

ملصق المريض هنا

التطعيم ضد كوفيد-19
الصفحة 1 من 1

- ا. شرح إعطاء اللقاح والغرض منه والفوائد المتوقعة منه. أفهم أنني سألتقى اللقاح عن طريق الحقن بإبرة، وأن الهدف منه تقليل احتمالات مرضي بسبب عدوى كوفيد-19. وعدوى كوفيد-19 يمكن أن تؤدي إلى مضاعفات خطيرة قد تؤدي إلى الوفاة. وقد أحتاج إلى حقنة واحدة أو حقنتين بالإضافة إلى حقن الجرعات التنشيطية، وذلك اعتماداً على لقاح كوفيد-19 الذي سأحصل عليه. وأنا أوافق على عدم مغادرة مكان التطعيم لمدة 15 دقيقة على الأقل بعد تلقي اللقاح حتى يمكن لفريق العمل تقديم الرعاية لي إذا تعرضت لرد فعل عكسي بسبب اللقاح.
- ii. المخاطر المحتملة للإجراء وحدود الفائدة منه. أفهم أنني قد أعاني من وجع، أو احمرار، أو تورم، أو أكثر من واحد من هذه الأعراض، في مكان الحقن. يوضح بيان حقائق التصريح باستخدام اللقاح لحالات الطوارئ (EUA) والصادر عن إدارة الغذاء والدواء (FDA) المخاطر والفوائد المهمة الأخرى المعروفة والمحملة للقاح، وكيف أن هذه المخاطر والفوائد غير معروفة بالكامل. وقد حصلت على بيان الحقائق وقائمة مراجعة ما قبل التطعيم الخاصين باللقاح وقرأتهما. وإذا كانت لدي أي أسئلة أخرى حول الإجراء، فسأطرحها قبل تلقي اللقاح. ومن غير الواضح مدة استمرار أي فوائد محتملة للقاح؛ أو هل سيكون فعالاً ضد طفرات فيروس كوفيد-19 أم لا. وأنا أدرك أنني قد أظل معرضاً للإصابة بمرض كوفيد-19، وقد أنقل الفيروس إلى غيري. ولهذا السبب، فإن اللقاح لا يعني عن ارتداء الكمامة، والتباعد الاجتماعي، ونظافة اليدين.
- iii. بدائل العلاج. أفهم أنه يمكنني رفض تلقي لقاح كوفيد-19، ولكن لا توجد حالياً بدائل فعالة معروفة للوقاية من عدوى كوفيد-19 إلا ارتداء الكمامة، والتباعد الاجتماعي، ونظافة اليدين.
- iv. الاحتياطات/موانع الاستعمال على حسب إجاباتك، قد لا يُوصف لك الحصول على اللقاح.

هل تعاني من حمى أو تشعر بتوعك اليوم؟	<input type="checkbox"/> لا أو <input type="checkbox"/> نعم - إذا كانت الإجابة نعم، فسيتم تأجيل اللقاح حتى تتحسن حالتك.
هل سبقت لك الإصابة برد فعل تحسسي (مثل الحساسية الشديدة (التأق) أو الشرى أو الحكة) بسبب أي مكون من مكونات هذا اللقاح؟	<input type="checkbox"/> لا أو <input type="checkbox"/> نعم - إذا كانت الإجابة نعم، فيجب التوقف وعدم إعطاء اللقاح.
هل سبقت لك الإصابة برد فعل تحسسي فوري بسبب لقاح آخر؟	<input type="checkbox"/> لا أو <input type="checkbox"/> نعم - إذا كانت الإجابة نعم، فاستشر الطبيب وفكر في تأجيل تلقي اللقاح.
هل سبقت لك الإصابة بأي رد فعل تحسسي فوري بسبب العلاج بالحقن أو صبغات التباين التي تُعطى في الوريد للفحوص التصويرية؟	<input type="checkbox"/> لا أو <input type="checkbox"/> نعم - إذا كانت الإجابة نعم، فاستشر الطبيب وفكر في تأجيل تلقي اللقاح.
هل سبقت لك الإصابة بالتأق؟	<input type="checkbox"/> لا أو <input type="checkbox"/> نعم - إذا كانت الإجابة نعم، فيجب أن يخضع الشخص للملاحظة لمدة 30 دقيقة.

- v. استخدام المعلومات الصحية. أفهم أنه سيتم الإبلاغ عن سجلات إعطاء هذا اللقاح والجرعات التنشيطية الدورية إلى الهيئات التنظيمية الفيدرالية و/أو في الولاية، وأنا أصرح بمشاركة سجل تلقي لقاح كوفيد-19 الخاص بي مع طبيب الصحة العامة المتابع لي؛ واستخدامه أو مشاركته لأغراض المدفوعات، وجودة الرعاية، وسلامة المرضى، والأغراض البحثية. إذا كنت موظفاً حالياً لدى MaineHealth، فأنا أيضاً أفوض MaineHealth بصفتها مقدم رعاية صحية في تقديم السجلات المتعلقة بإعطاء هذا اللقاح وأي جرعات تنشيطية إلى إدارة Employee Health Services Department (الخدمات الصحية للموظفين) في MaineHealth والاطلاع على معلومات التطعيم المتاحة في قاعدة بيانات ImmPact بالولاية. بخلاف ذلك، سيتم التعامل مع المعلومات وفقاً لإشعار MaineHealth بشأن ممارسات خصوصية المعلومات الصحية، والمتاح على الإنترنت على <https://www.mainehealth.org/-/media/Maine-Medical-Center/Files/Psychiatry/Notice-Privacy-Practices-2017.pdf>، ويمكن الحصول على نسخ مطبوعة منه عند الطلب.

- vi. الاتصال الهاتفي. أوافق على أن تتصل بي MaineHealth أو وكلاهما عن طريق الهاتف (الهاتف المحمول أو الخط الأرضي)، أو عبر رسالة نصية، أو رسالة صوتية على رقم الهاتف الذي قدمته من قبل. وتسري هذه الموافقة على الأشخاص الذين يتصرفون نيابة عني.

اسم الشخص الذي يجب الاتصال به في حالات الطوارئ: _____ رقم هاتف الشخص الذي يجب الاتصال به في حالات الطوارئ: _____

التاريخ	الوقت صباحاً/مساءً	التوقيع <input type="checkbox"/> المريض <input type="checkbox"/> الوالد <input type="checkbox"/> الوصي <input type="checkbox"/> الممثل المعتمد	الاسم بخط واضح
في حالة تقديم الموافقة هاتفياً، مقدم الموافقة: <input type="checkbox"/> المريض <input type="checkbox"/> شخص آخر			رقم الهاتف
التاريخ	الوقت صباحاً/مساءً	توقيع الشاهد (للموافقة عبر الهاتف أو عندما يكون المريض غير قادر بدنياً على التوقيع)	الاسم بخط واضح
مترجم فوري إلى: <input type="checkbox"/> لغة الإشارة <input type="checkbox"/> لغة أجنبية <input type="checkbox"/> غير ذلك			الاسم بخط واضح أو معلومات التعريف
التاريخ	الوقت 24 ساعة	توقيع الطبيب أو من ينوب عنه	الاسم بخط واضح

بيانات يستوفيهما فريق العمل فقط:

المريض حدث له رد فعل عكسي فوري بسبب اللقاح. المريض لم يحدث له رد فعل عكسي فوري بسبب اللقاح.