



Australian Government

COVID-19 VACCINATION

فرم رضایت برای واکسیناسیون کووید 19

قبل از اینکه این فرم را تکمیل کنید، اطمینان حاصل کنید، برگه اطلاعاتی مربوط به واکسنی که دریافت خواهید کرد را بخوانید: *Vaxzevria (AstraZeneca)*، *Comirnaty (Pfizer)* یا *Spikevax (Moderna)*.

آخرین بروز رسانی: 8 اکتبر 2021

درباره واکسیناسیون کووید 19

افرادی که واکسیناسیون کووید 19 دارند احتمال بسیار کمتری برای بیمار شدن کووید 19 دارند.

سه مارک مورد استفاده از واکسن در استرالیا وجود دارد. همه موثر و امن هستند. برای بزرگسالان زیر 60 سال Pfizer یا Moderna نسبت به واکسن AstraZeneca ارجحیت دارد.

شما باید دو دوز از همان مارک واکسن داشته باشید. فردی که شما دوز اول تان را دریافت می کنید به شما گفته خواهد شد که چه موقعی به دوز دوم تان نیاز خواهید داشت.

افرادی که نقص سیستم ایمنی شدید دارند، ممکن است به عنوان بخشی از دوره اولیه شان، به دوز سوم نیاز داشته باشند. به www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

نگاه کنید.

کارشناسان پزشکی واکسن های کووید 19 را مطالعه کرده اند تا مطمئن شوند که آنها ایمن هستند. بیشتر عوارض جانبی خفیف هستند. آنها ممکن است در روز واکسیناسیون شروع شوند و برای یک تا دو روز طول می کشند. همانند هر واکسن یا دارویی، ممکن است عوارض جانبی نادر یا ناشناخته وجود داشته باشد.

یک عارضه جانبی خیلی نادر بعد از AstraZeneca، ترومبوز همراه با سندرم ترومبوسیتوپنی یا TTS می باشد. این به معنی لخته شدن خون (ترومبوز) همراه سطح پلاکت خون پایین (ترومبوسیتوپنی) است. TTS بعد از Moderna یا Pfizer اتفاق نمی افتد.

میوکاردیت و پریکاردیت (التهاب قلب) به دنبال Moderna و Pfizer گزارش شده است. اکثر موارد خفیف بوده و افراد به سرعت بهبود یافته اند.

اگر شما عوارض جانبی بعد از واکسیناسیون داشته باشید که در مورد آن نگران هستید، می توانید به ارائه دهنده مراقبت درمانی خود اطلاع دهید. اگر عوارض جانبی دارید که شما را نگران می کند، لطفاً با پزشک خود تماس بگیرید.

ممکن است از طریق پیامک یا ایمیل در عرض یک هفته پس از دریافت واکسن تان با شما تماس بگیرند تا ببینند که چه احساسی میکنید.

بعضی از افراد ممکن است پس از واکسیناسیون کووید 19 بگیرند شما هنوز هم باید همه توصیه بهداشت عمومی مورد نیاز را در ایالت یا تریتری خود دنبال کنید تا از گسترش کووید 19 جلوگیری شود که شامل موارد زیر است:

- فاصله خود را حفظ کنید — حداقل 1.5 متر از دیگران فاصله بگیرید
- دست هایتان با آب و صابون، یا با استفاده از ضد عفونی کننده دست مرتب بشوئید
- یک ماسک بزنید،

										نام:
										شماره مدیکر:

- در صورتی که با علائم سرماخوردگی یا شبیه آنفولانزا مریض هستید در خانه بمانید، و ترتیب دادن یک آزمایش کووید 19 را بدهید.

طبق قانون، شخصی که به شما واکسیناسیون تان را می دهد، باید آن را در بخش ثبت ایمن سازی استرالیا ثبت کند. شما می توانید سابقه واکسیناسیون خود را به صورت آنلاین از طریق زیر ببینید:

- حساب مدیکرتان
- حساب MyGov تان
- حساب My Health Record من.

چگونه از اطلاعات شما استفاده می شود

برای کسب اطلاعات در مورد نحوه جمع آوری، ذخیره و استفاده از اطلاعات شخصی تان به www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations مراجعه کنید.

اگر واکسن تان را در داروخانه می گیرید، آن داروخانه باید بعضی از اطلاعات شخصی شما را با مدیر برنامه های داروخانه به اشتراک بگذارد. این بدین خاطر است که داروخانه بتواند پرداختی از دولت استرالیا مطالبه کند. اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چرا این لازم است و چه اطلاعاتی به اشتراک گذاشته می شود، در لینک بالا ارائه شده است.

در روزی که واکسن خود را می زنید

- قبل از اینکه واکسینه شوید، به فردی که به شما واکسن می زند بگویید، اگر:
 - یک واکنش آلرژی، به ویژه یک واکنش آلرژیک شدید (آنافیلاکسی) به:
 - یک دوز قبلی از واکسن کووید 19،
 - یک ماده تشکیل دهنده واکسن کووید 19
 - سایر واکسن ها یا داروها دارید
- دچار نقص سیستم ایمنی شده اید این بدان معنی است که شما یک سیستم ایمنی ضعیف دارید که مبارزه با بیماری ها را برای شما سخت تر می کند. شما هنوز هم می توانید واکسن کووید 19 دریافت کنید، اما در مورد زمان مناسب برای دریافت واکسن با پزشک خود مشورت کنید. این بستگی به وضعیت شما و درمان تان دارد.

