

اللقاح المضاد لكوفيد-19 استمارة الموافقة على اللقاح

الإسم و اللقب	
تاريخ الولادة	مكان الولادة
العنوان	الهاتف
البطاقة الصحية	

قرأت المعلومات و تلقيت بلغة أفهمها ترحا للمعطيات المنجزة من قبل الوكالة الإيطالية للأدوية (أيفا) بخصوص اللقاح " _____ "

أخبرت الطبيب بتاريخي المرضي و بالعلاج الذي أتبعه.

أتيح لي الفرصة لطرح جميع الأسئلة حول اللقاح ووضعي الصحي، و تلقيت أجوبة مفصلة و واضحة.

تم تزويدي بشكل صحيح و واضح بكافة المعلومات. فهمت الفائدة من اللقاح و المخاطر المحتملة، كما فهمت البدائل العلاجية المتاحة و نتائج رفض أو العزوف عن أخذ الجرعة الثانية.

إنني أعي كامل الوعي أنه في حال ظهور أي أثر جانبي فمن واجبي إخبار الطبيب المعالج على الفور و اتباع إرشاداته.

أقبل بالانتظار في القاعة مدة 15 دقيقة بعد اللقاح حتى التأكد من عدم ظهور ردات فعل فورية.

أوافق و أقبل بتلقي اللقاح " _____ "

اليوم و التاريخ _____

توقيع الشخص الملحق أو الممثل الشرعي _____

أرفض تلقي اللقاح " _____ "

اليوم و التاريخ _____

توقيع الشخص الذي رفض اللقاح أو الممثل الشرعي _____

الفريق الطبي المشرف على اللقاح:

الطبيب

أقر بأن المعني بالأمر وافق على اللقاح بعد إعلامه بطريقة صحيحة

التوقيع

الطبيب أو العامل الصحي

المهمة:

أقر بأن المعني بالأمر وافق على اللقاح بعد إعلامه بطريقة صحيحة.

التوقيع

ليس من الضروري تواجد العامل الصحي الثاني إذا تم اللقاح في العيادة الطبية، أو بمحل السكن أو بأي مكان يتوفر فقط على طبيب واحد أو عند صعوبات تنظيمية.