



فحص الكشف لمطعوم مرض (COVID-19) ونموذج الموافقة*

اسم المتلقي (يرجى الكتابة)		الاسم المفضل	
تاريخ الميلاد	معرفة الجنس الحالي الذكر المعرف أدناه: <input type="text"/>	مفتاح: W - امرأة/فتاة TM - رجل/ولد متحول Q - غير متأكد/اتساءل GNL - الجنس غير مذكور (اكتب) * ضمائر الجنس: اكتب حسب اسم العميل	M - رجل/ولد GNC - الجنس غير مطابق
الجنس المحدد عند الولادة حدد الجنس أدناه: <input type="text"/>	مفتاح: M - ذكر I - خنثى F - أنثى NR - اختار عدم الإجابة	الحالية الاجتماعية حدد الحالية الاجتماعية أدناه: <input type="text"/>	مفتاح: S - أعزب/عزباء D - مطلق/مطلقة M - متزوج/متزوجة W - أرملة U - غير معروف منفصل - منفصل قانوناً PARTNER - شريك حياة
العنوان البريدي	المدينة	الولاية	الرمز
عنوان البريد الإلكتروني			
والد/وصي/بديل (إذا كان ينطبق، يرجى الكتابة)	رقم الهاتف	اللغة المفضلة	
الإثنية حدد الإثنية أدناه: <input type="text"/>	مفتاح الإثنية: DECL - امتنع HIS - من أصول إسبانية NHL - أصول غير إسبانية UNK - غير معروف	العرقية حدد العرقية أدناه: <input type="text"/>	مفتاح العرقية: AIA - أمريكي أصلي أو من سكان آلاسكا الأصليين - آسيوي BAA - أمريكي من أصول إفريقية أو أسود DECL - امتنع NHP - من سكان هاواي أو جزر الهادي الأصليين OTH - غير ذلك أو متعدد العرقيات WHT - أبيض
اسم التأمين الرئيسي	رقم تعريف التأمين الرئيسي	اسم المشترك/تاريخ الميلاد	صلة المشترك بالمريض
عنوان التأمين الرئيسي	رقم مجموعة التأمين الرئيسية	رقم هاتف التأمين الرئيسي	
اسم التأمين الثانوي	رقم تعريف التأمين الثانوي	اسم المشترك/تاريخ الميلاد	صلة المشترك بالمريض
عنوان التأمين الثانوي	رقم مجموعة التأمين الثانوية	رقم هاتف التأمين الثانوي	
موقع المكتب/العيادة حيث يتم إعطاء اللقاح	عنوان/رقم هاتف مقدم الرعاية الأولية		

استبيان فحص الكشف المبكر

1.	هل تشعر بأنك مريض اليوم؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
2.	خلال الأيام 10 الماضية، هل خضعت لاختبار مرض (COVID-19) لأنك عانيت من أعراض وما زلت تنتظر نتائج الاختبار أو أخبرك مقدم الرعاية الصحية بالعزل أو إدارة الصحة بالعزل أو الحجر الصحي في المنزل بسبب الإصابة بمرض (COVID-19) أو المخالطة أو السفر؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
3.	هل تلقيت علاجاً بالأجسام المضادة أو بلازما الشفاء لمرض (COVID-19) خلال آخر 90 يوماً (3 أشهر)؟ إذا كانت الإجابة نعم، متى تلقيت آخر جرعة؟ التاريخ: _____	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
4.	هل سبق وأن عانيت من قبل من رد فعل تحسسي فوري (مثل القشعريرة أو تورم الوجه أو صعوبة التنفس أو الحساسية المفرطة) لأي لقاح أو حقنة أو إبرة أو لأي مكون من مكونات لقاح مرض (COVID-19) أو رد فعل تحسسي شديد (الحساسية المفرطة) لأي شيء؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
5.	هل تلقيت أي لقاحات خلال آخر 14 يوماً (أسبوعين) بما في ذلك حقنة الإنفلونزا؟ إذا كانت الإجابة نعم، كم مضى على حصولك على آخر لقاح؟ التاريخ: _____	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
6.	هل انت حامل أو تفكرين بأن تحملي؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>

