

د کووید-19 واکسین رضایت فورمه

3.0 لمبر نسخه - مارچ 11، 2021

د کووید-19 واکسین رضایت فورمه

د هويت شمېره (د روغتيا کارت شمېره)		نوم	تخلص
د لومړنۍ روغتيايي پاملرنې کلينیک (د کورنۍ ډاکټر يا نرس)		جنس: <input type="checkbox"/> نارينه <input type="checkbox"/> ښځينه <input type="checkbox"/> نارينه <input type="checkbox"/> نه غواړم ځواب ووايم <input type="checkbox"/> نور _____	
		که اصلي يا بومي استوګن یاست، هويت مو څه دی: <input type="checkbox"/> First Nations <input type="checkbox"/> Métis (په شمول د Métis سازمان اوتولني غړيو) <input type="checkbox"/> Inuk/ Inuit <input type="checkbox"/> بله بومي پټولنه، مشخص کړئ _____ <input type="checkbox"/> نه غواړم ځواب ووايم <input type="checkbox"/> نامعلوم	
		د موبایل شمېره	د کور تليفون شمېره
پوسټي کوډ	ولایت	ښار	د سرک ادرس
آيا دا ستاسو د واکسين اول که دويم ډوز دی؟ که دويم وي، مهرباني وکړئ د لومړي ډوز نېټه او د تطبيق شوي واکسين نوم پښتو ته کړئ: <input type="checkbox"/> اول <input type="checkbox"/> دويم		عمر	د زېږېدنې نېټه (مياشت/ورځ/کال) ____ / ____ / ____
-----/-----/----- (مياشت/ورځ/کال) د تطبيق شوي واکسين نوم: -----			

د واکسین اخیستلو لپاره رضایت څرگندول

زه د واکسین د تطبیق معلوماتي بسته، په شمول د لاندې اسنادو باندې پوه یم او لوستلې مې ده (راته لوستل شوي ده): "د کووید-19 واکسین معلوماتي پلنه" او "هغه څه چې تاسو اړتیا لرئ د خپل Covid-19 واکسین په اړه ورباندې پوه شئ".

- ما د دې فرصت ترلاسه کړ چې د هغه واکسین په اړه پوښتنې مطرح کړم چې زه یې ترلاسه کوم او دوی ماته د اطمینان وړ ځوابونه راکړل.

زه د واکسین ترلاسه کولو سره موافق یم، په شمول د دې لړۍ ټول هغه ډوز چې سپړلې شوي یې کېږي.

- زه پوهیږم چې هر وخت کولی شم له دې رضایت څخه بېرته واورم.

- زه پوهیږم که چېرې د بدیل پریکړه کوونکي شخص په تګه رضایت بیرته اخلم، نو باید د هغې ګډ-استوګنځای سره اړیکه ونیسم چې فرد پکې میشته دی.

یادونه: که چېرې تاسو خپل نظر بدل کړئ او نور د واکسین کولو سره موافق نه یاست نو مهرباني وکړئ د واکسین کولو له هغې کلینیک سره اړیکه ونیسئ چېرې چې ټاکل شوی وه تاسو د کووید-19 واکسین ترلاسه کړئ. دا به یو بل چاته اجازه ورکوي چې ستاسو ځای ونیسي. که چېرې د یو کس رضایت چې پکې ګډ-استوګنځای کې ژوند کوي د بدیل پریکړه کوونکي شخص لخوا بېرته اخیستل شوی وي، نو ګډ-استوګنځای باید د ځایی عامې روغتیا څانګې سره اړیکه ونیسي.

