

اسم العائلة أو الكنية _____ اول حرف من اسم الأب _____ الاسم الأول _____

الهاتف الرئيسي _____ / _____ / _____ تاريخ الميلاد (السنة >اليوم >الشهر)

اللغة المفضلة _____ الجنس (حوط إجابة واحدة) : رجل >انثى >يفضل عدم التصريح

العرق

أصل اسباني / لاتيني ليس من أصل إسباني / لاتيني غير معروف اختر عدم الإجابة

لعرق الهنود الأمريكيون أو سكان ألاسكا الأصليين الآسيويون سكان هاواي الأصليين / وسكان جزر المحيط الهادئ الآخرون أسود أو أمريكي من أصل أفريقي أبيض عرق آخر

اختر عدم الإجابة لا نعم هل أنت معاق

العنوان _____

الرمز البريدي _____ الولاية _____ المدينة _____

صاحب العمل _____ البريد الإلكتروني _____

البطاقة الشخصية _____ التأمين الصحي _____

الصلة _____ اسم المشترك _____ رقم الضمان الاجتماعي _____

تاريخ الميلاد _____ رقم الضمان الاجتماعي _____

معلومات الاتصال في حالات الطوارئ

رقم الهاتف _____ الصلة _____ الاسم الكامل _____

Lot# Dose 1	Dose, Route, Site	Provider's Signature & Title	Date Dose #1
	IM, 0._____ml, (Circle which side) R L Deltoid		
Lot# Dose 2	Dose, Route, Site	Provider's Signature & Title	Date Dose #2
	IM, 0._____ml (Circle which side) R L Deltoid		

الاسئلة

حوظ الاجابة

- | | | |
|---|----|-----|
| 1. هل ثبتت إصابتك ب فيروس كورونا خلال الـ ١٤ يوم الاخيرة ؟ | لا | نعم |
| 2. هل تلقيت أي لقاح آخر في آخر خلال الـ ١٤ يوم الاخيرة ؟ | لا | نعم |
| 3. هل تلقيت مضادات حيوية من نوع مونو كلونال او اي نوع من بلازما النقاهاة خلال الـ ١٤ يوم الاخيرة ؟ | لا | نعم |
| 4. الذي تم إعطاؤه مسبقًا أو أي مكون من لقاح كوفيد ١٩ ؟ COVID-19 هل عانيت من رد فعل تحسسي تجاه لقاح | لا | نعم |
| 5. هل لديك حساسية من أي لقاح ؟
على مادة اللاتكس او البيض او مواد حافظة. Pfizer and Moderna. تحتوي لقاحات كوفيد ١٩ فايزر و مودرنا | لا | نعم |

اسم المريض: _____

6. هل عانيت من رد فعل سلبي خطير تجاه لقاح سابق لكورونا ١٩ ؟
- لا نعم

ألم مفصلي (وجع أو ألم في) يتضمن رد الفعل الطبيعي بعد التطعيم ضد فيروس كورونا ما يلي. وقد تكون هذه الأعراض أكثر حدة بعد الجرعة الثانية
المفاصل

- I. إعياء
- II. حمى
- III. قشعريرة
- IV. صداع الراس
- V. ألم عضلي (وجع أو ألم في العضلات)
- VI. غثيان
- VII. ألم موضعي أو احمرار في موقع الحقن

أنا حامل أو مرضع ، هل يمكنني التطعيم؟ نعم ، ولكن يوصى بأن تتلقى بعض المعلومات الإضافية حول التجارب التي سبقت الموافقة على أخذ اللقاح والمخاطر المعروفة للقاحات.

