

فورمه رضایت واکسین کووید-19

نسخه شماره 3.0 – مارچ 11، 2021

فورمه رضایت واکسین کووید-19

شماره شناسایی (شماره کارت صحت)		نام		تخلص	
کلینیک مراقبت های اولیه صحت (داکتر یا نرس خانواده گی)		جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> نمیخواهم جواب بدهم <input type="checkbox"/> دیگر -----			
		اگر باشنده اصلی یا بومی هستید، هویت شما چیست: <input type="checkbox"/> First Nations <input type="checkbox"/> Métis (بشمول اعضای موسسه و باشگاه Métis) <input type="checkbox"/> Inuk/ Inuit <input type="checkbox"/> سایر گروپ های بومی، مشخص سازید----- <input type="checkbox"/> نمیخواهم پاسخ دهم <input type="checkbox"/> نامعلوم			
		شماره موبایل		شماره تلفون منزل	
کود پستی	ولایت	شهر	آدرس سرک		
آیا این دوز اول یا دوم واکسین شماست؟ اگر دوز دوم است، لطفاً تاریخ دوز اول و نوع واکسین تطبیق شده را ذکر کنید: <input type="checkbox"/> اول <input type="checkbox"/> دوم -----/-----/----- (ماه/روز/سال) نام واکسین تطبیق شده: -----		سن	تاریخ تولد (ماه/روز/سال) ----- / ----- / -----		

اظهار رضایت برای دریافت واکسین

من بسته معلوماتی تطبیق واکسین، بشمول اسناد ذیل را درک کرده و خوانده ام (برایم خوانده شده است): "ورقه معلوماتی واکسین کووید-19" و "در مورد وعده ملاقات دریافت واکسین کووید-19 خویش چه را باید بدانید".

- من فرصت آنرا داشتم تا در مورد واکسین سوالهای خویشرا مطرح کنم و از دریافت پاسخ به سوالات راضی هستم.
- من به دریافت واکسین، بشمول تمام دوز های آن که در این سلسله شامل است، رضایت دارم.
- من آگاهی دارم که از رضایت خویش هر زمانیکه خواسته باشم، منصرف شوم.
- من همچنان آگاهی دارم که اگر به نماینده گی از شخص دیگر از اظهار رضایت مبنی بر دریافت واکسین، انصراف مینمایم، باید با محلی زندگی مشترک که شخص متذکره در آن بودباش دارد تماس بگیرم.

یادداشت: در صورتیکه تصمیم خویش مبنی بر دریافت واکسین را عوض میکنید و از ابراز رضایت خویش منصرف میشوید، لطفاً با کلینیک و یا مرکز تطبیق واکسین که قرار است برای دریافت واکسین در آنجا حضور یابید، تماس بگیرید. این کار کمک میکند تا شخص دیگری از وقت ملاقات شما منفعت حاصل کند. در صورتیکه شخص دیگر به نماینده گی از دریافت کننده واکسین که در جای دیگر (مثلاً زندان، شفاخانه مکتب، توفیگاه ها و غیره)، حضور دارد، تصمیم دریافت واکسین را لغو مینمایید همان محلی که شخص دریافت کننده واکسین در آن به سر میبرد باید با شعبه مربوطه صحت عامه تماس بگیرد.

تایید دریافت معلومات شخصی صحی، استفاده و افشای آن

معلومات شخصی صحی مندرج فورمه هذا به هدف فراهم آوری خدمات مراقبت های صحی و تهیه ریکارد واکسین شما جمع آوری میگردد و موجودیت این معلومات برای تطبیق برنامه واکسین کووید-19 اونتاریو لازم و ضروری میباشد. معلومات هذا به همین مقصد و همچنان سایر مقاصد در چارچوب قانون که در ذیل ذکر گردیده، مورد استفاده قرار گرفته و در اختیار شعبات ذیربط قرار داده میشود: سایر مقاصد استفاده و افشای معلومات قرار ذیل است:

