



استمارة الفحص والموافقة المتعلقين بالتطعيم ضد مرض (COVID-19)*

اسم المتلقي (أكتب الاسم)		الاسم المفضل	
تاريخ الميلاد	مُعَرَّف النوع الجنساني الحالي	الاختصارات: W – امرأة/ فتاة TW – امرأة/ فتاة متحولة جنسيًا M – رجل/ صبي TM – رجل/ صبي متحول جنسيًا NB – شخص ذو هوية جنسية غير ثنائية GNC – غير متوافق جنسيًا Q – ليست متأكدًا/ متشكك في الهوية الجنسية NR – اختار عدم الرد GNL – النوع الجنساني غير مدرج (يرجى إدراجه) * الضمائر الجنسية: يُدرج بجوار اسم العميل	
الجنس المحدد عند الولادة	الاختصارات: M – ذكر F – أنثى I – ثنائي الجنس NR – اختار عدم الرد	الحالة الاجتماعية يرجى توضيح الحالة أدناه:	الاختصارات: S – أعزب D – مُطلق M – متزوج W – أرمل V – مقترن مدنيًا U – غير معروف SEPARATED – منفصل قانونيًا PARTNER – شريك الحياة
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
والد(ة)/ولي(ة) أمر/ مفوض(ة) (إذا كان ينطبق، يرجى الكتابة)	الهاتف	اللغة المفضلة	
الانتماء العرقي يرجى توضيح الأصل العرقي أدناه:	الاختصارات الخلفية الإثنية: DECL – رفض الإجابة HIS – من أصل إسباني NHL – ليس من أصل إسباني UNK – غير معروف	العرق يرجى توضيح العرق أدناه:	الاختصارات العرقية: AIA – من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان ألاسكا ASN – آسيوي BAA – أمريكي من أصل إفريقي أو من ذوي البشرة السوداء DECL – مرفوض NHP – من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ WHT – من ذوي البشرة البيضاء OTH – غير ذلك أو متعدد الأعراق
اسم التأمين الأساسي	رقم مُعَرَّف التأمين الأساسي	اسم المشترك/ تاريخ الميلاد	العلاقة بين المشترك والمريض
عنوان التأمين الأساسي	رقم مجموعة التأمين الأساسي	رقم هاتف التأمين الأساسي	
اسم التأمين الثانوي	رقم مُعَرَّف التأمين الثانوي	اسم المشترك/ تاريخ الميلاد	العلاقة بين المشترك والمريض
عنوان التأمين الثانوي	رقم مجموعة التأمين الثانوي	رقم هاتف التأمين الثانوي	
موقع العبادة/المكتب الذي يتم فيه إعطاء اللقاح	عنوان/رقم هاتف طبيب الرعاية الأولية		
استبيان الفحص			
1. هل تشعر بالمرض اليوم؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	
2. خلال الأيام الـ 10 الأخيرة، هل أجريت اختبارًا للكشف عن الإصابة بمرض (COVID-19) لأنك تعاني من أعراض ولا تزال تنتظر ظهور نتائج اختبارك أو أوصاك مقدم الرعاية الصحية أو الإدارة الصحية بعزل نفسك أو الخضوع للحجر صحي في المنزل بسبب الإصابة بعدوى مرض (COVID-19) أو مخالطة أحد المصابين بالمرض؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	غير معروف <input type="checkbox"/>
3. هل تمت معالجتك بالعلاج بالأجسام المضادة أو بلازما النقاهة للتعافي من مرض (COVID-19) في الـ 90 يومًا (3 أشهر) الماضية؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فمتى تلقيت جرعتك الأخيرة من العلاج؟ التاريخ: _____	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	غير معروف <input type="checkbox"/>
4. هل سبق أن تعرضت للإصابة برد فعل تحسسي فوري، (مثل بثور، أو تورم في الوجه، أو صعوبة في التنفس، أو حساسية مفرطة)، بسبب تلقي أي لقاح أو حقنة أو جرعة أو أي مكون من مكونات لقاح مرض (COVID-19) أو رد فعل تحسسي شديد (التأق) تجاه أي شيء؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	غير معروف <input type="checkbox"/>
5. هل أنت حامل أو تفكرين في أن تصبحي حاملًا؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	غير معروف <input type="checkbox"/>

6.	هل أنت مصاباً بالسرطان أو سرطان الدم (لوكيميا) أو فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز أو أي حالة طبية أخرى تتسبب في إضعاف الجهاز المناعي؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
7.	هل تتناول أي أدوية تؤثر في جهازك المناعي، مثل الكورتيزون أو البريدنيزون أو أدوية ستيرويد أخرى أو أدوية مضادة للسرطان، أو هل سبق أن خضعت لأي علاجات إشعاعية؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
8.	هل أنت مصاباً باضطراب نزيفي أو لديك تاريخ مرضي بالإصابة بجلطات دموية أو تتناول دواء مميعاً للدم؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
9.	هل لديك تاريخاً بالإصابة بالتهاب العضلة القلبية (التهاب عضلة القلب) أو التهاب التامور (التهاب البطانة المحيطة بالقلب)؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
10.	هل تلقيت جرعة سابقة من لقاحات Moderna أو Pfizer أو Janssen المضادة لمرض (COVID-19)؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	التاريخ: (إذا كان ينطبق)
11.	هل تلقيت جرعة سابقة من أحد اللقاحات المضادة لمرض (COVID-19) المصرح بها من منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, WHO)، ولكن ليس من إدارة الغذاء والدواء (Sinovac – CORONAVAC، AstraZeneca – VAXZEVRIA) (Food and Drug Administration, FDA) و (Serum Institute of India – COVISHIELD، Sinopharm)؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	التاريخ: (إذا كان ينطبق)