- على الحوامل أو اللواتي قد يصبحن حوامل ، ولهذا السبب تقترح Moderna أو Pfizer / BioNtech لم يتم دراسة لقاح فايزر أو مودرنا . الكلية الأمريكية لأطباء النساء والتوليد إجراء محادثة بين المريضة والطبيب المختص حول مخاطر وفوائد التطعيم .
- على الرغم من أن بعض النساء أصبحن حوامل خلال فترة التجارب المخبرية السريرية للقاح ، إلا أن ذلك لم يكن كافياً لاتخاذ أي قرارات بشأن السلامة.
- في اللقاح يتحلل بسرعة من خلال العمليات الخلوية العادية ولا يدخل MRNA جديدة للاستخدام في البشر ، فإن MRNA في حين أن لقاحات من غير المرجح أن تشكل خطراً على المرأة الحامل أو الجنين. ومع ذلك ، MRNA نواة الخلية. بناءً على المعرفة الحالية ، يعتقد الخبراء أن لقاحات على المرأة الحامل والجنين غير معروفة لأن هذه اللقاحات لم يتم دراستها بشكل كافي في الحوامل. MRNA فإن المخاطر المحتملة للقاحات قد تسبب جميع اللقاحات ردود فعل مناعية بما في ذلك الحمى. قد تسبب الحمى مشاكل في نمو الجنين ، على الرغم من أن هذا الخطر ضئيل . وعواقب التطعيم بشكل عام أثناء الحمل نادرة.
- ، مثل العاملين في مجال MRNA بسبب عواقب العدوى بمرض كورونا ١٩ ، في المجموعات السكانية ، والتي يوصى فيها بأخذ لقاحات الرعاية الصحية ، لذلك يجب تقديم التطعيم للنساء الحوامل أو اللواتي قد يصبحن حوامل ، خاصةً عندما يكون انتشار المرض في المجتمع مصدر قلق.
- بأن المخاوف النظرية المتعلقة بسلامة تطعيم المرضعات لا ACOG لم يتم تضمين النساء المرضعات في معظم التجارب السريرية. توصي تفوق الفوائد المحتملة (المخاوف أقل من الفوائد) . لذلك لا يتوجب وليس ملزماً التوقف عن الرضاعة الطبيعية في حالة أخذ المرضعة لقاح كورونا . ١٩

أفهم مخاطر وفوائد تلقي لقاح كورونا ١٩ أثناء الحمل وأوافق على تلقي التطعيم

الحروف الأولى _____

8. (هل تعاني من أي حالات من أمراض الجهاز المناعي (فيروس نقص المناعة البشرية ، زرع الأعضاء الصلبة ، تلقي العلاجات المثبطة للمناعة ، إلخ . إذا كانت الإجابة بنعم ، فتأكد من مناقشة الجدول الزمني الأمثل للتطعيم مع طبيب الرعاية الأولية الخاص بك.

لا نعم

إذا نعم:

من حالة ، هل يمكنني أخذ اللقاح / أعاني من نقص المناعة المكتسبة من دواء أتناوله

آمن بالنسبة لك. إذا كان لديك جهاز مناعي ضعيف ، فقد يكون اللقاح أقل فعالية ، لكن لا ينبغي أن يسبب آثاراً جانبية إضافية COVID-19 نعم ، لقاح

يرجى ملاحظة أن المرضى الذين يعانون من نقص المناعة لم يتم تضمينهم في التجارب السريرية ، باستثناء عدد قليل من المرضى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية

19- لم تتم دراستها في المرضى الذين يعانون من نقص المناعة وأوافق على تلقي التطعيم. COVID. أفهم أن لقاحات

