



بلدية مدينة فيينا
قسم البلدية 15 – الخدمات الصحية لمدينة فيينا

إقرار موافقة للقاح الواقي
ضد فيروس سارس – كوف 2
باستخدام مادة اللقاح الواقي الذي يعتمد على مرسال الحمض النووي الريبوزي
كوميرناتي®

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية:
(ضع إشارة X تحت الإجابة الصحيحة)

Nein / لا	Ja / نعم	
		هل تعرّض طفلك بعد حصوله على التطعيم يوماً ما إلى شكاوى شديدة أو أعراض جانبية، باستثناء ردود الفعل الموضعية الخفيفة كالأحمرار، أو الورم، أو الآلام مكان الحقن أو حمى خفيفة؟ إذا كان الجواب نعم، فما هي هذه الأعراض؟
لا	نعم	هل يعاني طفلك حالياً من حمى أو عانى منها خلال آخر أسبوعين؟ هل يعاني طفلك حالياً من السعال، الزكام، أو الآم في الحلق؟ هل يعاني من أية عدوى أخرى في الوقت الحالي؟
لا	نعم	هل يعاني طفلك من حساسية ما (مثل حساسية البيض، الأدوية)؟ إذا نعم، ما هي؟ في حال حصول طفلك في الوقت الحالي على علاج بالحقن ضد مواد مثيرة للحساسية: متى حصل على الجرعة الأخيرة؟ ومتى سيحصل على الجرعة المقبلة؟
لا	نعم	هل يوجد لدى طفلك ضعف مناعي/ مرض مناعي خلقي أو مكتسب؟ إذا نعم، ما هو؟
لا	نعم	هل يأخذ طفلك أدوية بانتظام (مثل الكورتيزون، مثبطات الخلايا، أو أدوية مضادة للتجلط)؟ إذا نعم، ما هي؟
لا	نعم	هل يتلقى طفلك في الوقت الحالي علاج كيميائي أو بالإشعاع؟
لا	نعم	هل يعاني طفلك من مرض شديد أو مزمن (مثل السرطان، مرض مناعي، أو اضطراب في تخثر الدم)؟ إذا نعم، ما هو؟
لا	نعم	هل خضع طفلك لعلاج بتدخل جراحي (مثل عملية جراحية)؟
لا	نعم	هل يعاني طفلك من مرض التهاب مزمن في الدماغ أو النخاع الشوكي؟
لا	نعم	هل تعرض طفلك إلى نوبات صرع من قبل؟
لا	نعم	هل تلقى طفلك الدم، أو مشتقات الدم، أو جلوبيولينات مناعية خلال الثلاث شهور الماضية؟
لا	نعم	يرجى وضع علامة X في حال وجود حمل لدى الشابة!
لا	نعم	هل تلقى طفلك خلال الأربعة أسابيع الماضية لقاح آخر؟ إذا نعم، ما هو ومتى؟

أقلب الصفحة من فضلك – شكراً!

الرجاء التعبئة (باللغة الألمانية) بحروف منفصلة عن بعضها البعض

Familienname des Kindes اسم عائلة الطفل

Vorname des Kindes اسم الطفل

Adresse العنوان

Geburtsdatum des Kindes: Tag/Monat/Jahr

السنة / الشهر / اليوم : تاريخ ولادة الطفل

Name der oder des Erziehungsberechtigten اسم ولي الأمر

أؤكد من خلال توقيعني على أنني قرأت ورقة المعلومات وتعليمات الاستخدام بخصوص مادة اللقاح المذكورة (كوميرناتي®) بحرص وفهمتها. وتمت توعيتي هناك بتركيب مادة اللقاح، وموانع الاستخدام، والأعراض الجانبية الممكنة للتطعيم وفهمت هذه المعلومات.

وأتاحت لي الفرصة للنقاش حول الأسئلة المفتوحة مع الطبيبة/ الطبيب خلال ساعات دوام قسم الخدمات الطبية المدرسية، وتمت توعيتي بفوائد ومخاطر التطعيم بشكل كافٍ، ولذلك، لست في حاجة إلى محادثة شخصية. أوافق على إرسال المعلومات إلى قسم الخدمات الصحية لكي يكون من الممكن إنشاء إحصاءات مجهولة المصدر لوزارة الشؤون الاجتماعية والصحة والرعاية وحماية المستهلك.

أنا موافق/ موافقة على إجراء التطعيم الواقي.

Datum

التاريخ

Unterschrift der oder des Erziehungsberechtigten

توقيع ولي الأمر

تنبيه:

إذا أردت انتهاء فرصة إجراء محادثة شخصية مع الطبيبة/ الطبيبة خلال ساعات دوام قسم الخدمات الصحية المدرسية، فيرجى التوقيع على إقرار الموافقة هذا بعد إجراء مناقشة الإيضاح وتسليمه لطبيب المدرسة / طبيبة المدرسة بشكل شخصي.

Ärztliche Anmerkungen: ملاحظات طبية

Datum

التاريخ

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

ختم وتوقيع الطبيب / الطبيبة

