



تمريض الصحة العمومية لدى مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها بولاية "مين"
نموذج موافقة وفحص الحالة الصحية - لقاح كوفيد-19
يرجى الإجابة عن الأسئلة الآتية فيما يخص الشخص المخطط تلقيه اللقاح.

الاسم:	تاريخ الميلاد:	العمر:	اللغة المفضلة:
هل مؤمن عليك بتأمين صحي؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم: ☐ عام ☐ خاص	الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ غير ثنائي/X ☐ متحول جنسي ☐ يُفضل عدم الإفصاح ☐ أخرى		
العرق:		السلالة:	
☐ أمريكي أسود أو أمريكي من أصل أفريقي ☐ أبيض ☐ سلالة أخرى		☐ إسباني / لاتيني ☐ غير إسباني / غير لاتيني	
الهاتف:		المدينة / الكود البريدي:	
عنوان الشارع:			

لا	نعم	يرجى الإجابة عن الأسئلة الآتية فيما يخص الشخص المذكور أعلاه.
☐	☐	1. هل سبق لك تلقي جرعة من لقاح كوفيد-19؟ إذا كانت الإجابة نعم، يلزم توفر الوثائق الدالة على ذلك.
☐	☐	2. هل عانيت خلال الأيام العشرة الماضية من حمى، أو قشعريرة، أو سعال، أو ضيق في التنفس، أو صعوبة في التنفس، أو إرهاق، أو آلام في العضلات أو في الجسم، أو صداع، أو فقدان جديد للتذوق أو الشم، أو التهاب في الحلق، أو احتقان أو سيلان في الأنف، أو غثيان، أو قيء، أو إسهال؟
☐	☐	3. هل تم نُصِّحكم خلال هذا الوقت بالعزل أو الحجر الصحي؟
☐	☐	4. هل تعاني من ضعف المناعة من مستوى معتدل إلى شديد؟
☐	☐	5. هل عانيت مُسبقاً من رد فعل تحسسي شديد (مثل الحساسية المفرطة)؟ على سبيل المثال، رد فعل غُولجت منه باستخدام أدريالين أو إبينفرين، أو اضطررت للذهاب إلى المستشفى بسببه.
☐	☐	6. هل أصبت مُسبقاً برد فعل تحسسي تجاه جرعة لقاح سابق خاص بكوفيد - 19؟ على سبيل المثال، هل أصبت بمرض طفحي "شرى" أو تورم أو صغير عند التنفس خلال 4 ساعات من تلقي اللقاح؟
☐	☐	7. هل لديك تاريخ مرضي سابق فيما يخص التهاب عضلة القلب أو التهاب التامور؟
☐	☐	8. هل تلقيت علاجاً سلبياً بالأجسام المضادة في آخر 90 يوماً؟
فيما يخص الأشخاص الذي يتلقون اللقاحات ممن تقل أعمارهم عن 18 عاماً، يرجى من أولياء الأمور تظليل أحد المربعات الآتية:		
☐ يمكن تلقيح ابني/ابنتي في غيابي.		
☐ يمكن تلقيح ابني/ابنتي في حضوري.		
التصريح بأخذ اللقاح		
➤ لقد استلمت نسخة من صحيفة وقائع تصريح الاستخدام في حالات الطوارئ -والتي قرأتها، أو شُرح لي- وإنني أفهم فوائد تلقي لقاح كوفيد-19 ومخاطره. ➤ أتفهم أنه سيتم إدخال سجل هذا التلقيح في نظام معلومات التحصين لدى ولاية "مين"، إمباكت. ➤ أتفهم أنه يُنصح بالبقاء في الموقع اليوم لمدة 15 دقيقة على الأقل بعد أخذ اللقاح. ➤ من خلال توقيعي أدناه فإنني أُمْنَح الإذن بتلقيح الشخص المذكور أعلاه بلقاح كوفيد-10.		
X _____ التاريخ:		
توقيع ولي أمر الشخص المراد تلقيحه، أو توقيع الشخص البالغ المطلوب تلقيحه.		
X _____ التاريخ:		
توقيع المترجم الفوري		
للاستخدام الرسمي فقط:		

تاريخ الموافقة على الاستخدام في حالة الطوارئ	المسار	موضع الحقن - العضلة الدالية	توقيع مَقَدَّم اللقاح وأوراق اعتماده	حجم الجرعة	رقم الحصة	الشركة المصنَّعة للقاح	تاريخ إعطاء الجرعة	الجرعة
☐ حقن ☐ عضلي	يسار ☐ يمين						/ /	جرعة رقم 1 / / جرعة رقم 2 / / جرعة رقم 3 / /
درجة الحرارة:								
اكتمال بطاقة لقاح كوفيد - 19: ☐ نعم ☐ لا								