



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

استمارة الموافقة على اللقاح ضد كوفيد-19

يتم توفير لقاح كوفيد-19 للحد من انتشار كوفيد-19 في البلاد. مع زيادة عدد الذين تم تطعيمهم، سيزداد أيضًا عدد أولئك الذين يطورون الأجسام المضادة التي ستقلل من احتمال الإصابة بأعراض أكثر خطورة من كوفيد-19. بشكل غير مباشر، يمكننا حماية الأكثر عرضة للخطر غير المؤهلين لتلقي اللقاح.

قرر اجتماع اللجنة الخاصة لمجلس لجنة Muzakarah الوطنية للشؤون الدينية الإسلامية في ماليزيا الذي عقد في 3 ديسمبر 2020 أن لقاحات كوفيد-19 مسموح بها وإلزامية لأولئك الذين تحددهم الحكومة.

سيتم إعطاء لقاح كوفيد-19 عن طريق الحقن إما بجرعة واحدة أو جرعتين وذلك حسب نوع اللقاح. يتم الحقن بشكل عام في عضلة الكتف إلا في ظروف معينة. نوع اللقاح الذي سيتم توفيره يخضع لنوع اللقاحات المتاحة حالياً.

قد يؤدي تلقي لقاح كوفيد-19 إلى آثار جانبية خفيفة وآثار جانبية أخرى يمكن التبليغ عنها من وقت لآخر.

التاريخ الصحي

- أ. هل عانيت من آثار جانبية شديدة (مثل النوبات، ونوبات الإغماء، ودخول المستشفى) بعد الحصول على أي تطعيم (تطعيمات) سابقاً؟
- نعم لا
- ب. هل عانيت قبل ذلك من الحساسية الشديدة؟
- نعم لا
- ت. هل أنتي حامل أو تخططين للحمل؟ (للمرأة)
- نعم لا
- ث. هل ترضعين حالياً؟ (للمرأة)
- نعم لا

لقد قرأت / قرأت المعلومات المتعلقة بلقاح كوفيد-19 والغرض منه وطريقة إعطاء اللقاح على النحو المنصوص عليه في ورقة معلومات كوفيد-19 لمتلقي اللقاح.

أفهم بموجب هذا أن:

قد يتسبب تلقي لقاح كوفيد-19 في حدوث انعكاسات وآثار جانبية كما هو مذكور في معلومات اللقاح؛ أنا مسؤول عن أي عواقب قد تنشأ نتيجة لقراري / عملي في تلقي اللقاح لأن فوائد اللقاح تفوق آثاره الجانبية

1. لا يضمن اللقاح تمامًا عدم إصابتي بـ كوفيد-19 في المستقبل؛

2. من خلال التوقيع على هذه الموافقة لتلقي لقاح كوفيد-19، أوافق و أتطوع على إكمال عدد جرعات اللقاح كما هو مقرر.

يرجى إكمال الموافقة أدناه (أيهما ينطبق):

• أنا رقم بطاقة الهوية / الشرطة / العسكرية * أوافق / لا أوافق على تلقي حقنة لقاح كوفيد-19 نفسي.

• أنا رقم بطاقة الهوية / الشرطة / العسكرية * أوافق / لا أوافق على تلقي حقنة لقاح كوفيد-19 من أجل * والدي / * المُعالين تحتي, المسمون , رقم بطاقة الهوية / الشرطة / العسكرية

توقيع الشاهد: توقيع المستلم / أحد الأقارب:

الاسم: الاسم:

رقم بطاقة الهوية: رقم بطاقة الهوية:

التاريخ: التاريخ:

* اشطب المحتوى غير ذي صلة

ملاحظة مهمة: لمزيد من المعلومات حول لقاح كوفيد-19، يرجى الرجوع إلى ورقة معلومات كوفيد-19 لمتلقي اللقاح.

شكرا لتعاونكم. يرجى إعادة هذا النموذج إلى العيادة.