

## فرم رضایت‌نامه واکسن کووید ۱۹

نسخه ۳.۰ - ۱۱ مارس ۲۰۲۱

فرم رضایت‌نامه - واکسن کووید ۱۹

شماره شناسایی (مثلاً شماره کارت سلامت)		نام		نام خانوادگی	
پزشک بالینی اصلی (پزشک خانواده یا پرستار متخصص)		جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد			
		<input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم نگویم <input type="checkbox"/> سایر موارد: _____			
		اگر بومی هستید، لطفاً هویت بومی خود را مشخص کنید:			
		<input type="checkbox"/> اقوام اولیه <input type="checkbox"/> مردم می‌تی (شامل اعضای سازمان یا شهرک مردم می‌تی) <input type="checkbox"/> اینوک/ اینوئیت <input type="checkbox"/> سایر افراد بومی، مشخص کنید: _____ <input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم جواب ندهم <input type="checkbox"/> ناشناس			
		تلفن همراه		تلفن منزل	
کد پستی	استان	شهر	نشانی پستی		
دوز اول واکسن را می‌زنید یا دوز دوم را؟ <input type="checkbox"/> اول <input type="checkbox"/> دوم اگر دوز دوم است، لطفاً تاریخ دوز اول و نام واکسن تزریق شده را بنویسید: -----/-----/----- (ماه، روز، سال) نام واکسن تزریق شده:			سن	تاریخ تولد به میلادی (ماه، روز، سال) _____/_____/_____	

### رضایت‌نامه دریافت واکسن

من پیش‌بسته‌بندی ایمن‌سازی را خوانده‌ام (یا برای من خوانده شده است) و آن را می‌فهمم، از جمله این اسناد را: «برگه اطلاعات واکسن کووید ۱۹» و «درباره وقت واکسن کووید ۱۹ خود چه چیزی باید بدانید».

- من فرصت داشته‌ام درباره واکسنی که دریافت می‌کنم سؤال بپرسم و پاسخ رضایت‌بخشی برای این سؤالات دریافت کنم.

من رضایت خود را برای دریافت واکسن، از جمله همه دوزهای توصیه‌شده در سری، اعلام می‌کنم.

- من می‌دانم که می‌توانم این رضایت را در هر زمانی پس بگیرم.

- من می‌دانم که اگر به‌عنوان تصمیم‌گیرنده جایگزین یک شخص این رضایت را پس می‌گیرم، باید با محل سکونت جمعی‌ای که شخص در آن ساکن است تماس بگیرم.

توجه: لطفاً در صورت تغییر نظر و عدم رضایت برای دریافت واکسن، با درمانگاهی که قرار است واکسیناسیون کووید ۱۹ را در آن انجام دهید تماس بگیرید. با این کار به شخص دیگری امکان می‌دهید به جای شما واکسن را دریافت کند. اگر رضایت را به‌عنوان تصمیم‌گیرنده جایگزین شخصی که در یک محل سکونت جمعی ساکن است پس گرفته‌اید، باید با واحد سلامت عمومی محلی تماس بگیرید.

### تصدیق جمع‌آوری، استفاده و افشای اطلاعات سلامت شخصی

اطلاعات سلامت شخصی این فرم با هدف ارائه مراقبت به شما و ایجاد سوابق ایمن‌سازی برایتان و همچنین به خاطر اجرای برنامه واکسیناسیون کووید ۱۹ انتاریو جمع‌آوری می‌شوند. این اطلاعات برای این اهداف و همچنین سایر اهداف مجاز و الزامی به موجب قانون، استفاده و افشا می‌شوند. برای مثال،

- این اطلاعات موقعی که برای یکی از اهداف قانون حفظ و ارتقای سلامت به افشا نیاز است، برای مسئول پزشکی ارشد سلامت و واحدهای سلامت عمومی انتاریو افشا خواهد شد. و
- این اطلاعات ممکن است برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت که از شما مراقبت می‌کنند، به‌عنوان بخشی از سوابق سلامت الکترونیک استانی شما، افشا شود.

این اطلاعات در یک سیستم سوابق سلامت که توسط وزارت سلامت نگهداری و کنترل می‌شود نگهداری می‌شود.

وقتی یک مرکز درمانگاهی توسط یک بیمارستان مدیریت می‌شود، بیمارستان اطلاعات شما را به‌عنوان عامل وزارت سلامت جمع‌آوری، استفاده و افشا می‌کند.

□ من تصدیق می‌کنم که متن فوق را مطالعه کرده و آن را می‌فهمم.

ممکن است یک بیمارستان، واحد سلامت عمومی محلی یا وزارت سلامت برای اهداف مرتبط با واکسن کووید ۱۹ با شما تماس بگیرند (برای مثال، برای یادآوری وقت‌های ملاقات آتی و ارائه سوابق واکسیناسیون به شما). اگر رضایت دارید که از طریق ایمیل در آینده با شما تماس گرفته شود، لطفاً کادر زیر را برای اعلام این موضوع علامت بزنید.

□ من رضایت دارم که در آینده با من تماس گرفته شود:

□ از طریق ایمیل □ از طریق پیامک/SMS

اگر گزینه «از طریق ایمیل» را انتخاب کرده‌اید، لطفاً نشانی ایمیل خود را بنویسید: \_\_\_\_\_

### رضایت برای دریافت تماس درباره مطالعات پژوهشی

این امکان برایتان وجود دارد که رضایت بدهید پژوهشگران درباره مشارکت شما در مطالعات پژوهشی مرتبط با واکسن کووید ۱۹ با شما تماس بگیرند. اگر رضایت خود را اعلام کنید، اطلاعات سلامت شخصی شما برای تعیین اینکه کدام پژوهش‌ها با شما مرتبط هستند استفاده خواهد شد، و نام و اطلاعات تماس شما در اختیار پژوهشگران قرار خواهد گرفت. اعلام رضایت برای دریافت تماس درباره مطالعات پژوهشی به معنی موافقت برای شرکت در پژوهش نیست. شرکت در پژوهش اختیاری است. اعلام عدم رضایت برای دریافت تماس درباره مطالعات پژوهشی بر صلاحیت شما برای دریافت واکسن کووید ۱۹ تأثیری نخواهد داشت.

اگر نمی‌خواهید درباره مطالعات پژوهشی با شما تماس گرفته شود، لطفاً این موضوع را در زیر اعلام کنید.

اگر رضایت خود را برای دریافت تماس درباره مطالعات پژوهشی اعلام کنید و سپس نظرتان تغییر کند، می‌توانید هر وقت که بخواهید از طریق تماس با وزارت سلامت به نشانی [vaccine@ontario.ca](mailto:vaccine@ontario.ca) رضایت خود را پس بگیرید.

این موضوع بر صلاحیت شما برای دریافت واکسن کووید ۱۹ تأثیری نخواهد داشت.

من رضایت خود را برای دریافت تماس درباره مطالعات پژوهشی مرتبط با واکسن کووید ۱۹ اعلام می‌کنم:

از طریق ایمیل  از طریق پیامک/SMS  از طریق تلفن  از طریق پست

اگر گزینه «از طریق ایمیل» را انتخاب کرده‌اید، لطفاً نشانی ایمیل خود را بنویسید: \_\_\_\_\_

من عدم رضایت خود را برای دریافت تماس درباره مطالعات پژوهشی مرتبط با واکسن کووید ۱۹ اعلام می‌کنم.

امضا	نام با حروف بزرگ لاتین	تاریخ امضا
------	------------------------	------------

اگر به جای شخص دیگری امضا می‌کنید، رابطه خود با آن شخص را بنویسید:

در صورت امضا به جای شخصی دیگر، من تأیید می‌کنم که ولی / سرپرست قانونی یا تصمیم‌گیرنده جایگزین هستم.

مسائل خاص با توجه به: قانون خانه‌های مراقبت بلندمدت، ۲۰۰۷

رضایت مقیم برای دریافت واکسن را می‌توان در هر زمان پس گرفت یا باطل کرد.

اعلامیه در رابطه با بخش ۸۳ قانون:

لطفاً به حفاظت قانونی زیر توجه کنید:

دارندگان مجوز خانه‌های مراقبت بلندمدت باید اطمینان حاصل کنند که به هیچ کس گفته نمی‌شود یا به گونه‌ای جهت‌دهی نمی‌شود که باور کند به ساکنین آتی اجازه ورود داده خواهد شد یا اینکه ساکنی به یکی از دلایل زیر از آن اخراج خواهد شد:

(الف) امضا نکردن یک سند،

(ب) ابطال یک توافق‌نامه، یا

(الف) اعطا، عدم اعطا، پس‌گیری یا ابطال رضایت یا رهنمود مربوط به درمان یا مراقبت.

صرفاً برای استفاده درمانگاه

عامل	کووید ۱۹	نام محصول	سری ساخت	مقدار دوز:
محل آناتومیک	<input type="checkbox"/> دلتوئید چپ <input type="checkbox"/> دلتوئید راست		شبه تزریق	شماره دوز:

تاریخ تزریق	_____ / _____ / _____ (ماه/روز/سال)	زمان تزریق	_____ : _____ ق.ظ. ب.ظ.	AEFI؟ (پس از دریافت دوز فعلی)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
تزریق توسط (نام، مسئولیت)	_____	مکان	_____	با مجوز	
دلیل واکسیناسیون	<input type="checkbox"/> کارمند بخش سلامت LTC: <input type="checkbox"/> مقیم LTC: <input type="checkbox"/> کارمند بخش سلامت <input type="checkbox"/> LTC: سایر موارد غیر از کارمندان RH: <input type="checkbox"/> کارمند بخش سلامت RH: <input type="checkbox"/> مقیم <input type="checkbox"/> RH: مراقبت‌کننده ضروری RH: <input type="checkbox"/> سایر موارد غیر از کارمندان <input type="checkbox"/> کهنسالان: افرادی که در جامعه زندگی می‌کنند <input type="checkbox"/> بزرگسالان با بیماری وخیم <input type="checkbox"/> جامعه افراد بومی <input type="checkbox"/> سایر افراد دارای اولویت <input type="checkbox"/> محل سکونت جمعی: ساکنین <input type="checkbox"/> محل سکونت جمعی: کارکنان <input type="checkbox"/> محل سکونت جمعی: مراقبت‌کننده ضروری				
بدون دلیل برای واکسیناسیون	<input type="checkbox"/> برای واکسیناسیون، ضد اندیکاسیون وجود دارد <input type="checkbox"/> متخصص واکسیناسیون را توصیه می‌کند اما بیمار رضایت نمی‌دهد <input type="checkbox"/> توصیه متخصص، به تعویق انداختن واکسیناسیون است <input type="checkbox"/> عدم صلاحیت پزشکی <input type="checkbox"/> پس گرفتن رضایت توسط بیمار برای دریافت سری واکسن				
دوز ۲ از ۲ شما برای تاریخ زیر برنامه‌ریزی شده است:	_____ / _____ / _____ (ماه/روز/سال) _____ : _____ ق.ظ. ب.ظ.				