

موافقة وعرض أخذ لقاح ضدّ كوفيد-19

عادة ما يعاني الأطفال والياfecون من أعراض خفيفة بسبب كوفيد-19. ومع ذلك ، يمكن للأطفال الذين يصابون بمرض كوفيد-19 أن يعانون من شكل نادر وخطير من الالتهاب المفرد ، كما تظهر عليهم أعراض طويلة الأمد مثل فقدان حاسة الشم والتذوق بعد المرض.

لذلك قررت هيئة الصحة العامة تقديم التطعيم ضد كوفيد-19 الى الأطفال الذين بلغوا 12 عاماً فما فوق.

أظهر تدقيق السلامة الصادر عن وكالة الشؤون الدوائية أن اللقاح آمن وفعال للأطفال من سن 12 عاماً. ويتم إعطاء اللقاح على جرعتين.

تحتاج إلى الموافقة على تطعيم طفلك أو ابنك/ابنتك اليافعين

في هذا النموذج ، تبلغنا ما إذا كان سيتم تلقيح طفلك من خلال وضع علامة في المربع أدناه.

إذا رفضت بصفتك وصياً التطعيم أو إذا لم يتم إعطاء الموافقة ، فلا يمكن تطعيم طفلك. إذا كان طفلك يريد أن يتم تطعيمه وتم الحكم عليه بأنه قد بلغ هذا النضج ، فيمكنه أو يمكنها الموافقة على التطعيم.

أسم الطفل:

الرقم الشخصي للطفل:

هاتف مالك/ة حقّ الحضانة:

نعم، أوافق على تطعيم طفلي ضدّ كوفيد-19

لا، لا أوافق على تطعيم طفلي ضدّ كوفيد-19

التوقيع

المنطقة: التاريخ:

توقيع مالك/ة حقّ الحضانة:

كتابة أسم مالك/ة حقّ الحضانة بوضوح:

توقيع مالك/ة حقّ الحضانة:

كتابة أسم مالك/ة حقّ الحضانة بوضوح:

إذا كانت حضانة الطفل مشتركة يجب توقيع كلا مالكي حقّ الحضانة

أنا مالك/ة حقّ حضانة منفردة

ملاحظة مهمة! إحضار استمارة الموافقة هذه في موعد التطعيم ، وإلا فمن غير الممكن إجراء التطعيم. يمكن إجراء استثناء من خلال تقييم النضج.

إقرار صحي – لقاح ضدّ كوفيد-19

الرجاء تعبئة الإقرار الصحي لكلّ شخص على حدة، يسري على الأشخاص من سنّ 12 عامًا فما فوق.

الاسم:	الرقم الشخصي:
--------	---------------

قبل تطعيمك ضدّ كوفيد-19 نرجو منك الإجابة على الأسئلة التالية:

	لا	نعم
1. عانيت في الماضي من رد فعل تحسسي شديد بعد أخذ تطعيم احتجت نتيجة لذلك الى دخول المستشفى؟		
2. هل لديك حساسية سببت لك مرّة ما ردود فعل تحسسية شديدة احتجت معها الى دخول المستشفى؟		
3. هل لديك ميل لتزايد النزف الدموي نتيجة المرض أو تناولك دواء؟		
4. هل أنت حامل؟		
5. هل قمت بأخذ تطعيم ضدّ شيء آخر غير كوفيد-19 خلال الأيم السبعة الماضية؟		

يتمّ تعبئتها من قبل عيادة التطعيم

Covid-19-vaccin namn:		Dos 1	Dos 2
Batch/lotnummer:			
Höger arm	Vänster arm	Ev annan lokalisation för administrering:	
Ev kommentar:			
Vaccinatörens namn:		Signatur:	
Vårdgivare:		Mottagning/enhet	
Registrerad i Mitt Vaccin			