|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***A picture containing logo  Description automatically generated***الاسم: | | تاريخ الميلاد: | | العمر: | | اللغة المفضّلة: | | | |
| هل مؤمّن عليك بتأمين صحي؟ نعم  لا  إذا كانت الإجابة نعم:  عام  خاص | | الجنس:  ذكر  أنثى غير ثنائي/X  متحوّل جنسي يُفضّل عدم الإفصاح أخرى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| السلالة:  هنود حمر أو سكان ألاسكا الأصليين  أسيوي  من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ | | | أمريكي أسود أو أمريكي من أصل أفريقي  أبيض  سلالة أخرى | | العرق:  إسباني / لاتيني  غير إسباني / غير لاتيني | | | | |
| عنوان الشارع: | | المدينة / الكود البريدي: | | الهاتف: | | | | | |
| ***يرجى الإجابة عن الأسئلة الآتية فيما يخص الشخص المذكور أعلاه.*** | | | | | | **نعم** | **لا** |
| 1. هل سبق لك تلقي جرعة من لقاح كوفيد-19؟   *إذا كانت الإجابة نعم، يلزم توفر الوثائق الدالة على ذلك***.** | | | | | |  |  |
| 1. هل عانيت خلال الأيام العشرة الماضية من حمى، أو قشعريرة، أو سعال، أو ضيق في التنفس، أو صعوبة في التنفس، أو إرهاق، أو آلام في العضلات أو في الجسم، أو صداع، أو فقدان جديد للتذوق أو الشم، أو التهاب في الحلق، أو احتقان أو سيلان في الأنف، أو غثيان، أو قيء، أو إسهال؟ | | | | | |  |  |
| 1. هل تم نُصحِكم خلال هذا الوقت بالعزل أو الحجر الصحي؟ | | | | | |  |  |
| 1. هل تعاني من ضعف المناعة من مستوى معتدل إلى شديد؟ | | | | | |  |  |
| 1. هل عانيت مُسبقًا من رد فعل تحسسي شديد (مثل الحساسية المفرطة)؟ على سبيل المثال، رد فعل عُولجت منه باستخدام أدرينالين أو إبينفرين، أو اضطررت للذهاب إلى المستشفى بسببه. | | | | | |  |  |
| 1. هل أُصبت مُسبقًا برد فعل تحسسي تجاه جرعة لقاح سابق خاص بكوفيد - 19؟ على سبيل المثال، هل أُصبت بمرض طفحي "شَرَى" أو تورّم أو صفير عند التنفس خلال 4 ساعات من تلقي اللقاح؟ | | | | | |  |  |
| 1. هل لديك تاريخ مرضي سابق فيما يخص التهاب عضلة القلب أو التهاب التامور؟ | | | | | |  |  |
| 1. هل تلقيت علاجًا سلبيًا بالأجسام المضادة في آخر 90 يومًا؟ | | | | | |  |  |
| **فيما يخص الأشخاص الذي يتلقون اللقاحات ممن تقل أعمارهم عن 18 عامًا، يرجى من أولياء الأمور تظليل أحد المربعات الآتية:**  **يمكن تلقيح ابني/ابنتي في غيابي**.  **يمكن تلقيح ابني/ابنتي في حضوري**.  **التصريح بأخذ اللقاح**   * لقد استلمت نسخة من صحيفة وقائع تصريح الاستخدام في حالات الطوارئ -والتي قرأتها، أو شُرحت لي- وإنني أفهم فوائد تلقي لقاح كوفيد-19 ومخاطره. * أتفهّم أنه سيتم إدخال سجل هذا التلقيح في نظام معلومات التحصين لدى ولاية "مين"، إمباكت. * أتفهّم أنه يُنصح بالبقاء في الموقع اليوم لمدة 15 دقيقة على الأقل بعد أخذ اللقاح. * **من خلال توقيعي أدناه فإنني أمنح الإذن بتلقيح الشخص المذكور أعلاه بلقاح كوفيد-10.**   X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  توقيع ولي أمر الشخص المراد تلقيحه، أو توقيع الشخص البالغ المطلوب تلقيحه.  X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  توقيع المترجم الفوري | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **للاستخدام الرسمي فقط:** | | | | | | | | | |
| **الجرعة** | **تاريخ إعطاء الجرعة** | **الشركة المصنّعة للقاح** | **رقم الحصة** | **حجم الجرعة** | **توقيع مقدّم اللقاح وأوراق اعتماده** | | **موضع الحقن -**  **العضلة الدالية** | **المسار** | **تاريخ الموافقة على الاستخدام في حالة الطوارئ** | |
| جرعة رقم 1  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  جرعة رقم 2  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  جرعة رقم 3  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | / / |  |  |  |  | | يسار  يمين | حقن عضلي |  | |
| اكتمال بطاقة لقاح كوفيد - 19:  نعم  لا | | | | | درجة الحرارة: | | | | |