



Australian Government



د COVID-19 واکسین کولو لپاره د رضایت فورمه

د دي فورمه له ډکولو د مخه ډاډ ترلاسه کړئ چې تاسو د هغه واکسین په اړه چې تاسی ته یې درکوی د مالوماتو پاڼه لوستی ده: *Vaxzevria (AstraZeneca)*، *Comirnaty (Pfizer)* یا *Spikevax (Moderna)*.

وروستی ځل لپاره تازه شوي: 8 اکتوبر 2021

د COVID-19 واکسین په اړه

هغه خلک چې د COVID-19 واکسین ولري د COVID-19 څخه یې د ناروغ کیدلو چانس ډیر کم دي.

په آسټرالیا کې د واکسین دري قسمونه (براندونه) شتون لري. ټول اغیزمند او خوندي دي. د فایزر او مدرنا ته د استرازنکا د واکسین په پرتله دهغه لویانو لپاره چې عمر یې د 60 کلونو څخه کم وي غوره گڼل کیږي.

تاسو اړتیا لرئ چې دوه دوزونه د ورته براند څخه واکسین شئ. کله چې تاسی خپل لومړي دوز ترلاسه کړي، تاسو ته به وویل شي چې کله تاسو ته د ستاسو د دوهم دوز واکسین کولو اړتیا ده.

هغه خلک چې په جدي ډول دمعافیت د ضعیف سیستم لرونکي (immunocompromised) دي ممکن دریم دوز د خپل اصلی واکسین کولو ته اړتیا ولري. وگورئ: 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

طبي کار پوهانو د COVID-19 واکسینونه مطالعه کړي ترڅو ډاډ ترلاسه کړي چې دوی خوندي دي. ډیری ضمني اغیزې یې نرمي دي. دا د واکسین کولو په ورځ شروع کیږي او د یوې تر دوو ورځو پورې دوام لري. لکه د هر واکسین یا درملو سره، ممکن کم او / یا نامعلومي ضمني اغیزې شتون ولري.

د یوې نادري ضمني اغیزې چې د استرازنکا وروسته د ترمبوسیس د ترومبوسیتوپنیا سینډروم (thrombosis with thrombocytopenia syndrome, TTS) ورته ویل کیږي. دا په دي مانا چې ویني گڼدیل (ترمبوسس) د ویني کرویاتو نیته کچه (ترومبوسیتوپنیا). TTS د فایزر او مدرنا وروسته نه پېښیږي.

مایکارډایټس او پیریکارډایټس (Myocarditis and pericarditis) (د زړه التهاب) د فایزر او مدرنا وروسته راپور شوي. اکثر قضیې یې نرمې او خلک بیرته ژر روغ شوي دي.

خپل د روغتیایي پاملرنې چمتو کونکي ته هم ووايست که تاسو کومه ضمني اغیزه وروسته د واکسین کولو ولرئ چې تاسو یې په اړه اندېښمن یاست.

ممکن تاسو سره د واکسین د ترلاسه کولو وروسته په یوه اونۍ کې د SMS یا ایمیل له لارې اړیکه ونیول شي ترڅو وگورئ چې تاسو څنگه احساس کوئ.

ځیني خلک ممکن د واکسین کولو وروسته لاهم COVID-19 ترلاسه کړي. تاسو باید لاهم د عامه روغتیا ټولې مشوري په خپل ایالت یا سیمه کې تعقیب کړي، ترڅو د COVID-19 د خپریدلو مخه ونیسي په گډون دي:

										نوم:
										د میډیکر شمېره:

- خپل واټن وساتئ - لږترلږه 1.5 متره د نورو خلکو څخه لرې اوسئ
- خپل لاسونه اکثراً په صابون او اوبو سره ومينځئ، يا د لاس مايع وکاروي
- ماسک واغوندي
- په کور کې پاتې شي، که تاسو د ريزش يا انفوانزا د نښو سره ناروغ ياست، او د COVID-19 ازموينه د ترلاسه کولو لپاره اقدام وکړي.

د قانون له مخې، هغه څوک چې ستاسو واکسين درکوي بايد دا د آسټراليا د واکسين کولو په راجسټر کې ثبت کړي. تاسو کولی شئ خپل د واکسين کولو تاريخچه انلاين وگورئ لږ لارو څخه:

- د Medicare اکاونټ
- د MyGov اکاونټ
- د My Health Record اکاونټ.

ستاسو مالومات څرنگه کارول کيږي

د هغه مالوماتو لپاره چې څنگه ستاسو مشخصات راټول، نڅيره او کارول شوي ليدنه وکړي دي:

www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations

که تاسو خپل واکسين په درملتون (فارمسي) کې ترلاسه کوئ، دا درملتون اړ دي چې ستاسي ځيني شخصي مالومات د درملتون د برنامې د مدير سره شريکي کړي. دا ځکه چې درملتون وکولی شي د آسټراليا د حکومت څخه د پيسو د تاديبي ادعا وکړي. په دې اړه نور مالومات چې ولې دا اړين او کوم مالومات شريک کيږي، په پورته لينک کې چمتو شوي.

