

لیبل بیمار در اینجا

- I. **توضیحات، هدف و مزایای مورد انتظار فرآیند واکسیناسیون.** من می‌دانم که از طریق تزریق سوزنی، یک واکسن دریافت خواهم کرد که هدف آن کاهش احتمال ابتلای من به بیماری ناشی از عفونت کووید-19 است. عفونت‌های کووید-19 ممکن است عوارض جدی و کشنده‌ای داشته باشند. بسته به نوع واکسن کووید-19، ممکن است به یک یا دو تزریق و تزریق‌های دوره‌ای دوز تقویت‌کننده نیاز داشته باشم. موافقت می‌کنم که حداقل 15 دقیقه بعد از تزریق واکسن در محل واکسیناسیون بمانم تا در صورت بروز واکنش نامطلوب به واکسن بتوانم معاینه شوم.
- II. **خطرات و محدودیت‌های بالقوه مربوط به این روند.** من می‌دانم که ممکن است در محل تزریق احساس درد، قرمزی، و/یا تورم کنم. سایر خطرات و مزایای بالقوه و شناخته شده واکسن، و اینکه این خطرات و مزایا تا چه حد ناشناخته هستند، در یک برگه اطلاعات مجوز استفاده اضطراری (EUA) FDA توضیح داده شده اند. من این برگه اطلاعاتی و یک فهرست بازبینی قبل از واکسیناسیون مربوط به این واکسن را دریافت و مطالعه کرده‌ام. اگر درباره این روند پرسش دیگری داشته باشم، قبل از انجام واکسیناسیون آنها را مطرح خواهم کرد. مشخص نیست که مزایای بالقوه واکسن چه مدت ممکن است باقی می‌ماند؛ یا آیا واکسن در برابر اشکال جهش‌یافته و ویروس کووید-19 مؤثر خواهد بود یا خیر. من می‌دانم که هنوز امکان دارد به کووید-19 مبتلا بشوم، و ممکن است ویروس را به سایر افراد منتقل کنم. به همین خاطر، تزریق واکسن نیاز به استفاده از ماسک، رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی، و بهداشت دست را منتفی نمی‌کند.
- III. **موارد درمان جایگزین.** من می‌دانم که می‌توانم از تزریق واکسن کووید-19 خودداری کنم. در حال حاضر به غیر از ماسک، رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی، و بهداشت دست هیچ جایگزین مؤثر شناخته‌شده‌ای برای پیشگیری از ابتلا به کووید-19 وجود ندارد.
- IV. **اقدامات احتیاطی/موارد منع مصرف بسته به واکنش بدن شما ممکن است واکسن توصیه نشود.**

امروز تب دارید یا احساس ناخوشی می‌کنید؟	<input type="checkbox"/> خیر یا <input type="checkbox"/> بلی - اگر پاسخ شما بلی است، تا زمانی که بهتر شوید، تزریق را به تعویق
سابقه واکنش آلرژیک (برای مثال، آنافیلاکسی، کهیر، خارش) به هر یک از مواد تشکیل‌دهنده این واکسن را دارید؟	<input type="checkbox"/> خیر یا <input type="checkbox"/> بلی - اگر پاسخ شما بلی است، دست نگه دارید، واکسن نزنید.
سابقه هر گونه واکنش آلرژیک فوری به یک واکسن دیگر را دارید؟	<input type="checkbox"/> خیر یا <input type="checkbox"/> بلی - اگر پاسخ شما بلی است، با پزشک مشورت کنید و درباره به تعویق انداختن واکسیناسیون فکر کنید.
سابقه هر گونه واکنش آلرژیک فوری به یک درمان تزریقی یا کنتراست داخل وریدی (IV) را دارید؟	<input type="checkbox"/> خیر یا <input type="checkbox"/> بلی - اگر پاسخ شما بلی است، با پزشک مشورت کنید و درباره به تعویق انداختن واکسیناسیون فکر کنید.
سابقه آنافیلاکسی دارید؟	<input type="checkbox"/> خیر یا <input type="checkbox"/> بلی - اگر پاسخ شما بلی است، تا 30 دقیقه بعد مراقب خود باشید.

- V. **استفاده از اطلاعات بهداشتی.** من می‌دانم که سابقه تزریق این واکسن و دوزهای تقویت‌کننده دوره‌ای به نهادهای نظارتی ایالت و/یا فدرال گزارش داده خواهد شد. من اجازه می‌دهم که سابقه واکسن کووید-19 من در اختیار پزشک مراقبت اولیه من قرار بگیرد؛ و برای اهداف مربوط به پرداخت، کیفیت مراقبت، ایمنی بیمار، و تحقیقات مورد استفاده قرار بگیرد یا به اشتراک گذاشته شود. اگر در حال حاضر در MaineHealth مشغول به کار باشم، به MaineHealth به عنوان یک ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی اجازه می‌دهم که سوابق مربوط به تزریق این واکسن و هر یک از دوزهای تقویت‌کننده را به اداره خدمات بهداشتی کارکنان MaineHealth ارائه دهد و به اطلاعات ایمن‌سازی موجود در پایگاه داده ایالتی ImmPact دسترسی داشته باشد. در غیر این صورت، به این اطلاعات مطابق با اعلان شیوه‌های حفظ حریم خصوصی اطلاعات بهداشتی MaineHealth رسیدگی خواهد شد، و به طور آنلاین در <https://www.mainehealth.org/-/media/Maine-Medical-Center/Files/Psychiatry/Notice-Privacy-Practices-2017.pdf> در دسترس است، و در صورت درخواست نسخه‌های چاپی آن نیز وجود دارد.

- VI. **تماس تلفنی.** من رضایت می‌دهم که MaineHealth یا نمایندگان آن از طریق تلفن (تلفن همراه یا خط ثابت)، پیامک، یا پیام صوتی و شماره تلفنی که قبلاً ارائه شده است، با من تماس بگیرند. افرادی که نماینده من هستند نیز مشمول این رضایت می‌شوند.

نام مخاطب اضطراری: _____ شماره تلفن مخاطب اضطراری: _____

X	X	X
نام با حروف بزرگ _____ شماره تلفن _____	امضا <input type="checkbox"/> بیمار <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> سرپرست <input type="checkbox"/> نماینده مجاز فردی که رضایت می‌دهد: <input type="checkbox"/>	تاریخ _____ ساعت صبح/بعد از ظهر _____ در صورت تماس تلفنی، _____
نام با حروف بزرگ _____ نام با حروف بزرگ یا اطلاعات شناسایی _____	امضای شاهد (برای رضایت تلفنی یا وقتی بیمار از نظر جسمی نمی‌تواند امضا کند) نام با حروف بزرگ یا سایر موارد _____	تاریخ _____ ساعت صبح/بعد از ظهر _____ مترجم شفاهی برای: <input type="checkbox"/> زبان اشاره <input type="checkbox"/> زبان خارجی <input type="checkbox"/> سایر موارد _____
نام با حروف بزرگ _____	امضای پزشک یا فرد منصوب _____	تاریخ _____ ساعت صبح/بعد از ظهر _____

فقط برای استفاده کارکنان:

بیمار نسبت به واکسن واکنش نامطلوب فوری نشان داد. بیمار نسبت به واکسن واکنش نامطلوب فوری نشان نداد.