

فورم رضایت و دعوت برای واکسین علیه کووید-19

اطفال و جوانان عموماً به علائم خفیف کووید-19 مبتلا میشوند. با این حال، اطفالیکه به کووید-19 مبتلا میشوند، ممکن است که از یک نوع نادر و جدی التهاب شدید رنج ببرند و همچنین ممکن است پس از بیماری علائم طولانی مدت، مانند از دست دادن بویایی و حس ذائقه داشته باشند.

به همین دلیل ریاست صحت عامه تصمیم گرفته است، که ان اطفالیکه 12 سال را پوره کرده باشد ان همه را علیه کووید-19 واکسین کنند.

تحقیقات تحفظی ریاست ادویات نشان داده است، که این واکسین برای اطفال 12 ساله محفوظ و مفید است. این واکسین در دو دوز داده میشود.

شما باید فورم رضایت را در رابطه به واکسیناسیون طفل یا نوجوان تانرا خانه پوری کنید.
شما میتوانید از طریق چلیپا نمودن در یکی از خانه ها پیام اجازه واکسین نمودن طفل تانرا بدهید.

اگر شما بحیث سرپرست طفل به واکسیناسیون ،، نخیر،، بگوئید یا فورم رضایت را پس ارسال نکنید، درانصورت طفل شما واکسین نمیشود. اگر طفل شما خودش بخواد که واکسین شود و ارزیابی گردد که او بالغ شده است پس او خودش میتواند که اظهار رضایت کند.

اسم طفل:

شماره شناسائی طفل:

شماره تلفون سرپرست:

بلی، من اظهار رضایت میکنم که طفل من علیه کووید-19 واکسین گردد.

نخیر، من اظهار رضایت نمیکنم که طفل من علیه کووید-19 واکسین گردد.

امضاً

ساحه: تاریخ:

امضای سرپرست:

اسم سرپرست بطور واضح:

امضای سرپرست:

اسم سرپرست بطور واضح:

اگر طفل سرپرستی مشترک داشته باشد پس باید هر دو سرپرست امضای خود را کنند.

من سرپرست تنها هستم.

مهم: در وقت واکسین این فورم رضایت را با خود بیاورید، بدون این فورم واکسین اجرا نمیشود. در حالت استثنائی ارزیابی بالغ بودن صورت میگردد.

اعلامیه سلامتی- واکسیناسیون علیه کووید-19

برای هر شخص جدا یک اعلامیه سلامتی را خانه پوری کنید، این برای اطفالیکه عمریشان 12 یا از ان بالا باشد صدق میکند.

اسم:	شماره شناسائی:
------	----------------

قبل از اینکه شما واکسین شوید، از شما تقاضا میشود که فورم ذیل را خانه پوری کنید.

نخیر	بلی	
		1. آیا وجود تان کدام وخت بعد از واکسین کردن عکس العمل جدی را نشان داده است، که به علت ان نیاز به مراقبت صحی پیدا کرده باشید؟
		2. آیا شما کدام نوع الرژیی دارید که کدام و قت به اندازه عکس العمل شدیدی کرده باشد که شما به علت ان نیاز به مراقبت صحی پیدا کرده باشید؟
		3. آیا شما گرایش خونریزی بیشتر به علت مریضی یا دوا دارید؟
		4. آیا شما باردار هستید؟
		5. آیا شما در 7 روز اخیر علاوه از واکسین کووید-19 کدام واکسین دیگری را انجام داده اید.

از طرف پذیرش واکسیناسیون خانه پوری میگردد:

نام واکسین کووید 19:	دوز 1	دوز 2
شماره دسته:		
دست راست	دست چپ	یک جای دیگر برای مدیریت:
یک یاداشت:		
اسم واکسین دهنده:	امضاً	
مراقبت دهنده:	بخش پذیرش	
	در واکسین من راجستر گردید	