

نموذج الموافقة على التطعيم بلقاح كوفيد-19

النسخة رقم 3.0- 11 آذار/ مارس 2021

نموذج الموافقة- لقاح كوفيد-19

الرقم التعريفي (مثل رقم البطاقة الصحية)		الاسم الأول		اسم العائلة	
ممارس الرعاية الأولية (طبيب الأسرة أو ممرض ممارس)		النوع: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر			
		<input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة <input type="checkbox"/> أخرى			
		إذا كنت من الشعوب الأصلية، يُرجى تحديد هوية تلك الشعوب:			
		<input type="checkbox"/> الأمم الأولى <input type="checkbox"/> الميتيس (بما في ذلك أعضاء منظمة أو مستوطن) <input type="checkbox"/> إينوك/إينويت <input type="checkbox"/> شعوب أصلية أخرى، حدد: _____ <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة <input type="checkbox"/> غير معروف			
		رقم الهاتف المحمول		رقم هاتف المنزل	
الرمز البريدي	المقاطعة	المدينة	عنوان الشارع		
هل هذه الجرعة الأولى أم الثانية من اللقاح؟ <input type="checkbox"/> الأولى <input type="checkbox"/> الثانية إذا كانت الثانية، يُرجى توضيح تاريخ الجرعة الأولى واسم اللقاح المُعطى: -----/-----/----- (شهر، يوم، سنة) واسم اللقاح المُعطى: _____			العمر	تاريخ الميلاد (شهر، يوم، سنة) _____/_____/_____	

الموافقة على تلقي اللقاح

لقد قرأت (أو تمت القراءة لي) وأفهم مجموعة التحصين بما فيها المستندات التالية: "ورقة المعلومات عن لقاح كوفيد-19" و"ما الذي تحتاج لمعرفته بشأن موعد تلقي لقاح كوفيد-19".

- أتيت لي فرصة طرح الأسئلة بخصوص اللقاح الذي أتلقاه وحصلت على إجابات وافية.

أوافق على تلقي اللقاح بما في ذلك كافة الجرعات الموصى بها في السلسلة.

- أعلم بأنه يمكنني سحب هذه الموافقة في أي وقت.

- أفهم بأنه إذا سحبت الموافقة بصفتي صانع قرار بديل لفرد ما، يجب التواصل مع التجمع السكني الذي يقيم به الفرد.

ملاحظة: يُرجى الاتصال بعيادة التطعيم المقرر تلقي لقاح كوفيد-19 بها إذا غيرت رأيك ولم تعد موافقاً على تلقي اللقاح. سيسمح هذا لشخص آخر بأخذ مكانك. إذا قام صانع قرار بديل لفرد ما يعيش في تجمع سكني بسحب الموافقة على اللقاح، يجب على التجمع السكني التواصل مع الوحدة الصحية العامة المحلية.

إقرار بجمع واستخدام والإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية

تُجمع المعلومات الصحية الشخصية في هذا النموذج لغرض توفير الرعاية وإنشاء سجل تحصين خاص بك، ولأنها ضرورية لإدارة برنامج أونتاريو للتطعيم بلقاح كوفيد-19. تُستخدم هذه المعلومات ويُفصح عنها لهذه الأغراض فضلاً عن أغراض أخرى مصرح بها ومطلوبة بموجب القانون، على سبيل المثال:

- يُفصح عنها إلى كبير الأطباء والوحدات الصحية العامة في أونتاريو، حيث يكون الإفصاح ضرورياً لغرض قانون حماية الصحة وتعزيزها.

- ويجوز الإفصاح عنها إلى مقدمي الرعاية الصحية الذين يقدمون الرعاية لك كجزء من سجلك الصحي الإلكتروني الخاص بالمقاطعة.

يتم حفظ المعلومات في نظام السجلات الصحية تحت رعاية وسيطرة وزارة الصحة.

إذا كان يتم إدارة العيادة من جانب مستشفى، تجمع المستشفى وتستخدم وتُفصح عن المعلومات الخاصة بك باعتبارها وكيل لوزارة الصحة.

اقر بأنني قرأت وأفهم البيان المذكور أعلاه.

قد تتواصل معك المستشفى أو الوحدة الصحية العامة المحلية أو وزارة الصحة لأغراض متعلقة بلقاح كوفيد-19 (على سبيل المثال لتذكيرك بمواعيد المتابعة ولتزوידك بسجل التحصين). وفي حالة الموافقة على استلام اتصالات المتابعة من خلال البريد الإلكتروني، يُرجى توضيح هذا باستخدام المربع أدناه.

أوافق على تلقي اتصالات المتابعة:

عن طريق الرسائل النصية / الرسائل القصيرة

بالبريد الإلكتروني

في حالة اختيار البريد الإلكتروني، يُرجى تقديم عنوان البريد الإلكتروني الخاص بك: _____

الموافقة على التواصل معك بشأن الدراسات البحثية

يحق لك خيار الموافقة على التواصل معك من جانب الباحثون بشأن المشاركة في الدراسات البحثية المتعلقة بلقاح كوفيد-19. إذا وافقت على التواصل معك، سنستخدم معلوماتك الصحية الشخصية لتحديد الدراسات التي قد تكون ذات صلة بك، وسيُفصح عن اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك إلى الباحثين. الموافقة على التواصل معك بشأن الدراسات البحثية لا تعني موافقتك على المشاركة في البحث ذاته. فالمشاركة في البحث تكون طوعية. يمكنك رفض الموافقة على التواصل معك بشأن الدراسات البحثية دون التأثير على استحقاقك لتلقي لقاح كوفيد-19.

