواند شامل تب ، شروع سرفه یا بدتر شدن سرفه مزمن ، تنگی نفس ، مشکل تنفس ، گلودرد ، مشکل در بلع ، کاهش یا از بین رفتن حس بو و طعم ، لرز ، سردرد ، خستگی غیرقابل توضیح / ضعف / درد عضلانی ، حالت تهوع / استفراغ ، اسهال یا درد شکم ، چشم صورتی ، آبریزش بینی یا گرفتگی بینی بدون علت مشخص دیگر یا برای افراد بالای 70 سال ، تعداد غیر قابل توضیح یا افزایش زمین خوردن ، افت شدید حاد عملکرد ، بدتر شدن مزمن شرایط یا هذیان باشد	**پلی اتیلن گلیکول (PEG) به ندرت می تواند باعث واکنش های آلرژیک شود و در محصولاتمانند داروها ، محصولات آماده سازی روده برای کولونوسکوپی ، ملین ها ، شربت های سرفه ، مواد آرایشی ، کرم های پوستی ، محصولات پزشکی برای استفاده بر روی پوست و در حین عمل ، خمیر دندان ، لنزهای تماسی و محلول لنز یافت می شود. PEG همچنین می تواند در غذاها یا نوشیدنی ها وجود داشته باشد، اما تاکنون دیده نشده از طریق غذاها یا نوشیدنی ها باعث واکنش حساسیتی شود.
---	---

بیمارستان، واحد های بهداشت عمومی یا وزارت بهداشت ممکن است به دلایل مرتبط به واکسن کووید-19 بخواهند با شما تماس بگیرند (مثلاً برای یادآوری قرارهای بعدی، یا برای ارائه ی فرم تایید واکسناسیون یا پروژه های تحقیقاتی). من رضایت دارم که با ما من از راههای زیر تماس گرفته شود: ایمیل <input type="checkbox"/> تلفن/اس ام اسم <input type="checkbox"/>	اطلاعات بهداشتی شخصی موجود در این فرم به منظور ارائه خدمات بهداشتی به شما جمع آوری می شود. این اطلاعات برای این منظور ، و همچنین سایر اهداف مجاز و قانونی مورد استفاده قرار می گیرد و گزارش می شود. به عنوان مثال، این اطلاعات ممکن است در صورت نیاز طبق قانون حفاظت و ارتقا سلامت به افسر پزشکی بهداشت کل و واحدهای بهداشت عمومی اوتاریو گزارش شود. من تایید می کنم که جملات بالا را خوانده ام و می فهمم. <input type="checkbox"/>	من برگه اطلاعات واکسن کووید-19 را خوانده ام (یا برایم خوانده شده است) و آن را می فهمم. من فرصت آن که سوال بپرسم و به سوالاتم تا حد رضایتم پاسخ داده شود را داشته ام. من به دریافت واکسن رضایت دارم. <input type="checkbox"/>
---	--	---

تاریخ امضا	نام	امضا
------------	-----	------

اگر از طرف کسی غیر از خود امضا می کنم تایید می کنم که من والد، سرپرست قانونی یا تصمیم گیرنده ثانوی آن شخص هستم. <input type="checkbox"/>	اگر از طرف کس دیگری امضا می کنید، لطفن نسبت خود را با ایشان ذکر کنید:
--	---

فقط برای استفاده ی کلینیک					
دوز	# شماره	نام محصول	کووید-19	عامل	
شماره دوز #	درون عضلانی	شبه تزریق	<input type="checkbox"/> دلتووید راست <input type="checkbox"/> دلتووید چپ	محل آناتومیک	
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	am pm : _____	زمان ارائه واکسن	(m/d/yyyy) _____ / _____ / _____	تاریخ ارائه واکسن	واکنش بد به واکسن؟
اجازه داده شده توسط	محل	ارائه دهنده واکسن (نام، شغل)			
ارائه دهنده خدمات بهداشتی <input type="checkbox"/> ارائه دهنده خدمات بهداشتی، محل مراقب طولانی مدت <input type="checkbox"/> ارائه دهنده خدمات بهداشتی: منزل بازنشستگی <input type="checkbox"/> محل مراقبت طولانی مدت: مقیم <input type="checkbox"/> منزل بازنشستگی: مقیم <input type="checkbox"/> سن بالا: زندگی در محله <input type="checkbox"/> دیگر کارمندان بیمارستان، محل مراقبت طولانی مدت، منزل بازنشستگی، محله بومی <input type="checkbox"/> بالغ با بیماری مزمن					
ارائه دهنده خدمات بهداشتی <input type="checkbox"/> معتقد است واکسن توصیه شده نیست <input type="checkbox"/> واکسن را توصیه می کند ولی رضایت نامه دریافت نشده است <input type="checkbox"/> تعیین شده است که واکسناسیون موقتاً به تعویق بیفتد. <input type="checkbox"/>					
am pm : _____		(month, day, year) _____ / _____ / _____		دوز دوم از دوم برای این تاریخ برنامه ریزی شده است	