Australian Government

COVID-19 VACCINATION

Formulari i pëlqimit për vaksinim kundër COVID-19

Para se ta plotësoni këtë formular sigurohuni të keni lexuar fletën informuese në lidhje me vaksinën që do ta merrni: Vaxveria (AstraZeneca), Comirnaty (Pfizer) apo Spikevax (Moderna)

Përditësuar së fundi herë: 15 shtator 2021

Rreth vaksinimit për COVID-19

Njerëzit që janë vaksinuar për COVID-19 kanë mundësi shumë më të vogla për t'u sëmurë nga sëmundja e quajtur COVID-19.

Ka tre brende të ndryshme të vaksinave që përdoren në Australi. Të gjitha janë efektive dhe të sigurta. Pfizer apo Moderna është më e preferuar sesa vaksina AstraZeneca kundër COVID-19 për të rriturit nën 60 vjeç.

Ju duhet të merrni dy doza nga i njëjti brend i vaksinës. Kur merrni dozën e parë, do t'ju thonë se kur duhet të merrni dozën e dytë.

Ekspertët mjekësorë kanë studiuar vaksinat për COVID-19 për t'u siguruar që ato janë të sigurta. Shumica e efekteve anësore janë të buta. Ato mund të fillojnë nga dita e vaksinimit dhe të zgjasin një deri dy ditë. Ashtu si me çdo vaksinë ose ilaç, mund të ketë efekte anësore të rralla ose të panjohura.

Një efekt shumë i rrallë pas vaksinimit me vaksinën AstraZeneca quhet trombozë me sindromën trombocitopeni apo TTS. Kjo është mpiksja e gjakut (tromboza) me nivele të ulëta të trombociteve (trombocitopeni). TTS nuk ndohd pas Pfizer apo Moderna.

Miokarditisi dhe perikarditisi (inflamacioni i zemrës) janë raportuar pas Pfizer dhe Moderna. Shumica e rasteve janë të buta dhe njerëlzit i kalojnë shpejt.

Tregoni ofrusiet tuaj të kujdesit shëndetësor nëse keni ndonjë efekt anësor pas vaksinimit që ju shqetëson.

Ju mund të kontaktoheni brenda javës përmes SMS apo –emalit në javën pas marrjes së vaksinës për të parë se si ndiheni.

Disa njerëz prapë mund të infektohen me COVID-19 edhe pas vaksinimit. Akoma duhet të ndiqni të gjitha këshillat e shëndetit publik siç kërkohet në shtetin ose territorin tuaj për të ndaluar përhapjen e COVID-19 duke përfshirë:

- mbani distancën tuaj — qëndroni të paktën 1.5 metra larg njerëzve të tjerë

Emri:												
Numri Medicare:												

- lani duart shpesh me sapun dhe ujë, ose përdorni sanitizues të duarve
- mbani maskë
- qëndroni në shtëpi nëse nuk ndjeheni mirë me simptoma të ftohjes ose të ngjashme me gripin dhe aranzhoni të testoheni për COVID-19.

Sipas ligjit, personi që ju jep vaksinimin duhet të ju regjistron në Regjistrin Australian të Imunizimit. Ju mund të shihni regjistrimin tuaj të vaksinimit në internet përmes:

- Llogarisë Medicare
- Llogarisë MyGov
- Llogarisë MyHealth Record.

Si përdoren informacionet tuaja

Për informacione mbi mënyrën se si të dhënat tuaja personale janë mbledhur, ruajtur dhe përdorur vizitoni https://www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations.

Nëse merrni vaksinën tuaj në barnatore, barnatorja duhet të ndanë disa nga informacionet tuaja personale me Administratori i programeve farmaceutike. Pasi që në këtë mënyrë barnatorja mund të kërkon pagesën nga Qeveria e Australisë. Më shumë infromacione se pse kjo është e nevojshme dhe pse bëhet ndarja e informacioneve mund të gjeni në linkun më sipër.

Ditën kur merrni vaksinën tuaj

Para se të vaksinoheni, tregoni personit që ju bën vaksinimin nëse:

- keni pasur njw reaksion alergjik, veçanërisht një reaksion i rëndë alergjik (anafilaksi) nga:
  - doza e parë e vaksinës për COVID-19,
  - nga një përbërës të vaksinës për COVID-19,
  - të ndonjë vaksine ose medikameti tjetër.
- Jeni të imunokompromituar. Kjo do të thotë që ju keni një sistem imunitar të dobësuar që mund ta bëjë më të vështirë për ju për të luftuar infeksionet dhe sëmundjet e tjera. Akoma mund të merrni vaksinën kundër COVID-19, por bisedoni me mjekun tuaj r ku është koha më e mirë për të bërë vakjsinën. Kjo vatet nga gjendja dhe trajtimi juaj.

Emri:												
Numri Medicare:												

Lista për pëlqim

Po	Jo	
☐	☐	Keni pasur ndonjë reaksion alergjik ndaj ndonjë doze të mëparshme të vaksinës kundër COVID-19?
☐	☐	Keni pasur anafilaksi nga një vaksinë apo medikament tjetër?
☐	☐	A keni pasur një ngjarje serioze negative, që vjen pas kontrollit nga një ofrues me përvojë i imunizimit apo specialist shëndetësordhe i është atribuar dozës së mëparshme të vaksinës kundër COVID-19 (dhe nuk është identifkuar shkak tjetër)?
☐	☐	A keni pasur ndonjëherë mastocitozë (çrregullim të qelizave direk), që ka shkaktuar anafilaksi të përsëritur?
☐	☐	Keni pasur COVID-19 më parë?
☐	☐	Keni një çrregullim gjakderdhjeje?
☐	☐	A merrni ndonjë ilaç për të holluar gjakun tuaj (terapi antikoagulante)?
☐	☐	A keni një sistem imunitar të dobësuar (të imunokompromituar)?
☐	☐	A jeni shtatzënë? *
☐	☐	Keni qenë i sëmurë me kollë, skuqje të fytit, ethe apo keni qenë i sëmurë në një mënyrë tjetër?
☐	☐	Jeni vaksinuar për COVID-19 më parë?
☐	☐	Keni bërë ndonjë vaksinim tjetër në 7 ditët e fundit?