په هغه ورځ چې تاسي خپل واکسين تر لاسه کوي

د واکسين کيدلو د مخه، هغه کس چې واکسين درکوي ورته ووايي که تاسو:

- که تاسو حساسيت، په ځانگړي توگه anaphylaxis (يو سخت د حساسيت عکس العمل دي) کړي وي:
 - د مخکيني COVID-19 واکسين د دوز سره
 - د COVID-19 د واکسين د يوې مادې سره
 - د نورو واکسينونو او درملو سره

• د معافيت سيستم ضعیف شوي وي. دا پدې مانا ده چې تاسو د معافيت ضعیف سيستم لری چې ستاسو لپاره د میکروبونو او نورو ناروغيو سره مبارزه کول سخت کوي. تاسو لاهم د COVID-19 واکسين درلودلي شي، مگر د خپل ډاکټر سره چې کوم وخت غوره دي چې واکسين شير دا به ستاسو په وضعيت او درملني پورې اړه ولري.

										نوم:
										د ميډيکر شميره:

د رضایت چک لست

- | | هو | نه |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ايا تاسو د COVID-19 واکسين د کوم پخواني دوز سره حساسيت کړي دي؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو د کوم واکسين يا درمل سره شديد حساسيت (انافلکسييس) درلودلي دي؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو يوه جدي منفي پيښه درلوده، چې د تجربه لرونکي د واکسين چمتو کونکي يا طبي متخصص لخوا د متخصص د بياکتنې وروسته د COVID-19 واکسين پخوانی دوز ته منسوب شوی وي (او بل لامل يې ندی پيژندل شوی)؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو کله هم ماستوسايټوسس (mastocytosis) درلودل چې د مکرر انافلکسييس لامل شوی وي؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو د مخه COVID-19 درلود؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو د وينې بهيدني عوارض لرئ؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو د خپل وينې د نري کولو لپاره کوم درمل اخلي (an anticoagulant therapy)؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو د معافيت ضعيف سيستم لرئ (immunocompromised)؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو اميندواره ياست؟ * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو د توخي، د ستوني خور، تبه يا ناروغی درلودلي يا په کوم بل ډول د ناروغی احساس کړئ؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو کوم د COVID-19 واکسين د مخه کړی دي؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو په تيرو 7 ورځو کې کوم بل واکسين ترلاسه کړی دی؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

دا يوازې دهغو کسانو پورې اړوند دي چې د آسټرازنکا کووید-19 واکسين تر لاسه کوي.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ايا تاسو کله هم د کيپلري ليک (capillary leak) سندروم سره تشخيص شوي ياست؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو کله هم د ترمبوسيس (گنډيدل) د تر توموموسيتوپينيا (د وينې د کروياتو ټيټه کچه) د 42 ورځو په درشل کې پس له پخوانی دوز د آسټرازنکا درلودلي دي؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو کله هم د دماغي وينزسينوس تومومبوسس (venous sinus thrombosis) درلودلی دی؟ * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو کله هم د هيپيرين-هڅول شوي توموموسايټينيا (heparin-induced thrombocytopenia) درلودلي دي؟ * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو کله هم د معدې رگونو کې د وينې گنډيدل (splanchnic veins) درلودلي دي؟ * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو کله هم د وينې د گنډيدلو سره د antiphospholid سندروم درلودلي دي؟ * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ايا تاسو د 60 کلونو څخه کم عمر لرئ؟ * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*فایزر او مدرنا د دې ډلو د خلکو لپاره غوره واکسينونه دي، که دا واکسينونه شتون ونلري، د آسټرازنکا واکسين د خلکو لپاره پدي گروپونو کې په پام کې نيول کېدې شي، که چېرې گټې يې د خطر ونه څخه ډيري وي.

د نورو مالوماتو لپاره وويني www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts

که تاسو اميندواره ياست وويني www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy

										نوم:
										د ميديکر شمېره:

□ زه د ناروغ قانوني والد، سرپرست يا قانوني بديل پريکړه کونکی يم، او موافق يم چې پورته نوم ورکړل شوی ناروغ ته د COVID-19 واکسين کولو سره موافق يم.

	د والد، قانوني سرپرست يا قانوني بديل پريکړه کونکی نوم:
	د والد، قانوني سرپرست يا قانوني بديل پريکړه کونکی امضا:
	نېټه:

	نوم:
	د ميديکر شمېره:

د چمتو کونکي د استفادي لپاره :

اول دوز:

	نیټه چي واکسین شوي یاست:
	د واکسین کولو وخت:
	کوم براند یا نمونه د کووید-۱۹ استعمال شوي:
	د Batch شمیره:
	د Serial شمیره:
	د واکسین کولو ځای:
	د واکسین کولو د چمتو کونکي نوم:

دویم دوز:

	نیټه چي واکسین شوي یاست:
	د واکسین کولو وخت:
	کوم براند یا نمونه د کووید-۱۹ استعمال شوي:
	د Batch شمیره:
	د Serial شمیره:
	د واکسین کولو ځای:
	د واکسین کولو د چمتو کونکي نوم:

*دریم دوز:

	نیټه چي واکسین شوي یاست:
	د واکسین کولو وخت:
	کوم براند یا نمونه د کووید-۱۹ استعمال شوي:
	د Batch شمیره:
	د Serial شمیره:
	د واکسین کولو ځای:
	د واکسین کولو د چمتو کونکي نوم:

*که اړتیا وي، د لا زیاتو مالوماتو لپاره وگوري: 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

وروستی ځل لپاره تازه شوي: 8 اکتوبر 2021

	نوم:
	د میډیکر شمیره: