

የ ኮቪድ-19 ክትባት ፈቃድ መስጫ ቅጽ

ስሪት 3.0 – ማርች 11, 2021

ፈቃድ መስጫ ቅጽ –ኮቪድ-19 ክትባት

የቤተሰብ ስም		ስም		መታወቂያ (ለምሳሌ የጤና ካርድ ቁጥር)	
ጾታ: <input type="checkbox"/> ሴት <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> መልስ አለመስጠት እመርጣለሁ <input type="checkbox"/> ሌላ: _____				ዋና ዶክተር (የቤተሰብ ዶክተር ወይም ነርስ ፕራክቲሽነር)	
ኢንዱጅነስ (አገር በቀል) ከሆኑ በየትኛው ኢንዱጅነስ መለያ እንደሚታወቁ ምልክት ያድርጉ:- <input type="checkbox"/> ፈርስት ኔሽንስ <input type="checkbox"/> ሜቲስ (የሜቲስ ድርጅት ወይም ሰፈራ አባሎችን ያካትታል) <input type="checkbox"/> ኢኮክ/ኢኮዊት <input type="checkbox"/> ሌላ ኢንዱጅነስ፣ ይግለጹ:- _____ <input type="checkbox"/> መልስ አለመስጠት እመርጣለሁ <input type="checkbox"/> አይታወቅም					
የቤት ስልክ		ሞባይል ስልክ			
አድራሻ		ከተማ	ክፍለ ሃገር (ፕሮቪንስ)	ፖስታል ኮድ	
የትውልድ ቀን (ወር፣ ቀን፣ ዓመተምህረት) ____ / ____ / ____	ዕድሜ	ይህ የመጀመሪያዎ ክትባት ነው ወይስ ሁለተኛዎ? <input type="checkbox"/> መጀመሪያ <input type="checkbox"/> ሁለተኛ ሁለተኛዎ ከሆነ እባክዎን የመጀመሪያውን ክትባት የወሰዱበትን ቀንና የክትባቱን ስም ይጻፉ:- If _____ / _____ / _____ (ወር፣ ቀን፣ ዓመተምህረት) የተሰጠው ክትባት ስም:- _____			

ክትባቱን ለመውሰድ ፈቃድ

የክትባት ቅድመ ጥቅሉን፣ የሚከተሉትን ሰነዶች ጨምሮ አንብቤያለሁ (ወይም ተነባልኛል)፡- ‘የኮቪድ-19 ክትባት መረጃ ወረቀት’ እና ‘ስለ ኮቪድ-19 ክትባት ቀጠሮ ማወቅ ያለብዎት’።

- የሚሰጠኝን ክትባት በተመለከተ ጥያቄዎች ለመጠየቅ ዕድል አግኝቻለሁ፤ በአጥጋቢ ሁኔታም መልስ ተመልሶልኛል።

ክትባቱን፣ እንዲሁም ሁሉንም የሚመከሩ መጠኖች በተከታታይ ለመውሰድ ፈቃደኛ ነኝ።

- ይህንን ፈቃድ በማንኛውም ጊዜ መሰረዝ እንደምችል ይገባኛል።
- የአንድ ግለሰብ ውሳኔ አስተላላፊ ወኪል ሆኜ ፈቃዱን ብሰርዝ ግለሰቡ የሚኖርበትን ማህበረሰብ መገናኘት እንዳለብኝ ይገባኛል።

ልብ ይበሉ፡- ሐሳብዎን ከቀየሩና ይህንን ክትባት ለመውሰድ ፈቃድ መስጠት ካልፈለጉ የኮቪድ-19 ክትባት መውሰድ የሚጠበቅብዎት የክትባት ክሊኒክን ይገናኙ። ይህ ሌላ ሰው ቦታዎን መውሰድ እንዲችል ያደርጋል። በማህበረሰብ የሚኖርበት ቦታ የሚኖር ግለሰብ ወኪል ውሳኔ አስተላላፊ ፈቃዱን ከሰረዘ፣ በማህበረሰብ መኖሪያ ቦታው የአካባቢውን የጤና ክፍል መገናኘት አለበት።

የግል የጤና መረጃ መሰብሰብ፣ መጠቀምና ይፋ የማድረግ ዕውቅና

በዚህ ቅጽ ላይ የሚገኘው የግል ጤና መረጃ የሚሰበሰበው ለእርስዎ ሕክምና ለማቅረብና የክትባት መዝገብ ለመፍጠር ሲሆን፣ በተጨማሪም የአንታሪዮን ኮቪድ-19 ክትባት መርሃ ግብር ለማስተዳደር አስፈላጊ ነው። ይህ መረጃ ጥቅም ላይ የሚውለውና ይፋ የሚወጣው ለእነዚህ ጉዳዮች ለሌሎችም በሕግ ለተፈቀዱና አስፈላጊ ለሆኑ ጉዳዮች ነው። ለምሳሌ፡

