



فرم رضایت تزریق واکسن کوید-۱۹

واکسن کوید-۱۹ برای کنترل شیوع کوید-۱۹ در کشور ارائه می شود. هرچه تعداد افرادی که واکسینه شده اند بیشتر می شود، تعداد کسانی که آنتی بادی ایجاد می کنند نیز افزایش می یابد که این احتمال ابتلا به عفونت شدیدتر کوید-۱۹ را کاهش می دهد. به طور غیرمستقیم، ما می توانیم از کسانی که در معرض خطر هستند و واجد شرایط تزریق واکسن نیستند، محافظت کنیم.

جلسه شورای ویژه کمیته ملی مذاکره در امور دینی اسلامی مالزی که در ۳ دسامبر سال ۲۰۲۰ برگزار شد، تصمیم گرفت که واکسن های کوید-۱۹ برای کسانی که توسط دولت معین می شوند مجاز و اجباری است. واکسن های تزریقی کوید-۱۹ با توجه به نوع واکسن در یک (۱) یا دو (۲) دوز تجویز می شوند. تزریق به طور کلی در عضله شانه انجام می شود، مگر در شرایط خاص. نوع واکسنی که ارائه می شود منوط به موجودی واکسن فعلی است.

تجویز واکسن کوید-۱۹ ممکن است باعث عوارض جانبی خفیف و سایر عوارض جانبی احتمالی شود که هر از گاهی گزارش می شود.

سوابق پزشکی (به طور کامل پر شود)

- آیا تا به حال / در حال حاضر
- a. بعد از هرگونه تزریق واکسن که در گذشته داشته اید، عوارض جانبی شدید (مانند تشنج، غش و بستری در بیمارستان) را تجربه کرده اید؟
- b. سابقه واکنش شدید آلرژیک داشته اید؟
- c. باردار هستید یا قصد بارداری دارید؟ (برای خانم ها)
- d. در حال حاضر شیر می دهید؟ (برای خانم ها)
- | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | بله | <input type="checkbox"/> | خیر |
| <input type="checkbox"/> | بله | <input type="checkbox"/> | خیر |
| <input type="checkbox"/> | بله | <input type="checkbox"/> | خیر |
| <input type="checkbox"/> | بله | <input type="checkbox"/> | خیر |

اطلاعات درباره واکسن کوید-۱۹ و هدف آن و همچنین روش تجویز واکسن به نحوه ای که در برگه اطلاعات واکسن کوید-۱۹ برای دریافت کنندگان واکسن ذکر شده است، را خوانده ام / برای من خوانده شده است. من بدین وسیله میفهمم که:

۱. تجویز واکسن کوید-۱۹ ممکن است باعث واکنش یا عوارض جانبی شود، همانطور که در برگه اطلاعات ذکر شده است.

۲. من مسئول هرگونه خطری هستم که ممکن است در نتیجه تصمیم / اقدام من در دریافت واکسن به وجود آید زیرا مزایای واکسن از عوارض آن بیشتر است.

۳. این واکسن به طور کامل تضمین نمی کند که در آینده به کوید-۱۹ آلوده نخواهم شد.

۴. با امضای این فرم رضایت، من به طور داوطلبانه موافقت می کنم که دوزهای مورد نیاز واکسن کوید-۱۹ را طبق برنامه تکمیل کنم.

لطفاً رضایت نامه زیر را تکمیل کنید (هرجا که قابل اعمال است):

• من، به شماره شناسایی/پلیس/نظامی
*موافقم/ مخالفم که تزریق واکسن کوید-۱۹ برای *خودم
انجام شود.

• من، به شماره شناسایی/پلیس/نظامی
*موافقم/ مخالفم که تزریق واکسن کوید-۱۹ برای *والدین/
*شخص تحت قیمومیت من به نام به شماره
شناسایی/پلیس/نظامی انجام شود.

امضای شاهد

امضای دریافت کننده / بستگان دریافت کننده

اسم :
شماره شناسایی :
تاریخ :

اسم :
شماره شناسایی :
تاریخ :

* لطفاً روی قسمت هایی که مرتبط نیست را خط بزنید.

نکته مهم: برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به برگه اطلاعات واکسن کوید-۱۹ برای گیرندگان واکسن مراجعه کنید.

با تشکر از همکاری شما. لطفاً فرم تکمیل شده را به ارائه دهنده خدمات بهداشتی برگردانید.