7.	هل أنت مصاب بالسرطان أو اللوكيميا أو فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز أو أي حالة أخرى تضعف جهاز المناعة؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
8.	هل تأخذ أية أدوية تؤثر على مناعتك مثل الكورتيزون أو بريدنيزون أو منشطات أخرى أو أدوية مضادة للسرطان أو هل تلقيت أي علاج إشعاعي؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
9.	هل لديك اضطراب نزيف أو تاريخ من الإصابة بتجلط الدم أو هل تأخذ مميع دم؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
10.	هل تلقيت جرعة سابقة من لقاح مرض (COVID-19)؟	إذا كانت الإجابة نعم، أي لقاح؟ <input type="checkbox"/> موديرنا <input type="checkbox"/> فايزر		التاريخ: (إذا كان ينطبق)

تصريح الاستخدام الطارئ

لقد قامت FDA بتوفير لقاح مرض (COVID-19) بموجب تصريح الاستخدام الطارئ (EUA). ويستخدم EUA عندما تكون هناك ظروف تبرر الاستخدام الطارئ للعقاقير والمنتجات البيولوجية خلال حالات الطوارئ مثل جائحة (COVID-19). لم يخضع هذا اللقاح لنفس المراجعة التي تخضع لها المنتجات التي تعتمدها FDA. ومع ذلك، فإن قرار FDA بجعل اللقاح متاحاً يقوم على مجموع الأدلة العلمية المتوفرة مما يدل على أن الفوائد المعروفة والمحتملة للقاح تفوق المخاطر المعروفة والمحتملة.

الموافقة

لقد قرأت، أو سُرحت لي، ورقة المعلومات حول لقاح مرض (COVID-19). أفهم أنه إذا كان لقاحي يتطلب الحصول على جرعتين، فإنني سوف أحتاج إلى إعطائي (الحصول على) جرعتين من هذا اللقاح حتى يكون فعالاً. لقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتمت الإجابة عليها بما يرضيني (وتأكدت من منح الشخص المذكور اسمه أعلاه الذي أذن لي بتقديم موافقة بديلة عنه فرصة لطرح الأسئلة). أنا أفهم منافع اللقاح ومخاطره كما هي موضحة.

أطلب إعطائي لقاح مرض (COVID-19) (أو الشخص المذكور اسمه أعلاه والذي أذن لي بتقديم هذا الطلب وتقديم موافقة بديلة عنه). أنا أفهم بأنه لن تكون هناك تكلفة للحصول على هذا اللقاح. أفهم أنه سيتم تخصيص أي أموال أو مخصصات تترتب على إعطاء اللقاح وتحويلها إلى مقدم اللقاح بما في ذلك المخصصات/الأموال من خطتي الصحية أو Medicare أو الجهات الخارجية الأخرى المسؤولة مالياً عن رعايتي الطبية. أوافق على الإفصاح عن جميع المعلومات المطلوبة (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر السجلات الطبية ونسخ المطالبات والفواتير المفصلة) للتحقق من الدفع وحسب الحاجة لأغراض الصحة العامة الأخرى بما في ذلك الإبلاغ إلى سجلات اللقاحات ذات العلاقة.

التوقيع) المتلقي/البديل/الوصي المتلقي	التاريخ/الوقت	اكتب الاسم بحروف واضحة	الصلة بالمريض، (إذا كان غير المتلقي)
رقم نعرف المترجم الفوري عبر الهاتف أو	التاريخ/الوقت	كتابة: اسم المترجم الفوري وصلته بالمريض	التوقيع: المترجم الفوري

يقوم الشخص الذي يعطي اللقاح بتعبئة المنطقة أدناه			
Which vaccine is the patient receiving today?			
Vaccine Name	Administration		Manufacturer & Lot Number
Pfizer/ BioNTech	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	
Moderna	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	
Janssen	<input type="checkbox"/> Single Dose		

Administration Site Left Deltoid Right Deltoid Left Thigh Right Thigh

Dosage 0.5 ml 0.3 ml

I have provided the patient (and/or parent, guardian or surrogate, as applicable) with information about the vaccine and consent to vaccination was obtained.

Vaccinator Signature: _____

تحديث 29 أبريل 2021

*إن استخدام هذا النموذج اختياري.