

رضایتنامه و امکان دریافت واکسن در برابر covid-19

کودکان و نوجوانان در بیشتر موارد علائم بیماری خفیفی از covid-19 نشان می‌دهند. اما کودکانی که به بیماری covid-19 دچار می‌شوند ممکن است گرفتار شکل نادر و جدی از ابر التهاب شده و همچنین علائم بیماری مزمن مانند از دست دادن حس بویایی و چشایی را نشان دهند.

بهمین دلیل سازمان بهداشت عمومی سوئد تصمیم گرفته که به نوجوانانی که ۱۲ سال تکمیل دارند امکان دریافت واکسن covid-19 داده شود.

بررسی امنیتی اداره نظارت بر امور دارویی سوئد نشان داده که این واکسن برای کودکان از ۱۲ سال به بالا امن و موثر است. این واکسن در دو دوز ارائه می‌شود.

شما باید از واکسیناسیون فرزند کودک یا نوجوان خود اعلام رضایت نمایید

در این فرم شما از طریق ضربدر زدن در مربع زیر اطلاع می‌دهید که فرزند شما باید واکسینه شود.

اگر شما بعنوان سرپرست این واکسیناسیون را رد نموده و یا رضایتنامه را تسلیم نکنید، فرزند شما نمی‌تواند واکسینه شود. اگر فرزند شما خودش بخواهد واکسینه شود و تشخیص داده شود که از چنین رشد فکری برخوردار است، خود او می‌تواند از این واکسیناسیون اعلام رضایت کند.

نام کودک:

شماره شناسایی شخصی کودک

شماره تلفن سرپرست



بله، من رضایت خود را از اینکه فرزندم در برابر covid-19 واکسینه شود اعلام می‌کنم.



نه، من از اینکه فرزندم در برابر covid-19 واکسینه شود رضایت ندارم.

امضاء

مکان: تاریخ:

امضاء سرپرست:

نام و نام خانوادگی سرپرست بصورت خوانا:

امضاء سرپرست:

نام و نام خانوادگی سرپرست بصورت خوانا:

اگر سرپرستی کودک مشترک است بایستی هر دو سرپرست امضاء نمایند.



من سرپرستی کودک را بتهایی برعهده دارم.

مهم! این فرم رضایتنامه را در هنگام واکسیناسیون همراه بیاورید در غیر اینصورت نمی‌توان واکسیناسیون را انجام داد. از طریق یک تشخیص بر خورداری از رشد فکری لازم، ممکن است بتوان استثناء قائل شد.

اظهارنامه سلامتی - واکسیناسیون در برابر covid-19

برای هر فرد یک اظهارنامه سلامتی پر کنید، در مورد افراد ۱۲ سال و بالاتر صدق می‌کند.

نام:	شماره شناسایی شخصی:
------	---------------------

در آستانه واکسیناسیون در برابر covid-19 ما از شما می‌خواهیم به پرسش‌های زیر پاسخ دهید:

نه	بله	
		1. آیا هیچگاه بعد از واکسیناسیون واکنش شدیدی نشان داده و نیاز به مراجعه به بیمارستان برای درمان داشته‌اید؟
		2. آیا دارای آنگونه آلرژی هستید که قبلاً منجر به واکنش‌های شدیدی شده که نیاز به مراجعه به بیمارستان برای درمان آن داشته‌اید؟
		3. آیا بدلیل بیماری یا مصرف دارو دچار استعداد افزایش خطر خونریزی می‌باشید؟
		4. آیا بارداری؟
		5. آیا ظرف ۷ روز اخیر در برابر بیماری دیگر غیر از covid-19 واکسن دریافت نموده‌اید؟

این بخش از سوی مرکز واکسیناسیون پر می‌شود:

نام واکسن covid-19	دوز ۱	دوز ۲
Batch/lotnummer:		
بازوی راست	بازوی چپ	مکان اداری احتمالی دیگر:
نظرات احتمالی:		
نام فردی که واکسن را تزریق می‌نماید:		امضاء:
ارائه دهنده خدمات درمانی:		محل پذیرش/ واحد واکسیناسیون:
ثبت شده در Mitt Vaccin		