الحروف الأولى _____

- أتفهم عدم تقديم إجابة دقيقة لأي من حالات كورونا ١٩ ويمكن أن تؤدي سئلة الفحص إلى زيادة خطر إلحاق الأذى بي من التطعيم.
- ولم (FDA) من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (EUA) تمت الموافقة عليه بموجب ترخيص الاستخدام الطارئ COVID-19 أفهم أن دواء لقاح (FDA) يتلق الموافقة الكاملة من إدارة الأغذية والعقاقير.
- لقد تم إخطاري وإعلامي بذلك وأقر بضرورة الانتظار لمدة 15 دقيقة بعد تلقي لقاح كورونا ١٩ قبل تشغيل أي معدات ثقيلة و /أو قيادة مركبة نظراً لخطر حدوث رد فعل سلبي ، بما في ذلك فقدان الوعي .إذا اخترت تشغيل معدات ثقيلة و /أو قيادة سيارة في غضون 15 دقيقة من تلقي التطعيم ، فأنا (Northern Light Health أفهم وأقر أنني أقبل المسؤولية الوحيدة عن جميع المخاطر المرتبطة سواء كانت معروفة أو غير معروفة ؛ اخلي مسؤولية مستشفي ميرسي (وموظفيها ووكلائها ومقاوليها ومسؤوليها من أي ضرر و من جميع الإصابات و الأذى والأضرار المرتبطة بقراري Northern Light Health) وموظفيها ومسؤوليها ومدرائها وشركات التأمين والشركات التابعة لها والشركات التابعة لها ضد أي نوع أنواع من المطالبات والطلبات والإجراءات والمسؤولية والأضرار المتعلقة و التعويضات الجزائية أو المقطوعة ، والمطالبات بأتعاب المحاماة ، والتكاليف والمصروفات ، والمطالبات الفردية أو الجماعية ، والمطالبات من أي نوع آخر ، سواء كانت معروفة أو غير معروفة ، في القانون أو الإنصاف ، أو العقد أو المسؤولية التقصيرية ، المقدمة أو المقدمة من قبل أي طرف ثالث تنشأ أو بأي طريقة تتعلق بقراري تشغيل المعدات الثقيلة و /أو قيادة السيارة في غضون فترة ال ١٥ دقيقة الأولى ، بعد تلقي لقاح كورونا ١٩ . تكون الإقرارات والتصريحات الموصوفة في هذه الفقرة ملزمة لورثتي ، والممثلين الشخصيين ، والإداريين ، والمنفذين ، والمتنازل لهم .
- أنا أتفهم فوائد ومخاطر الحصول على لقاح كورونا ١٩ ، وأنه لا يوجد دواء خالٍ من خطر الضرر ، حتى في المرضى الذين ليس لديهم مشاكل صحية خطيرة .
- سأتجنب تلقي اي تطعيمات او لقاحات أخرى لمدة 14 يوماً بعد تلقي لقاح كورونا ١٩ .

التاريخ (السنة ،اليوم ،الشهر) _____ توقيع المريض:

التاريخ (السنة ،اليوم ،الشهر) _____ توقيع ولي الامر او الوصي للمريض دون ال ١٨ عام

لدينا أربع وثائق مهمة نريدك أن تكون على دراية بها:

- إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بنا الذي يشرح حقوقك عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية ، وكيف نستخدم هذه المعلومات ونكشف عنها.
- حقوقك ومسؤولياتك كمريض.
- نحن نشارك معلومات الرعاية الصحية مع هذا التبادل Health InfoNetتشارك ولاية مين في تبادل السجلات الصحية على مستوى الولاية يسمى Northern Light Health أو موقع ويب Health InfoNet ما لم تختار الانسحاب. إذا كنت ترغب في إلغاء الاشتراك ، فإن نموذج إلغاء الاشتراك متاح على موقع ويب Northern Light Health.
- ملخص لسياسة المساعدة المالية الخاصة بنا ، والذي يشرح برنامج المساعدة المالية الذي تقدمه للمؤهلين.
- Northern Light Health (مستشفى ميرسي) . أعلم بأنني أستطيع طلب نسخة من (أ) موافقة Northern Light Health لمنح الموافقة لتلقي الرعاية الى ممارسات الخصوصية ، (ج) حقوق المريض ومسؤولياته ، (د) معلومات عن تبادل Northern Light Health على العلاج ، (ب) إشعار Northern Light Health من Northern Light Health المعلومات الصحية بما في ذلك فرصة الانسحاب و (هـ) ملخص بلغة واضحة لسياسة المساعدة المالية للصحة في مشفى موظفي العيادة.
- أوافق على تلقي الخدمات
- أوافق على تلقي لقاح كورونا ١٩

أفهم أن اللقاح الذي أوافق عليه يتطلب جرعتين لإنتاج مناعة ضد كورونا ١٩ وأنه من الضروري أن أتلقى جرعتين من اللقاح كما هو مقرر.

التاريخ (السنة ،اليوم ،الشهر) _____ توقيع المريض:

التاريخ (السنة ،اليوم ،الشهر) _____ توقيع ولي الامر او الوصي للمريض دون ال ١٨ عام