

استمارة الغريلة للقاح كوفيد-١٩

رقم التسلسل في السجل:		رقم البطاقة الموحدة او الجواز:	
اسم المنفذ التلقيحي			
دائرة الصحة:	مستشفى:	قطاع:	مركز صحي:
الاسم:	المواليد:	/ /	الجنس:
رقم الموبايل:	المهنة:		
العنوان/ محافظة:	قضاء:	حي:	
الانثى:	حامل*	* لا تعطى اللقاح	

التاريخ المرضي السابق Past medical History

١ - هل لديك اي مرض مزمن؟ (يتطلب مراجعة كافة التقارير أو الفحوصات الطبية السابقة ان وجدت)

ارتفاع ضغط الدم	امراض الجهاز التنفسي	امراض سرطانية	امراض المفاصل المزمنة	داء السكري
امراض او عية المخ	اعتلالات مناعية	السمنة	امراض القلب والشرايين	امراض الجهاز العصبي
امراض الدم الوراثية	امراض الكلى المزمنة	امراض نفسية	أخرى:	

٢- هل حدثت لك صدمة وعائية شديدة مع فقدان الوعي بسبب أخذ دواء او لقاح معين؟

إذا كانت الإجابة ب(نعم) فلا يعطى اللقاح

نعم	كلا
-----	-----

٣ - هل لديك حساسية (تنفسية او جلدية) مما يلي؟

نعم	كلا
حساسية غذاء*	حساسية لأي لقاح سابق*
حساسية دواء*	أخرى*
	حساسية من الجرعة الأولى من لقاح كوفيد-١٩**

* يتم اعطاء لقاح كوفيد-١٩ ويجب الانتظار لمدة نصف ساعة بعد التلقيح.
** يجب عدم اعطاء الجرعة الثانية

٤ - هل لديك اصابة سابقة بمرض كوفيد-١٩؟

نعم	كلا
تاريخ الإصابة:	اكتسب الشفاء: نعم*

* يتم إعطاء اللقاح بمجرد اكتساب الشفاء

٥ - هل استلمت أي لقاح خلال الاربعة عشر يوماً السابقة؟

نعم***

كلا

٦ - هل استلمت بلازما الدم خلال الثلاثة أشهر السابقة كعلاج لمرض كوفيد-١٩

نعم****

كلا

**** يوئل إعطاء اللقاح لحين اكمال ٩٠ يوماً من تاريخ اخذ البلازما

*** يوئل إعطاء اللقاح لحين اكمال ١٤ يوم

٧- الفحص الطبي:

١ - قياس درجة الحرارة	إذا كانت درجة الحرارة أكثر من ٣٨,٥ يتم التأجيل لحين اختفاء الاعراض
٢ - قياس ضغط الدم (اختياري حسب رأي الطبيب)	
٣ - قياس السكر في الدم (اختياري حسب رأي الطبيب)	

الاستنتاج Conclusion:

اسم الطبيب:

- مؤهل للتلقيح

التوقيع:

- غير مؤهل للتلقيح

التاريخ: