

إسم اللقاح:

بيانات الطفل/ة (متلقى اللقاح)

										الإسم رباعي
										الجنسية
<input type="checkbox"/> مصري <input type="checkbox"/> غير مصري، يرجى كتابة الجنسية (.....)										
										الرقم القومي
										رقم الباسبور / وثيقة اللجوء / ملتمسي اللجوء
										النوع
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى										
تاريخ الميلاد _____ / _____ / _____ (يوم / شهر / سنة)										محل الإقامة
										رقم الهاتف (الموبايل)

بيانات ولي الأمر / الممثل القانوني للطفل/ة:

										الصفة
<input type="checkbox"/> ولي الأمر الطفل/ة ، صفته (.....)										
<input type="checkbox"/> ممثل قانوني للطفل/ة ، يرجى إحضار سند ما يثبت ذلك										
										الإسم رباعي
										الجنسية
<input type="checkbox"/> مصري <input type="checkbox"/> غير مصري، يرجى كتابة الجنسية (.....)										
										الرقم القومي
										رقم الباسبور / وثيقة اللجوء / ملتمسي اللجوء
										النوع
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى										
تاريخ الميلاد _____ / _____ / _____ (يوم / شهر / سنة)										محل الإقامة
										رقم الهاتف (الموبايل)

أقرأنا ولي الأمر/ الممثل القانوني بأنه تم الاستفسار عن حالة الطفل/ة الصحية، وقمت بإيضاح الإجابات عن الاستفسارات التالية:

لا	نعم	فحص وبيانات عن متلقى اللقاح
		هل الطفل/ة يعاني اليوم أو خلال العشرة أيام الماضية، من أي عرض من هذه الأعراض (قشعريرة - حمى - سعال - ضيق تنفس - آلام في العضلات والجسم - الصداع - فقدان للطعم أو الرائحة - التهاب الحلق - احتقان أو سيلان الأنف - الغثيان والقيء أو الإسهال)؟
		في خلال الثلاثة أشهر الماضية، هل أصيب الطفل/ة بعدوى كوفيد-19 أو تم الاشتباه في إصابتك بها؟
		هل تلقى الطفل/ة أي تطعيمات في غضون ١٤ يوماً (مثل تطعيم الانفلونزا الموسمية)؟
		هل سبق وأن عانى الطفل/ة من حساسية تجاه دواء أو لقاح ما؟ هل يعاني الطفل/ة من حساسية شديدة تجاه أي نوع من الطعام؟ في حالة وجود أي نوع من الحساسية يرجى ذكرها.
		هل يعاني الطفل/ة من أمراض تتسبب في ضعف المناعة (مثل الأورام السرطانية)؟
		هل يستخدم الطفل/ة أدوية تثبط المناعة (مثل أدوية الأورام السرطانية أو الكورتيكوستيرويدات)؟
		هل يعاني الطفل/ة من أمراض مناعية مثل مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)؟
		هل يعاني الطفل/ة من ضغط الدم المرتفع (غير مستقر)؟
		هل يعاني الطفل/ة من مرض البول السكري (غير مستقر)؟
		هل يعاني الطفل/ة من أمراض القلب المزمنة؟
		هل يعاني الطفل/ة من أمراض عصبية مزمنة أو تشنجات عصبية؟
		هل يعاني الطفل/ة من أمراض الدم (مثل أمراض السيولة أو تجلط الدم)؟

كما أقر بأنني اطّلع على إطلاعاً جيداً بالنيابة عن الطفل/ة متلقي اللقاح على التالي بالإضافة إلى تلقي معلومات من أخصائي الرعاية الصحية المتواجد أثناء عملية التطعيم وتم شرحها لي وهي:

- اللقاح ليس اجبارياً، كما أنه لا يحمي من عدوى فيروس كورونا المستجد بشكلٍ كامل، لكنه قد يقلل من فرص حدوثها ومن فرصة حدوث أعراض حادة أو مضاعفات خطيرة، لذا يتم الاستمرار في إتباع قواعد الوقاية من العدوى بفيروس كورونا المستجد وكافة الإجراءات الاحترازية.
- الجسم يحتاج إلى بضعة أسابيع بعد تلقي الجرعة الثانية من اللقاح ليقيم مناعة ضد فيروس كورونا المستجد.
- أوافق على إعطاء الطفل/ة دورة تطعيم كاملة مكونة من جرعتين ضد عدوى كوفيد-19 (في التطعيمات المكونة من جرعتين)، وأنني قد سُمح لي بفرصة لطرح أي إستفسارات، وأن هذه الإستفسارات قد تمت الإجابة عنها.
- بأنني على علم بأن اللقاح قد تم منحه رخصة الاستخدام الطارئ فقط.
- أعلم بضرورة تلقي الطفل/ة الجرعة الثانية من التطعيم بعد مرور (.....) يوم من تاريخ الحصول على الجرعة الأولى (في التطعيمات المكونة من جرعتين).
- أقر بشخصي وبالنيابة عن الطفل/ة متلقي اللقاح بالآتي:
 - بأنني تلقيت شرحاً وافياً عن اللقاح وعن الآثار الجانبية والمضاعفات، كما أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتم الرد على تلك الأسئلة بشكلٍ كافٍ.
 - بعلمي بجميع الآثار الجانبية و المضاعفات المحتملة والمرتبطة بتلقي اللقاح.
 - بعلمي بكافة المخاطر والفوائد المحتملة والمرتبطة بتلقي اللقاح.
 - بعلمي بوجود التوجه لعيادة متابعة ما بعد اللقاح بمركز التطعيم للإبلاغ عن أي أعراض جانبية قد تظهر في خلال ستة أشهر من تاريخ تلقي اللقاح.
 - بإعفاء الدولة، والسلطات والجهات الصحية في البلاد، وموظفيها، ووكلائها، والشركات التابعة لها، ومصنعي اللقاح، وموظفيهم، وموردي اللقاح، وتابعيهم، ووكلائهم من أي وجميع المسؤوليات أو المطالبات لأي من الأسباب المعروفة وغير المعروفة والتي قد تنشأ عن، أو تتعلق أو ترتبط بأي شكل من الأشكال، بتلقي اللقاح، إلا في حالة الإخلال الجسيم أو المخالفة الصريحة للقواعد والممارسات الطبية السليمة.

- قد تم إعطائي نسخة من إقرار الموافقة هذا.

توقيع ولي الأمر/ الممثل القانوني:

التاريخ (يوم/شهر/سنة):

توقيع الطبيب القائم على عملية التطعيم:

التاريخ (يوم/شهر/سنة):

البصمة