- این معلومات در اختیار مسوول صحی شعبات صحت عامه اونتاریو قرار داده میشود که افشای این معلومات برای شعبات متذکره در چارچوب قانون حفاظت و بلند بردن سطح خدمات صحی لازم پنداشته میشود. و
 - معلومات شخصی صحی نیز میتواند بمثابة ریکارد صحی الکترونیکی ولایت شما در اختیار فراهم کننده گان خدمات صحی که برای شما خدمات مراقبت های صحی را فراهم مینمایند، قرار داده شود.
- معلومات شخصی صحی در سیستم حفظ ریکارد های صحی زیر کنترل و نظارت وزارت صحت، نگهداری میگردد.
- شفاخانه ها از طریق کلینیک های خویش، بمثابة نماینده گان وزارت صحت، معلومات شما را جمع آوری، استفاده و در اختیار مراجع ذیربط قرار میدهد.

□ تصدیق مینمایم که مطالب فوق را خوانده ام و در مورد آگاهی دارم.

شفاخانه، شعبه ساحوی صحت عامه و یا وزارت صحت در رابطه به واکسین کووید-19 با شما تماس خواهد گرفت (تا شما را در مورد زمان ملاقات های بعدی اطلاع داده و ریکارد واکسین را برای شما تهیه نماید). اگر شما به دریافت آگهی در مورد زمان ملاقات بعدی از طریق ایمیل رضایت دارید، لطفاً رضایت خویشرا ذریعه پُر نمودن خالیگاه ذیل تایید نمایید.

□ من به دریافت معلومات در مورد زمان ملاقات بعدی رضایت دارم:

□ از طریق ایمیل □ از طریق پیام کتبی تلفون

اگر گزینه ایمیل را در فوق نشانی نموده اید، لطفاً ایمیل آدرس خویشرا بنویسید: -----

ابراز رضایت در مورد برقراری تماس با شما در مورد اشتراک در مطالعات تحقیقی

شما می‌توانید رضایت خویش را مبنی بر برقراری تماس با شما توسط محققین در مورد اشتراک در مطالعات تحقیقی در رابطه به کووید-19 ابراز نمایید. اگر موافق هستید تا با شما تماس گرفته شود، معلومات شخصی صحی شما استفاده خواهد شد تا مشخص گردد که کدام مطالعات تحقیقی به شما مرتبط است و نام و معلومات تماس شما در اختیار محققین قرار داده خواهد شد. ابراز رضایت به برقراری تماس با شما در مورد مطالعات تحقیقی به معنی ابراز رضایت شما به اشتراک در مطالعه تحقیقی نیست. اشتراک در تحقیقات اختیاری است. شما می‌توانید بدون هیچگونه تغییری در واجدیت شرایط شما به دریافت واکسین کووید-19، از رضایت خویش مبنی بر اشتراک در مطالعه تحقیقی منصرف شوید.

اگر نمی‌خواهید در مورد مطالعات تحقیقی با شما تماس گرفته شود، در ذیل ذکر نمایید. اگر در مورد اشتراک در مطالعه تحقیقی رضایت خویش را ابراز نموده و بعداً تصمیم خویش را عوض می‌کنید، شما می‌توانید هر زمانیکه خواسته باشید، از طریق تماس با وزارت صحت ذریعه ایمیل vaccine@ontario.ca از رضایت خویش صرف‌نظر کنید انصاف شما هیچگونه تاثیر بالایی واجدیت شرایط شما به دریافت واکسین کووید-19 ندارد

من رضایت دارم تا در مورد مطالعات تحقیقی واکسین کووید-19 با من تماس گرفته شود:

ذریعه ایمیل ذریعه پیام کتبی تلفون ذریعه تیلفون ذریعه نامه

اگر گزینه ایمیل را در فوق نشانی نموده اید، لطفاً ایمیل آدرس خویش را بنویسید: -----

من رضایت ندارم تا در مورد اشتراک در مطالعات تحقیقی کووید-19 با من تماس گرفته شود.