د شخصي روغتيايي معلوماتو ټولولو، کارولو او افشا کولو تایید

پدې فورمه کې شخصي روغتيايي معلومات تاسو ته د پاملرنې چمتو کولو او ستاسو د واکسین ریکارډ چمتو کولو لپاره ولېږي، او دا څکه چې دا د اوبتاریو د کووید-19 واکسین کولو برنامې د تطبیق لپاره اړین دی. دا معلومات به ددې موخو لپاره وکارول او افشا شي، او همدارګه د نورو داسې موخو لپاره چې قانون یې اجازه ورکوي او لازم کوي. د مثال په تګه:

- دا به د روغتیا لوی طبي افسر او د اوبتاریو عامه روغتیا واحدونو ته افشا شي چېرې چې افشا کول د روغتیا ساتنې او ودې قانون له مخې لازم دي. او

- دا ممکن ستاسو د ولایتي بریښنايي روغتيايي ریکارډ د برخې په تګه، هغو د روغتیا پاملرنې چمتو کوونکو ته افشا شي چې تاسو ته پاملرنه چمتو کوي.

دا معلومات د روغتیا وزارت تر کنټرول او نظارت لاندې د روغتيايي ریکارډ سیستم کې ساتل کېږي.

په هغه صورت کې چې یو کلینیک د روغتون لخوا اداره کېږي، روغتون به ستاسو معلومات د روغتیا وزارت د استازي په تګه رټول کړي، وکاروي او افشا یې کړي.

زه تصدیق کوم چې ما پورتنی بیان لوستلی او ورباندې پوهیدلی یم.

یو روغتون، سیمه ایز د عامې روغتیا واحد یا د روغتیا وزارت ممکن له تاسو سره د کووید-19 واکسین پورې اړوند موخو لپاره اړیکه ونیسي (د مثال په تګه، تاسو ته د راتلونکو ملاقات وختونو یادونه کول او تاسو ته د واکسین ریکارډ چمتو کول). که تاسو د بریښنالیک له لارې د دې خبرداري ترلاسه کولو سره موافق یاست، مهرباني وکړئ د لاندې خالګاه په ډکولو سره ددې خبرې تایید وکړئ.

زه په راتلونکې کې د خبرداريو وصول کولو سره موافق یم:

د بریښنالیک له لارې د ټیکسټ مسیج له لارې

که د بریښنالیک ذریعه مو غوره کړي وي، مهرباني وکړئ خپل د بریښنالیک ادرس ولیکئ: -----

د څیرنېزو مطالعاتو په اړه له تاسو سره د تماس نیولو په هکله رضایت څرگندول

تاسو اختیار لرئ چې د کووید-19 واکسین پورې اړوند څیرنېزو مطالعاتو کې د برخه اخیستنې په موخه د څیړونکو لخوا له تاسو سره د تماس نیولو په هکله رضایت څرگند کړئ. که رضایت لرئ چې تماس درسه ونیول شي، نو ستاسو شخصي روغتيايي معلومات به وکارول شي ترڅو مشخص شي چې کوم مطالعات ممکن تاسو پورې اړوند وي، او ستاسو نوم او د تماس نیولو معلومات به څیړونکو ته افشا شي. د څیرنېزو مطالعاتو په اړه د تماس لپاره د رضایت څرگندول دا معنی نلري چې تاسو پخپله په څیرنه کې له برخې اخیستو موافقه کړئ. په څیرنه کې برخه اخیستل اختیاري دي. تاسو کولی شئ د څیرنېزو مطالعاتو په اړه له تماس نیولو سره مخالفت وکړئ پرته لدې چې د کووید-19 واکسین ترلاسه کولو لپاره ستاسو په وړتیا باندې تاثیر وکړي.

که نه غواړئ د څیرنېزو مطالعاتو په اړه له تاسو سره تماس ونیول شي، مهرباني وکړئ لاندې یادونه وکړئ. که تاسو موافقه وکړئ چې د څیرنېزو مطالعاتو په اړه له تاسو سره تماس ونیول شي، او بیا خپل فکر بدل کړئ، نو تاسو هر وخت کولی شئ د روغتیا وزارت سره د vaccine@ontario.ca له لارې په اړیکه نیولو سره خپل رضایت بیرته واخلي.

دا به د کووید-19 واکسین ترلاسه کولو لپاره ستاسو په وړتیا کومه اغیزه ونلري.