ترخيص الاستخدام الطارئ

جعلت إدارة الغذاء والدواء (FDA) لقاح مرض (COVID-19) متاحاً بموجب ترخيص الاستخدام الطارئ (Emergency Use Authorization, EUA). ويتم استخدام ترخيص الاستخدام الطارئ (EUA) عندما تحدث ظروف لتبرير الاستخدام الطارئ للأدوية والمنتجات البيولوجية في أثناء حالة طوارئ، مثل جائحة (COVID-19). ولم يخضع هذا اللقاح لنوع المراجعة نفسه مثل المنتج المعتمد من إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو المنتج المصرح به. ومع ذلك، يستند قرار إدارة الغذاء والدواء (FDA) بشأن جعل اللقاح متاحاً إلى مجمل الأدلة العلمية المتوفرة، مما يدل على أن الفوائد المعروفة والمحتملة للقاح تفوق المخاطر المعروفة والمحتملة.

الموافقة

لقد قرأت، أو شرحت لي، صحيفة المعلومات حول التطعيم ضد مرض (COVID-19). وأعي أنه إذا كان لقاحي يتطلب جرعتين، فسأحتاج إلى أن أعطى (ألتقى) جرعتين من هذا اللقاح حتى يكون فعالاً. وقد أتيت لي الفرصة ل طرح الأسئلة التي تمت الإجابة عنها بشكل كافٍ (وتأكدت من أن الشخص المذكور أعلاه الذي أذن لي بتقديم موافقة بديلة نيابة عنه قد مُنح فرصة ل طرح الأسئلة). وأعلم فوائد التطعيم ومخاطره على النحو المبين.

أطلب إعطائي لقاح مرض (COVID-19) (أو إعطاء الشخص المذكور أعلاه الذي أذن لي بتقديم هذا الطلب وتقديم موافقة بديلة). وأعلم أنني لن أتحمّل أي تكاليف نظير تلقي هذا اللقاح. وأعلم أن التكاليف أو المستحقات نظير إعطاء اللقاح سيتم تخصيصها وتحويلها إلى مزود التطعيم، بما في ذلك التكاليف/المستحقات من خطتي الصحية، أو برنامج Medicare، أو أطراف خارجية أخرى مسؤولة مالياً عن رعايتي الطبية. وأصرح بالكتشف عن جميع المعلومات المطلوبة (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر السجلات الطبية ونسخ المطالبات والفواتير المفصلة) للتحقق من الدفع ولأغراض الصحة العامة الأخرى، بما في ذلك الإبلاغ إلى سجلات اللقاحات المعمول بها، حسب الحاجة.

(توقيع) المتلقي/المفوض/ وصي المتلقي التاريخ/ الوقت أكتب الاسم العلاقة بالمريض (إذا كان غير المتلقي)

رقم مُعرّف المترجم الفوري الهاتفي التاريخ/ الوقت أو

التوقيع: المترجم الفوري التاريخ/ الوقت أكتب: اسم المترجم الفوري وعلاقته بالمريض

الجزء أدناه يستكمّله مقدم اللقاح

ما اللقاح الذي يتلقاه المريض اليوم؟

اسم اللقاح	الجرعة المعطاة	تاريخ صحيفة الوقائع المتعلقة بترخيص الاستخدام الطارئ (EUA)	الجهة المصنعة ورقم الصنف
Pfizer/BioNTech	<input type="checkbox"/> الجرعة الأولى <input type="checkbox"/> الجرعة الثانية		
Moderna	<input type="checkbox"/> الجرعة الأولى <input type="checkbox"/> الجرعة الثانية		
AstraZeneca	<input type="checkbox"/> الجرعة الأولى <input type="checkbox"/> الجرعة الثانية		
Janssen	<input type="checkbox"/> جرعة واحدة		

موضع تلقي الجرعة العضلة الدالية في الكتف اليسرى العضلة الدالية في الكتف اليمنى الفخذ الأيسر الفخذ الأيمن

الجرعة 0.5 مل 0.3 مل

لقد قدمت للمريض (و/ أو ولي(ة) الأمر، و/ أو الوصي، وأو المفوض، حسب الاقتضاء) معلومات حول اللقاح وتم الحصول على الموافقة على التطعيم.

توقيع مقدم اللقاح: _____

تم التحديث في 12 يوليو/ تموز، 2021

* استخدام هذه الاستمارة اختياري.