إذا لم ترغب في التواصل معك بشأن الدراسات البحثية، يُرجى تحديد هذا أدناه.

إذا وافقت على التواصل معك بشأن الدراسات البحثية، وغيرت رأيك بعد ذلك، يمكنك سحب الموافقة في أي وقت من خلال التواصل مع وزارة الصحة من خلال الموقع الإلكتروني vaccine@ontario.ca.

لن يؤثر ذلك على استحقاقك للحصول على لقاح كوفيد-19.

أوافق على التواصل معي بشأن الدراسات البحثية المتعلقة بلقاح كوفيد-19:

عن طريق البريد الإلكتروني الرسائل النصية/الرسائل القصيرة الهاتف البريد

في حالة اختيار البريد الإلكتروني، يرجى تقديم عنوان البريد الإلكتروني الخاص بك: _____

لا أوافق على التواصل معي بشأن الدراسات البحثية المتعلقة بلقاح كوفيد-19:

التوقيع	الاسم مطبوعاً	تاريخ التوقيع
---------	---------------	---------------

إذا وقعت نيابة عن شخص آخر، أذكر علاقتك بهذا الشخص الآخر:

إذا وقعت بالإنابة عن شخص آخر، أؤكد أنني الوالد/ الوصي القانوني أو صانع القرار البديل.

مسائل محددة بخصوص: قانون دور الرعاية طويلة الأجل لعام 2007

يجوز سحب موافقة المقيم على تلقي اللقاح أو إلغاؤها في أي وقت.

بيان بشأن المادة 83 من القانون:

يرجى الإحاطة بالحماية القانونية التالية:

يضمن كل مرخص له بدور الرعاية طويلة الأجل عدم إبلاغ أي شخص أو جعله يعتقد بأنه سيتم رفض قبول دخول مقيم محتمل في الدار أو إخلائه منه نتيجة:

(أ) عدم توقيع مستند،

(ب) إبطال اتفاقية،

(ج) أو إعطاء أو عدم إعطاء أو سحب أو إلغاء أي موافقة أو توجيه يتعلق بالعلاج أو الرعاية.

لاستخدام العيادة فقط

العامل:	كوفيد-19	اسم المنتج:	رقم المجموعة:	مقدار الجرعة:
الموقع التشريحي:	<input type="checkbox"/> العضلة الدالية اليسرى <input type="checkbox"/> العضلة الدالية اليمنى	الطريق:	داخل العضل	رقم الجرعة:
تاريخ إعطاء الجرعة	--- / -- / ---- (شهر، يوم، سنة)	وقت إعطاء الجرعة:	صباحاً مساءً	هل حدث حادث ضار بعد التطعيم AEFI؟ (بعد تلقي الجرعة الحالية) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
مُعطي بواسطة: (الاسم، المسمى الوظيفي):	المكان	تم التفويض بواسطة		

<p> <input type="checkbox"/> عامل رعاية صحية <input type="checkbox"/> دار رعاية طويلة الأجل: مقيم <input type="checkbox"/> دار رعاية طويلة الأجل: عامل رعاية صحية <input type="checkbox"/> دار رعاية طويلة الأجل: غير موظف <input type="checkbox"/> دار تقاعد: عامل رعاية صحية <input type="checkbox"/> دار تقاعد: مقيم <input type="checkbox"/> دار تقاعد: مقدم رعاية أساسي <input type="checkbox"/> دار تقاعد: غير موظف <input type="checkbox"/> كبار السن: دار مجتمعي <input type="checkbox"/> بالغ يحتاج رعاية صحية مزمنة <input type="checkbox"/> مجتمع الشعوب الأصلية <input type="checkbox"/> سكان يتمتعون بأولوية أخرى <input type="checkbox"/> مكان معيشة: مقيم <input type="checkbox"/> مكان معيشة: فريق عمل <input type="checkbox"/> مكان معيشة: مقدم رعاية أساسي </p>	<p>سبب التحصين</p>
<p> <input type="checkbox"/> لا يوصى بإعطاء التطعيم. <input type="checkbox"/> يوصى الممارس بالتطعيم ولكن لم يتم الحصول على موافقة المريض. <input type="checkbox"/> قرار الممارس بتأجيل التطعيم مؤقتاً. <input type="checkbox"/> غير مؤهل طبياً. <input type="checkbox"/> سحب المريض الموافقة على سلسلة الجرعات. </p>	<p>سبب عدم إعطاء التحصين</p>
<p> <input type="checkbox"/> --/-- (يوم، شهر، سنة) --: -- صباحاً مساءً </p>	<p>حُدّد موعد جرعتك 2 / 2 في:</p>