- በ Health Protection and Promotion Act (የጤና ጥበቃና ማስተዋወቂያ ሕግ) መሠረት ይፋ ማድረግ አስፈላጊ ስለሆነ፣ ለChief Medical Officer of Health (የጤና ጥበቃ ዋና አፈሰር) እና የአንታሪዮን የጤና ጥበቃ ክፍሎች ይፋ ይደረጋል። እንዲሁም
- ከክፍለ ሃገራዊ የኮምፕዩተር ጤና መዝገብ ክፍል አንዱ ሆኖ ሕክምና ለሚያሰጡዎት አቅራቢዎች ይፋ ሊደረግ ይችላል።

መረጃው በጤና ጥበቃ ሚኒስቴር ቁጥጥርና ጠባቂነት ሥር ያለ የጤና መዝገብ ሥርዓት ውስጥ ይቀመጣል።

በሆስፒታል ሥር የሚተዳደር ክሊኒክ ከሆነ ሆስፒታሉ የጤና ጥበቃ ሚኒስቴር ወኪል ሆኖ መርጃዎን ሰብስቦ፣ ተጠቅሞ ይፋ ያደርጋል።

ከላይ ያለውን መረጃ አንብቤ እንደተረዳሁ ዕውቅና እሰጣለሁ።

ከኮቪድ-19 ክትባት ጋር በተያያዘ ጉዳይ ሆስፒታል፣ የአካባቢው ጤና ጥበቃ ክፍል ወይም የጤና ሚኒስቴር ሊገናኙዎት ይችላሉ (ለምሳሌ ስለ ቀጠሮዎች ለማስታወስና የክትባት መዝገብ ለመስጠት)። እነዚህን የመሳሰሉ መልዕክቶች በኢሜል ለመቀበል ፈቃደኛ ከሆኑ እባክዎን ከታች ያለው ሳጥን ውስጥ ምልክት በማድረግ ይህንን ያመልክቱ።

የመከታተያ መልክዕከቶች ለመቀበል ፈቃደኛ ነኝ፡-

በኢሜል በቴክስት/SMS

ኢሜል ከመረጡ እባክዎን የኢሜል አድራሻዎን ይጻፉ፡- _____

ስለ ምርምር ጥናቶች ለመገናኘት ፈቃድ

ከኮቪድ-19 ክትባት ጋር የተያያዙ የምርምር ጥናቶች ውስጥ መሳተፍን በተመለከተ ተመራማሪዎች እንዲገናኙዎት ፈቃድ የመስጠት አማራጭ አልዎት። እንዲገናኙዎት ፈቃድ ከሰጡ፣ እርስዎን ሊመለከቱ የሚችሉት ጥናቶች የትኞቹ እንደሆኑ ለመወሰን የግል ጤና መረጃዎን ተመራማሪዎች ሊጠቀሙ ይችላሉ። ስምዎና መገናኛ መረጃዎም ለተመራማሪዎች ይፋ ይደረጋል። ስለ ምርምር ጥናቶች እንዲገናኙዎት ፈቃድ ሰጡ ማለት በጥናቱ ውስጥ ለመሳተፍ ተስማሙ ማለት አይደለም። በምርምር ውስጥ መሳተፍ በፈቃደኝነት የሚካሄድ ነው። የኮቪድ-19 ክትባት የመቀበል ብቃትዎ ላይ ምንም ዓይነት ተጽዕኖ ሳይፈጥር የምርምር ጥናቶችን በተመለከተ እንዳይገናኙዎት መወሰን ይችላሉ።

የምርምር ጥናቶቹን በተመለከተ እንዲገናኙዎት ካልፈለጉ እባክዎን ከዚህ በታች ምልክት ያድርጉ።

የምርምር ጥናቶቹን በተመለከተ እንዲገናኙዎት ፈቃድ ሰጥተው ከዛ ሐሳብዎን ቢቀይሩ የጤና ጥበቃ ሚኒስቴርን በvaccine@ontario.ca በመገናኘት በማንኛውም ጊዜ ፈቃድዎን መሠረዝ ይችላሉ።