										نام:
										شماره مدیکر:

چک لیست دادن رضایت

	بله	نه
آیا شما هیچ گونه آلرژی، به دوز قبلی واکسن کووید 19 داشته اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا قبلا یک آنافیلاکسی به واکسن یا داروی دیگری داشته اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا شما یک عارضه جانبی جدی داشته اید که بر اساس بررسی کارشناسی توسط یک ارائه دهنده ایمن سازی با تجربه یا متخصص پزشکی به دوز قبلی واکسن کووید 19 نسبت داده شود(و علت دیگری برایش مشخص شده است)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا تا به حال به ماستوسیتوز (یک اختلال ماست سل) داشته اید که سبب آنافیلاکسی مکرر شده باشد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا قبلا کووید 19 داشته اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا یک اختلال خونریزی دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا شما هیچ دارویی را برای رقیق کردن خون خود (درمان ضد انعقاد) مصرف می کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا شما یک نقص سیستم ایمنی (ضعف ایمنی) دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا باردار هستید؟ *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا بیماری با سرفه، گلودرد، تب دارید یا به نوع دیگری احساس مریضی می کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا قبلا واکسیناسیون کووید 19 داشته اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا شما در 7 روز گذشته واکسیناسیون دیگری دریافت کرده اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

فقط مربوط به آنهایی که AstraZeneca دریافت می کنند:

آیا تا به حال با سندرم نشت مویرگی تشخیص داده شده اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا طی 42 روز پس از دریافت دوز قبلی AstraZeneca، ترومبوز (لخته شدن) همراه با ترومبوسیتوپنی (پلاکت پایین) داشته اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا در گذشته ترومبوز سینوس وریدی مغزی داشته اید؟ *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا در گذشته ترومبوسیتوپنی ناشی از هپارین داشته اید؟ *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا تا کنون لخته های خونی در رگ های شکمی (وریدهای اسپلانکیک) شده اید؟ *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا تاکنون سندرم آنتی فسفولیپید مربوط به لخته شدن خون داشته اید؟ *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا سن شما زیر 60 سال است؟ *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Moderna یا Pfizer واکسن های ترجیحی برای افراد این گروه ها می باشد. اگر این واکسن ها در دسترس نباشند و اگر مزایای واکسیناسیون بیشتر از خطرات آن باشد، می توان AstraZeneca را در نظر گرفت.

برای اطلاعات بیشتر به www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts مراجعه کنید.

اگر باردار هستید، به www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy مراجعه کنید.

										نام:
										شماره مدیکر:

اطلاعات بیمار

										نام:
										شماره مدیکر:
										شناسه بهداشتی فردی، در صورتی که صدق می کند:
										تاریخ تولد:
										آدرس:
										شماره تماس تلفنی:
										آدرس ایمیل:
										جنسیت
										زبانی که در خانه صحبت می شود:
										کشور محل تولد:

آیا شما بومی و/یا از اهالی جزیره تورس تنگه هستید؟

- بله، فقط بومی
 بله، فقط اهل جزیره تنگه تورس
 بله بومی و اهل جزیره تنگه تورس
 نه
 ترجیح می دهم پاسخ ندهم

										خویشاوند نزدیک (در موارد اضطراری):
										نام:
										شماره تماس تلفنی:

رضایت برای دریافت واکسن کووید 19

- من تایید می کنم که اطلاعاتی که در مورد واکسیناسیون کووید 19 به من ارائه شده است را دریافت کرده و درک کرده ام.
 من تایید می کنم که هیچ یک از شرایط فوق در مورد من صدق نمی کند یا من در مورد شرایط و هر شرایط خاص دیگر را با ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی منظم من و/یا ارائه دهنده واکسیناسیون صحبت کرده ام.
 من موافقم که دوره ای از واکسن کووید 19 را دریافت کنم (دو دوز از همان واکسن).

										نام بیمار:
										امضای بیمار:
										تاریخ:

										نام:
										شماره مدیکر:

من پدر/مادر، سرپرست قانونی بیمار یا تصمیم گیرنده جایگزین قانونی هستم و با واکسیناسیون کووید 19 بیمار فوق موافقت می کنم.

	نام پدر/مادر، سرپرست قانونی/ تصمیم گیرنده جایگزین:
	امضای سرپرست قانونی/جایگزین تصمیم گیرنده:
	تاریخ:

	نام:
	شماره مدیکر:

برای استفاده ارائه دهنده:

دوز ۱:

	تاریخی که واکسن داده شد:
	زمان دریافت شده:
	مارک واکسن کووید 19 تجویز شده:
	شماره دسته:
	شماره سریال:
	محل تزریق واکسن:
	نام ارائه دهنده خدمات واکسیناسیون:

دوز ۲:

	تاریخی که واکسن داده شد:
	زمان دریافت شده:
	مارک واکسن کووید 19 تجویز شده:
	شماره دسته:
	شماره سریال:
	محل تزریق واکسن:
	نام ارائه دهنده خدمات واکسیناسیون:

دوز 3*:

	تاریخی که واکسن داده شد:
	زمان دریافت شده:
	مارک واکسن کووید 19 تجویز شده:
	شماره دسته:
	شماره سریال:
	محل تزریق واکسن:
	نام ارائه دهنده خدمات واکسیناسیون:

	نام:
	شماره مدیگر:

