



جمهورية مصر العربية

وزارة الصحة والسكان

إقرار بالموافقة على تلقي لقاح فيروس كورونا المستجد (تحت تصريح الطوارئ)

اسم اللقاح :

أقرأ أنا /

										الاسم رباعي :	
										الرقم القومي :	
										تاريخ الميلاد :	
					أنثى						النوع :
										محل الإقامة :	
										رقم الهاتف (الموبايل)	

أقر بأنه تم الاستفسار مني عن حالتي الصحية ، و قمت بإيضاح الإجابات عن الاستفسارات التالية :

لا	نعم	فحص و بيانات عن متلقي اللقاح و عملية التطعيم
		هل تعاني اليوم أو خلال العشرة أيام الماضية من أي عرض من هذه الأعراض (قشعريرة - حمى - سعال - ضيق تنفس - آلام العضلات و الجسم - الصداع - فقدان للطعم أو الرائحة - التهاب الحلق - احتقان أو سيلان الأنف - الغثيان و القيء أو الإسهال) ؟
		في خلال الثلاثة أشهر الماضية ، هل أصبت بعدوى كوفيد 19 أو تم الاشتباه في إصابتك بها ؟
		هل تلقيت أي تطعيمات في غضون 14 يوماً (مثل تطعيم الإنفلونزا الموسمية) ؟
		هل سبق و أن عانيت من حساسية تجاه دواء أو لقاح ماء ؟ هل تعاني من حساسية شديدة تجاه أي نوع من الطعام ؟ في حالة وجود أي نوع من الحساسية يرجى ذكرها .
		هل تعاني من أمراض تتسبب في ضعف المناعة (مثل الأورام السرطانية) ؟
		هل تستخدم أدوية تثبط في المناعة (مثل أدوية الأورام السرطانية أو الكورتيزون) ؟
		هل تعاني من أمراض مناعية مثل مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) ؟
		هل تعاني من ضغط الدم المرتفع (غير مستقر) ؟
		هل تعاني من مرض البول السكري (غير مستقر) ؟
		هل تعاني من أمراض القلب المزمنة ؟
		هل تعاني من أمراض عصبية مزمنة أو تشنجات عصبية ؟
		هل تعاني من أمراض الدم (مثل أمراض السيولة أو تجلط الدم) ؟
		(للسيدات) هل يوجد حمل في الوقت الحالي أو تخطيط أو تخطيط للحمل في المستقبل القريب (خلال عام) ؟
		(للسيدات) هل ترضعين طفلاً عمراً أقل من 6 شهور ؟



جمهورية مصر العربية

وزارة الصحة والسكان

كما أقر بأني أطلعت جيداً – أو من اخترت من يمثلني – على التالي بالإضافة إلى تلقي معلومات

من أخصائي الرعاية الصحية المتواجد أثناء عملية التطعيم و تم شرحها لي و هي :

- اللقاح ليس إجبارياً ، كما إنه لا يحمي من عدوى فيروس كورونا المستجد بشكل كامل ، لكنه قد يقلل من فرص حدوثها و من فرصة حدوث أعراض حادة أو مضاعفات خطيرة ، لذا يتم الاستمرار في إتباع قواعد الوقاية من العدوى بفيروس كورونا و كافة الإجراءات الاحترازية .
- الجسم يحتاج إلى بضعة أسابيع بعد التلقيح ليقوم بتكوين حماية ضد الفيروس .
- وأفق على تلقي دورة تطعيم كاملة من جرعتين ضد عدوى كوفيد – 19 (في التطعيمات المكونة من جرعتين) ، و إنني قد سُمح لي بفرصة لطرح أي استفسارات و أن هذه الاستفسارات قد تمت الإجابة عنها .
- بأني على علم بأن اللقاح قد تم منحه رخصة الاستخدام الطارئ فقط .
- أعلم بوجود الحصول على الجرعة الثانية من التطعيم بعد مرور (.....) يوم من تاريخ الحصول على الجرعة الأولى (في التطعيمات المكونة من جرعتين) .
- أقر بشخصي و بالنيابة عن ممثلي الشخصيين أو القانونيين بالآتي :
 - بأني تلقيت شرحاً وافياً عن اللقاح الذي اخترت تلقيه و عن الآثار الجانبية و المضاعفات ، كما أتاحت لي الفرصة لطرح الأسئلة و تم الرد على تلك الأسئلة بشكل كاف .
 - بعلمي بجميع الآثار الجانبية و المضاعفات المحتملة و المرتبطة بتلقي اللقاح .
 - بعلمي بكافة المخاطر و الفوائد المحتملة و المرتبطة بتلقي اللقاح .
 - بأنه قد تم توجيهي بالبقاء في موقع التطعيم لمدة 15 دقيقة (أو أكثر في حالات محددة) بعد تلقي اللقاح بغرض المتابعة الطبية ، و أنني على علم بأرقام و سبل الإسعاف في حالات الطوارئ .
 - بإعفاء الدولة ، و السلطات و الجهات الصحية في البلاد ، و موظفيها ، و وكلائها ، و الشركات التابعة لها ، و مصنعي اللقاح ، و موظفيهم ، و موردي اللقاح ، و تابعيهم ، و وكلائهم من أي و جميع المسؤوليات أو المطالبات لأي من الأسباب المعروفة و غير المعروفة و التي قد تنشأ عن أو تتعلق أو ترتبط بأي شكل من الأشكال بتلقي اللقاح ، إلا في حالة الإخلال الجسيم أو المخالفة الصريحة للقواعد و الممارسات الطبية السليمة .

البصمة

توقيع ممثلي اللقاح / الممثل القانوني :

التاريخ (يوم / شهر / سنة) :

توقيع الطبيب القائم على عملية التطعيم :

التاريخ (يوم / شهر / سنة) :