Relevante vetëm për ata që marrin vaksinën AstraZeneca kundër COVID-19:

☐	☐	K Keni qenë ndonjëherë të diagnostifkuar me sindromën e rrjedhjes së kapilarëve?
☐	☐	A keni pasur trombozë (mpiksje) bashkë me trombocitopeni (trombocite të ulëta) brenda 42 ditëve pas marrjes së dozes së mëparshme të AstraZeneca?
☐	☐	Keni pasur trombozë sinusale venusale cerebrale? *
☐	☐	Keni pasur trombocitopeni të induktuar nga heparina? *
☐	☐	Keni pasur mpiksje të gjakut në venat abdominal (venat splankike)? *
☐	☐	Keni pasur sindromën antifosfolipide të asocuar me mpiksjen e gjakut? *
☐	☐	I takoni moshës nën 60 vjeçare? *

* Pfizer apo Moderna janë vaksinat e preferuara për njerëzit e këtyre grupeve. Nëse këto vaksina nuk janë në dispozicion, vaksina AstraZeneca mund të konsiderohet për njerëzit e këtyre grupeve, nëse përfitimet e vaksinimit janë më të mëdha sesa rreziqet.

Për më shumë informacione shihni www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts.

Emri:												
Numri Medicare:											■	

Nëse jeni shtatzënë, shihni www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy.

Relevante vetëm për ata që marrin Comirnaty:

☐ ☐ A jeni diagnostifikuar me miokarditis dhe/apo perikarditis që i është atribuar dozes së mëparshme të Pfizer apo Moderna?

☐ ☐ A keni pasur miokarditis, perikarditis apo endokarditis në gjashtë muajt e fundit?

☐ ☐ Momentalisht a keni ethe akute reumatike apo sëmundje akute reumatike të zemrës?

☐ ☐ A keni dëmtim tëserioz të zemrës?

Nëse jeni përgjigjeur me Po në ndonjë nga pyetjet më lartë, përsëri mund të merrni Pfizer apo Moderna, sidoqoftë duhet të bisedoni me mjekun tuaj familjar, specialistin e imunizimit apo kardilog që të diskutoni kohën më të mirë dhe nëse duhet të ndrëmerrni masa parandaluese shtesë.

Përditësur së fundi herë: 15 shtator 2021

Emri:												
Numri Medicare:												

Informacionet e pacientit

Emri:	
Numri Medicare:	
Identifikuesi individual shëndetësorë (IHI) nëse është e aplikueshme:	
Data e lindjes:	
Adresa:	
Numri i telefonit për kontakt:	
e-mail adresa:	
Gjinia:	
Gjuhën që e flisni në shtëpi:	
Vend ii lindjes:	

A jeni aborixhinë dhe/ose banor i ishullit Torres Strait?

☐ Po, vetëm aborixhinë
☐ Po, vetëm banor i ishullit Torres Strait
☐ Po aborixhinë dhe banor i ishullit Torres Strait
☐ Jo
☐ Preferoj të mos përgjigjem

Të afërmit (në rast emergjence):	
Emri:	
Numri i telefonit për kontakt:	

Pëlqimi për marrjen e vaksinës për COVID-19

☐ Unë konfirmoj që kam marrë dhe kuptuar informacionet që më janë dhënë për vaksinimin për COVID-19.

☐ Unë konfirmoj se asnjë nga kushtet e mësipërme nuk zbatohet, ose unë kam diskutuar këto dhe ndonjë rrethanë tjetër të veçantë me ofruesit tim të rregullt të kujdesit shëndetësor dhe/ose ofruesit të vaksinimit.

☐ Unë pajtohem të marr një seri të vaksinës për COVID-19 (dy doza të së njëjtës vaksinë).

Emri:	
Numri Medicare:	

Emri i pacientit:	
Nënshkrimi i pacientit:	
Data:	

☐ Unë jam prindi i pacientit, kujdestar ose zëvendësues vendimmarrës dhe pajtohem me vaksinimin për COVID-19 të pacientit të përmendur më sipër.

Emri i prindit/kujdestarit /zëvendësuesit vendimmarrës:	
Nënshkrimi i prindit/kujdestarit /zëvendësuesit vendimmarrës:	
Data:	

Për përdorim të ofruesit:

Doza 1:

Data e administrimit të vaksinës:	
Koha e pranimit:	
Brendi i administruar i vaksinës për COVID-19:	
Nr. i paketimit:	
Nr. serik:	
Vendi i injektimit të vaksinës:	
Emri i ofruesit të shërbimit të vaksinimit:	

Doza 2:

Data e administrimit të vaksinës:	
Koha e pranimit:	
Brendi i administruar i vaksinës për COVID-19:	
Nr. i paketimit:	
Nr. serik:	
Vendi i injektimit të vaksinës:	
Emri i ofruesit të shërbimit të vaksinimit:	

Përditësur së fundi herë: 14 shtator 2021

Emri:												
Numri Medicare:											■	