امضا	نام	تاریخ امضا
------	-----	------------

اگر به نمایندگی از شخص دیگر امضا می‌کنید، رابطه خویش را با شخص متذکره، بنویسید.

در صورتیکه به نمایندگی از شخص دیگر امضا نمایم، اینجانب تصدیق مینمایم که والدین/سرپرست قانونی طفل و تصمیم گیرنده باصلاحیت هستم.

موضوعات مشخص در رابطه به: قانون سال 2007 در مورد خانه های مراقبت های دراز مدت

رضایت باشنده مبنی بر دریافت واکسین در هر زمان فسخ و ملغی شده می‌تواند.

شرح مربوط به بخش 8 قانون نافذ:

لطفاً موارد حفاظت قانونی ذیل را در نظر داشته باشید:

دارنده گان جواز خانه مراقبت های دراز مدت باید اطمینان حاصل نمایند که هیچ فرد مجبور ساخته نشود تا باور کند که شمولیت متقاضیان در خانه مراقبت های دراز مدت رد شده و افراد متذکره بنابر دلایل ذیل از خانه مراقبت ها بیرون ساخته میشود:

(الف) سند امضا نشده است

(ب) قرارداد فسخ یا باطل شده؛ و یا

(ج) رضایت یا حکم اداره ذیصلاح مبنی بر مراقبت و یا معالجه یک شخص داده شده، داده نشده، لغو و یا باطل شده است.

صرف برای استفاده کلینیک

	مقدار دوز:		شماره دسته:		نام محصول	کووید-19	محصول
	شماره دوز:	عضلی (IM)	مسیر	<input type="checkbox"/> سه گوشی طرف چپ <input type="checkbox"/> سه گوشی راست		ناحیه آناتومی	
	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	وضعیت وخیم بعد از واکسین؟ (بعد از گرفتن دوز فعلی)	: _____ قبل از ظهر/بعد از ظهر	زمان تطبیق شدن	_____ / _____ / _____ (ماه/روز/سال)	تاریخ تطبیق شدن	
		تصدیق شده توسط		موقعیت		تطبیق شده توسط (نام/لقب کاری)	
کارمند صحتی <input type="checkbox"/> LTC : باشندده LTC : <input type="checkbox"/> کارمند صحتی LTC : <input type="checkbox"/> افراد غیر از کارمندان RH : <input type="checkbox"/> : کارمند مراقبت های صحتی <input type="checkbox"/> RH آر ایچ: باشندده RH : <input type="checkbox"/> کارمندان ضروری صحتی RH : <input type="checkbox"/> : افراد غیر از کارمندان <input type="checkbox"/> افراد مسن: مسکن اجتماعی <input type="checkbox"/> بزرگسال مراقبت مزمن صحتی <input type="checkbox"/> اعضای جامعه بومی <input type="checkbox"/> سایر افراد دارای اولویت <input type="checkbox"/> محل زنده گی-مشترک: باشندده <input type="checkbox"/> محل زنده گی-مشترک: کارمند <input type="checkbox"/> محل زنده گی-مشترک: کارمند ضروری مراقبت های صحتی						دلیل دریافت واکسین	
<input type="checkbox"/> منع تطبیق واکسین <input type="checkbox"/> داکتر تطبیق واکسین را سفارش میکند اما رضایت مریض موجود نمیباشد <input type="checkbox"/> واکسین بنابر تصمیم داکتر به تعویق انداخته شده است <input type="checkbox"/> از لحاظ صحتی واجد شرایط نمیباشد <input type="checkbox"/> مریض از ابراز رضایت خویش منصرف شده است						دلیل عدم دریافت واکسین	
(_____ / _____ / _____ ماه/روز/سال) _____ : _____ قبل از ظهر/بعداز ظهر				تاریخ و زمان تطبیق دوز دوم واکسین شما:			