

إقرار الموافقة على إعطاء لقاح كوفيد-19 للقاصرين وفق تصريح الاستخدام الطارئ
(يُرجى الكتابة بوضوح بأحرف الطباعة)
أكمل هذا النموذج فقط إذا وافقت على حصول طفلك على لقاح كوفيد-19

اسم القاصر القانوني كاملاً: _____

بيانات الاتصال بولي الأمر/الوصي القانوني:

رقم التليفون: (_____ - _____ - _____)

تاريخ ميلاد القاصر: _____ / _____ / _____
الشهر / اليوم / السنة

عنوان البريد الإلكتروني: _____

العنوان: _____

عنوان الشارع

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

الأصل الإثني للقاصر (اختر خيارًا واحدًا):

- هسباني أو لاتيني
 غير هسباني أو لاتيني

الأصل العرقي للقاصر (اختر خيارًا واحدًا):

- أبيض
 أسود أو أمريكي من أصل أفريقي
 آسيوي
 أمريكي هندي أو من سكان الأسكا الأصليين
 من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ

جنس القاصر (اختر خيارًا واحدًا): ذكر أنثى

موقع التطعيم: _____

الفئة أو المجموعة المستهدفة بالتطعيم: _____

1. هل يعاني القاصر حاليًا من عدوى نشطة أو مرض تنفسي حاد أو حمى؟ نعم لا
2. هل سبق وأن أصيب القاصر برد فعل تحسسي شديد تجاه أي من مكونات اللقاح المدرجة في نشرة حقائق تصريح الاستخدام الطارئ (EUA) أو في نشرات اللقاح الأخرى التي قُدمت لك؟ نعم لا
3. هل تلقى القاصر لقاحًا آخر لكوفيد-19؟ نعم لا
4. هل أصيب القاصر برد فعل تحسسي شديد بعد جرعة سابقة من هذا اللقاح؟ نعم لا
5. هل تلقى القاصر أي لقاحات أخرى خلال الـ 14 يومًا الماضية؟ نعم لا
6. هل القاصر حامل أو مُرضعة؟ نعم لا
7. هل يعاني القاصر من ضعف المناعة أو يُعالج بدواء يؤثر على جهازه المناعي؟ (على سبيل المثال: الكورتيزون أو بريدنيزون (prednisone) أو الأدوية المضادة للسرطان أو أدوية التهاب المفاصل الروماتويدي أو داء كرون أو الصدفية أو فيروس نقص المناعة البشرية /الإيدز أو اللوكيميا (ابيضاض الدم) أو التهاب المفاصل الرثياني أو العلاج الإشعاعي) نعم لا
8. هل يعاني القاصر من اضطراب نزفي أو يُعالج بدواء مُضاد لتجلط الدم؟ نعم لا
9. هل يعاني القاصر من أية حساسيات؟ نعم لا

أدرك أن لقاح كوفيد-19 الذي يتلقاه القاصر أعلاه يتم إعطاؤه للقاصر أعلاه بموجب ترخيص الاستخدام الطارئ الصادر من إدارة الأغذية والأدوية الأمريكية (FDA). وقد تُلقيت وقرأت نشرة حقائق تصريح الاستخدام الطارئ لمتلقي هذا اللقاح (و/أو نشرات اللقاح الأخرى التي قُدمت لي)، والتي تشرح لي بشكل كامل مخاطر وفوائد تلقي هذا اللقاح. أقر بأن إدارة الصحة العامة بمقاطعة هاميلتون (Hamilton County Public Health - HCPH) لم تقدم أية ضمانات لي أو للقاصر أعلاه حول نتيجة (نتائج) هذا التطعيم، وأدرك أن القاصر أعلاه قد يتعرض لآثار جانبية بعد تلقي هذا اللقاح. وتبعًا للشركة المصنعة للقاح، أدرك أيضًا أنه إذا كان هذا اللقاح يجب إعطاؤه كسلسلة من جرعتين، فإنني أوافق على تحديد موعد على الفور لإعطاء الجرعة الثانية للقاصر أعلاه على النحو الموصى به.

أقر بأن قرارني الشخصي هو أن يتلقى القاصر المذكور أعلاه لقاح كوفيد-19 بموجب تصريح الاستخدام الطارئ، وأمنح إدارة الصحة العامة بمقاطعة هاميلتون الإذن بإعطاء هذا اللقاح للقاصر أعلاه. بالتوقيع أدناه، أؤكد أيضًا أن: القاصر أعلاه يبلغ من العمر 12 عامًا أو أكثر، وأنني قد قرأت هذا الإقرار أو تم شرحه إلي بشكل وافٍ؛ وأن أي أسئلة قد طرأت لدي حول الإقرار أو وثيقة (وثائق) اللقاح التي قدمتها لي إدارة الصحة العامة بمقاطعة هاميلتون قد تمت إجابتها بشكل مُرضٍ؛ كما أقر بفهمي وموافقتي على جميع بنود هذا الإقرار؛ أنا ولي الأمر أو الوصي القانوني للقاصر المذكور أعلاه وأنني قد وقعت على هذا الإقرار طواعية.

التاريخ: _____

توقيع المريض أو ولي الأمر/الوصي القانوني: _____

اسم المريض/ولي الأمر/الوصي القانوني بأحرف الطباعة: _____