ይህ የኮቪድ-19 ክትባት የመቀበል ብቃትዎ ላይ ምንም ዓይነት ተጽዕኖ አይፈጥርም።

ከኮቪድ-19 ክትባት ጋር የተያያዙ የምርምር ጥናቶችን በተመለከተ እንዲገናኙኝ ፈቃድ እሰጣለሁ፡-

- በኢሜል
- በቴክስት/SMS
- በስልክ
- በፖስታ

ኢሜል ከመረጡ እባክዎን የኢሜል አድራሻዎን ይጻፉ፡- _____

ከኮቪድ-19 ክትባት ጋር የተያያዙ የምርምር ጥናቶችን በተመለከተ እንዲገናኙኝ ፈቃድ አልሰጥም፡-

ፊርማ	ስምዎን ይጻፉ	የፊርማ ቀን
-----	----------	---------

በሌላ ሰው ስም ከሆነ የሚፈረመው፣ ከዛ ሰው ጋር ያልዎትን ግንኙነት/ዝምድና ይግለጹ፡-

ከራሴ ውጪ ለሌላ ሰው ከሆነ የምፈረመው፣ ወላጅ/አሳዳጊ ወይም ወኪል ውሳኔ አስተላላፊ መሆኔን አረጋግጣለሁ።

Long-Term Care Homes Act, 2007 (የ2007 ዓ.ም. የረጅም ጊዜ እንክብካቤ መስጫ ቤቶች ሕግ)ን በተመለከተ ልዩ ጉዳዮች

ኗሪው/ዋ ክትባቱን ለመውሰድ የሰጠው/የሰጠችው ፈቃድ በማንኛውም ጊዜ ሊሰረዝ ይችላል።

የሕጉን ክፍል 83 የሚመለከት መግለጫ፡-

እባክዎን የሚከተለውን ሕጋዊ ጥበቃ ልብ ይበሉ፡-

የረጅም ጊዜ እንክብካቤ መስጫ ቤት ፈቃድ ያዥ ሁሉ አንድ ኗሪ ከሚከተሉት ምክንያቶች በአንዱ ምክንያት መግባት እንደሚከለከል ወይም ከቤቱ እንደሚባረር እንዳይገነዘብ ወይም ይህ ይደርስብኛል ብሎ እንዳያምን ማረጋገጥ አለበት፡-

- (ሀ) ፊርማ የሌለው ሰነድ፣
- (ለ) የተሰረዘ ስምምነት፣ ወይም
- (ሐ) ሕክምናን ወይም እንክብካቤን በተመለከተ ፈቃድ ወይም መመሪያ ስለተሰጠ፣ ስላልተሰጠ፣ ስለወጣ ወይም ስለተሰረዘ።

ለክሊኒክ አገልግሎት ብቻ

መንገድ	COVID-19	የምርት ስም	ጥቅል #	የክትባት መጠን:
የሰውነት ክፍል ቦታ	<input type="checkbox"/> የግራ ትከሻ <input type="checkbox"/> የቀኝ ትከሻ		ጎዳና	በጡንቻ ውስጥ (IM) መጠን #:
የተሰጠበት ቀን	----- / ----- / ----- (ወር/ቀን/ዓ.ም.)	የተሰጠበት ሰዓት	----- : ----- ጠዋት ከሰዓት	AEFI? (የአሁኑን ክትባት ካገኙ በኋላ) <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
የሰጠው ሰው (ስም፣ ስያሜ)	ቦታ	ፈቃድ ሰጪ		
የክትባት ምክንያት	<input type="checkbox"/> የጤና ባለሙያ <input type="checkbox"/> LTC: ኗሪ <input type="checkbox"/> LTC: የጤና ባለሙያ <input type="checkbox"/> LTC: ሌላ ተቀጣሪ ያልሆነ <input type="checkbox"/> RH: የጤና ባለሙያ <input type="checkbox"/> RH: ኗሪ <input type="checkbox"/> RH: አስፈላጊ ተንከባካቢ <input type="checkbox"/> RH: ሌላ ሠራተኛ ያልሆነ <input type="checkbox"/> የገፋ ዕድሜ:- የማህበረሰብ መኖሪያ <input type="checkbox"/> ሥር የሰደደ የጤና እንክብካቤ አዋቂ <input type="checkbox"/> አገር በቀል ማህበረሰብ <input type="checkbox"/> ሌላ ቅድሚያ የሚሰጠው ሕዝብ <input type="checkbox"/> የማህበረሰብ መኖሪያ:- ኗሪ <input type="checkbox"/> የማህበረሰብ መኖሪያ:- ሠራተኛ <input type="checkbox"/> የማህበረሰብ መኖሪያ:- አስፈላጊ ተንከባካቢ			
ክትባት ያልተሰጠበት ምክንያት	<input type="checkbox"/> ክትባት የተከለከለ ነው <input type="checkbox"/> ባለሙያ ክትባት እንዲሰጥ ያበረታታል ሆኖም ታካሚ ፈቃድ አልሰጠም <input type="checkbox"/> ለጊዜው ክትባት እንዲቆይ ባለሙያ ወስኗል <input type="checkbox"/> በሕክምና ብቃት የለውም/የላትም <input type="checkbox"/> ታካሚ ለተከታታይ ክትባት የሰጠውን/የሰጠችውን ፈቃድ ሰርዟል/ሰርዛለች			
ከ2 ክትባቶች 2ኛው ቀጠሮ የተያዘበት ቀን:-	----- / ----- / ----- (ወር/ቀን/ዓ.ም.) ----- : ----- ጠዋት ከሰዓት			