زه موافق یم چې د کووید-19 واکسین اړوند څیرنېزو مطالعاتو په اړه له ما سره تماس ونیول شي:

د برېښنالیک له لارې د ټېکسټ مسېج له لارې د تلیفون له لارې د لیک له لارې

که د برېښنالیک ذریعه مو غوره کړې وي، مهرباني وکړئ خپل د برېښنالیک ادرس ولیکئ:

زه موافق نه یم چې د کووید-19 واکسین اړوند څیرنېزو مطالعاتو په اړه له ما سره تماس ونیول شي:

امضا	نوم	د امضا کولو نېټه

که د بل چا په استازیتوب امضا کوئ، نو د هغه شخص سره خپله اړیکه دلته ولیکئ.

د بل چا په استازیتوب لاسلیک کولو صورت کې، تصدیق کوم چې زه مورویلاز/قانوني سرپرست یا بدیل پریکړه کوونکی یم.

ځاګړې مسلې په اړه: د اوږدمهاله پاملرنې کورونو قانون، 2007

د واکسین اخیستو اړوند د اوسیدونکي رضایت کیدی شي په هر وخت کې بیرته واخیستل شي یا لغوه شي.

د قانون 83 برخې اړوند بیان:

مهرباني وکړئ لاندې قانوني محافظت په پام کې ونیسئ:

د اوږد مهاله پاملرنې کور هر جواز لرونکی باید ډاډ ترلاسه کړي چې هیچا ته نه ویل کيږي یا داسې باور نه ورکول کيږي چې متوقع اوسیدونکی ته به د لاندې خبرو له امله هلته د استوګنې لپاره نه منل کيږي یا به له هغه اخراج کيږي:

(الف) یو سند لاسلیک شوی نه دی.

(ب) یوه موافقه لغوه شوه؛ یا

(ج) د درملنې یا پاملرنې اړوند رضایت یا لارښود ورکړل شوی، نه دی ورکړل شوی، بیرته اخیستل شوی یا لغوه شوی دی.

یوازي د کلینیک د استفادي لپاره

تولید	کویډ-19	د تولید نوم	د دستي شمېره:	د ډوز اندازه:
اناتومي ناحیه	□ چپه اوره یا مټ □ ښي اوره یا مټ		گلوري	عضلي (IM)
د تطبیق نېټه	/ / (میاشت/ورځ/کال)		د تطبیق وخت	: _____ گرمي مخکي/غرمي وروسته
تطبیق شوی لخوا د (نوم/ کاري لقب)	موقعیت	تصدیق شوی لخوا د		
د واکسین اخیستلو لامل	<input type="checkbox"/> روغتیا پاملرنې کارمند <input type="checkbox"/> LTC : د کارمندانو پرته کسان <input type="checkbox"/> RH : روغتیا پاملرنې کارمند <input type="checkbox"/> RH : د روغتیا ضروري کارمند <input type="checkbox"/> RH : د کارمندانو پرته کسان <input type="checkbox"/> زیات عمر شخص پټولنیز استوګنځای <input type="checkbox"/> د مزمنې روغتیا پاملرنې بالغ شخص <input type="checkbox"/> د بومي پټولني غړی <input type="checkbox"/> بل اولویت لرونکی شخص <input type="checkbox"/> ګډ-استوګنځای: اوسیدونکی <input type="checkbox"/> ګډ-استوګنځای: کارمند <input type="checkbox"/> ګډ-استوګنځای: د روغتیا پاملرنې کارمند			
د واکسین نه اخیستلو لامل	<input type="checkbox"/> واکسین ضد دی <input type="checkbox"/> ډاکټر د واکسین سپارښتنه کوي ګر د مریض رضایت نلري <input type="checkbox"/> د ډاکټر د فیصلي پر بنا واکسین کول ځنډول شوي <input type="checkbox"/> د روغتیايي دلایلو په بنا مستحق ندی <input type="checkbox"/> مریض د لړۍ اړوند رضایت بېرته واخیستلو			
ستاسو د واکسین دویم ډوز ټاکل شوی نېټه او وخت:	(_____ / _____ / _____ میاشت/ورځ/کال : _____) (غرمي مخکي/غرمي وروسته			