

استمارة الموافقة على اخذ لقاح كوفيد - ١٩ المقرر للاستخدام الطارى من قبل وزارة الصحة في العراق

من خلال التوقيع على هذه الموافقة اقر بما يلي :-

- ١- لقد تلقيت شرحاً شفهياً عن لقاح كوفيد -١٩ وتمت الاجابة عن كافة اسئلتني بشكل يرضيني.
- ٢- اعلم ان هذا اللقاح يتطلب جرعتين في اوقات مختلفة واتعهد بانني سأعود لاخذ الجرعه الثانية من اللقاح في نفس المؤسسة وذلك من اجل تحقيق الفائدة المرجوة من اللقاح.
- ٣- اتفهم ان هذا اللقاح اقر للاستخدام الطارى من اجل السيطرة على نقشي مرض كورونا والحد من خطورته وقد يسبب هذا اللقاح ظهور بعض الاعراض الجانبية مختلفة الشدة.
- ٤- اتفهم ان اخذ لقاح كوفيد-١٩ قد لا يوفر حماية بشكل كامل من الاصابة بفيروس كوفيد-١٩ وبالتالي فأني مطالب بأتباع التدابير الاحترازية وحسب توصيات السلطات الصحية .
- ٥- التزم بالبقاء في قاعة الانتظار ضمن المنفذ التلقيحي مابعد التلقيح لمدة تتراوح ما بين (١٥ -٣٠) دقيقة وحسب توصيات الفريق الطبي
- ٦- تم اعلامي ان اعطاء هذا اللقاح يتم من قبل مقدمي الرعاية الصحية المؤهلين وفقاً للقوانين واللوائح المحلية.
- ٧- تنطبق هذه الموافقة على اخذ الجرعتين الاولى والثانية من لقاح كوفيد-١٩ .
- ٨- اتفهم ان تقديم الخدمات الصحية من قبل المؤسسات الصحية كافة يتم استناداً الى البروتوكول العالمي المعتمد من قبل وزارة الصحة.

سيتم الاحتفاظ بهذه الوثيقة في المؤسسة الصحية

اقر اني الموقع ادناه اني قد اطلعت على كافة التفاصيل اعلاه ولأجله وقعت :

الاسم :

التوقيع :

البصمة :

(في حال عدم امكانية التوقيع او البصمة من قبل المستفيد من الخدمة يوقع الشخص المرافق له بالنيابة عنه)