

| | |
|--|------------------------------------|
| الاسم واللقب: Nome e Cognome: | |
| محل الميلاد: Luogo di nascita | تاريخ الميلاد: Data di nascita: |
| الهاتف: Telefono: | محل الإقامة: Residenza: |
| البطاقة الصحية (في حالة توفرها) الرمز الضريبي Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale | |

قرأت نشرة المعلومات التي صاغتها الوكالة الإيطالية للدواء (AIFA) حول اللقاح، وتم توضيحها لي بلغة معروفة، واستوعبت النشرة تمامًا:
«.....»

أخبرت الطبيب بالأمراض، الحالية و/أو السابقة، والعلاجات التي أحصل عليها حاليًا. تمكنت من طرح أسئلة حول اللقاح وحول حالتي الصحية، وحصلت على إجابات وافية استطعت فهمها. تم تقديم المعلومات لي على نحو صحيح وبكلمات واضحة تمكنت من استيعابها. فهدت فوائد التطعيم ومخاطره، وطرق الحصول عليه، والبدائل العلاجية له، فضلًا عن التبعات المحتملة لرفض الحصول عليه، أو التراجع عن إكمال التطعيم ورفض تناول الجرعة الثانية، إن وُجدت.

أعي أنه في حالة حدوث أي أعراض جانبية سأتحمل مسؤولية إخطار طبيبي المُعالج على الفور واتباع تعليماته.
أوافق على البقاء في قاعة الانتظار لمدة **15 دقيقة** على الأقل بعد تناول اللقاح للتأكد من عدم حدوث ردود أفعال عكسية على الفور.

| | |
|---|---|
| أرفض RIFIUTO | أوافق وأصرح ACCONSENTO E AUTORIZZO |
| تناول لقاح <i>la somministrazione del vaccino</i> | بشأن تناول لقاح <i>la somministrazione del vaccino</i> |
| التاريخ والمكان: Data e luogo: | التاريخ والمكان: Data e luogo: |
| توقيع الشخص الذي يرفض تلقي اللقاح أو ممثله القانوني Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale | توقيع الشخص الذي يتلقى اللقاح أو ممثله القانوني Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale |
| نشرة معلومات لقریب الشخص غير القادر على الإعراب عن موافقته (راجع القانون رقم 6 الصادر بتاريخ 29 يناير/كانون الثاني 2021) Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6) | |
| <p><input type="checkbox"/> المريض لا يقدر على الإعراب عن الموافقة بصورة صالحة. وبهدف حماية صحته، ونظرًا لأنه من المقترح تلقي اللقاح، يتم مشاركة قرار إعطاء اللقاح المضاد لكوفيد-19 مع القریب المختص. راجع نموذج مشاركة الأقارب في اقتراح إعطاء اللقاح المضاد لكوفيد-19.</p> <p><i>I paziente è incapace di esprimere un valido consenso. Ai fini della tutela della sua salute, stante l'indicazione alla vaccinazione, si condivide con il familiare di riferimento la decisione di procedere alla vaccinazione antiCovid-19. cfr. Modulo Condivisione con familiari proposta di vaccinazione antiCOVID19</i></p> | |
| توقيع قریب المريض: | التاريخ والمكان: |
| Firma del Familiare: | Data e luogo: |

مختصو الرعاية الصحية في فريق اللقاحات

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

| 1. الاسم واللقب والوظيفة Nome cognome e ruolo | 2. الاسم واللقب والوظيفة Nome cognome e ruolo |
|---|---|
| أؤكد أن الشخص سيتلقى اللقاح وافق على تلقي اللقاح، بعدما قُدِّمَ إليه القدر المناسب من المعلومات. Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato | أؤكد أن الشخص سيتلقى اللقاح وافق على تلقي اللقاح، بعدما قُدِّمَ إليه القدر المناسب من المعلومات. Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato |
| التوقيع: Firma | التوقيع: Firma |

وجود مختص الرعاية الصحية الثاني مفيد، لكن يمكن الاستغناء عنه في حالة تلقي اللقاح في المنزل، أو في سياق حرج من الناحية اللوجيستية-التنظيمية

التفاصيل التشغيلية للتطعيم

Dettagli operativi della vaccinazione

| توقيع مختص الرعاية الصحية Firma sanitario | التاريخ والساعة Data e ora | مكان التلقيح Luogo di somministrazione | انتهاء الصلاحية Scad. | التشغيلية رقم Lotto n. | موضع الحقن Sito di iniezione | | |
|--|-------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| | | | | | الذراع اليسرى Braccio sinistro | الذراع اليمنى Braccio destro | الجرعة الأولى 1° dose |
| | | | | | الذراع اليسرى Braccio sinistro | الذراع اليمنى Braccio destro | الجرعة الثانية 2° dose |





اللقاح المضاد لسارس-كوف-2/كوفيد-19 تصنيف الأولوية قبل الحصول على اللقاح

يجب ملء النموذج برعاية الشخص الذي سيحصل على اللقاح، ويجب أن يُعاد فحصه مع مختصي الرعاية الصحية المعنيين بالتطعيم

| الهاتف: Telefono: | | | الاسم واللقب: |
|---|----------|-------------|--|
| | | | Nome e cognome |
| | | | تاريخ الميلاد ومحلّه: |
| | | | Data e luogo di nascita |
| لا أعرف Non so | لا NO | نعم 'SI' | التاريخ المرضي ANAMNESI |
| | | | هل أنت مريض حالياً؟ Attualmente è malato? |
| | | | هل تعاني من ارتفاع درجة الحرارة؟ Ha febbre? |
| | | | هل تعاني من حساسية من اللاتكس أو من بعض الأطعمة أو الأدوية أو من أحد مكونات اللقاح؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى التحديد: |
| | | | Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se si specificare: |
| | | | هل عانيت فيما سبق من رد فعل شديد يعد تلقي أحد اللقاحات؟ Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? |
| | | | هل تعاني من أمراض في القلب أو الرئتين أو ربو أو أمراض في الكليتين أو مرض السكر أو فقر الدم أو أمراض أخرى في الدم؟ Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? |
| | | | هل تعاني من حالة تؤثر بالسلب على الجهاز المناعي؟ (مثال: مرض السرطان، وبيضاض الدم، وسرطان الغدد الليمفاوية، وفيروس العوز المناعي البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، وزراعة الأعضاء) Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto) |
| | | | خلال الثلاثة أشهر الأخيرة، هل تناولت أدوية تُضعف الجهاز المناعي (مثل: الكورتيزون أو الستيرويدات الأخرى) أو أدوية مضادة للأورام، أو تعرضت للعلاج بالإشعاع؟ Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? |
| | | | خلال العام المنصرم، هل حصلت على نقل دم أو أحد مشتقات دم، أو تلقيت أجسام مضادة (جلوبولين جاما) أو تناولت عقاقير مضادة للفيروسات؟ Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? |
| | | | هل عانيت من نوبات تشنجات أو مشكلات في المخ أو الجهاز العصبي؟ Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? |
| | | | هل تلقيت لقاحات في آخر 4 أسابيع؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي؟ Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? |
| | | | هل تتناول عقاقير مضادة للتجلط؟ Sta assumendo farmaci anticoagulanti? |
| فيما يلي يُرجى تحديد الأدوية، فضلاً عن المكملات الطبيعية والفيتامينات والمعادن أو أي أدوية بديلة تتناولها: Specifichi di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: | | | |
| | | | |
| | | | |



| لا أعرف Non so | لا NO | نعم 'SI' | بالنسبة للسيدات: PER LE DONNE: |
|-------------------|----------|-------------|--|
| | | | هل أنتِ حامل أو تفكرين في الحمل في غضون الشهر التالي للجرعة الأولى أو الثانية؟ è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? |
| | | | هل ترضعين؟ sta allattando? |
| لا أعرف Non so | لا NO | نعم 'SI' | التاريخ المرضي المرتبط بكوفيد ANAMNESI COVID-CORRELATA |
| | | | خلال الشهر الأخير، هل خالطت شخص يحمل عدوى سارس-كوف-2 أو مصاب بمرض كوفيد-19؟ Nell'ultimo mese È stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? |
| | | | هل ظهر عليك أحد الأعراض التالية: Manifesta uno dei seguenti sintomi: |
| | | | - سعال/برد/ارتفاع في درجة الحرارة/ضيق تنفس أو أعراض مشابهة لأعراض البرد؟ Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali? |
| | | | - ألم في الحلق/فقدان حاسة الشم أو التذوق؟ Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? |
| | | | - ألم في المعدة/إسهال؟ Dolore addominale/diarrea? |
| | | | - رعشة غير طبيعية أو نزف/احمرار في العينين؟ Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi? |
| | | | هل قمت بأي رحلة دولية خلال الشهر الأخير؟ Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? |
| | | | اختبار كوفيد-19 TEST COVID-19 |
| | | | لم يتم إجراء اختبار كوفيد-19 مؤخرًا Nessun test COVID-19 recente |
| | | | اختبار كوفيد-19 سلبي (التاريخ:) Test COVID-19 negativo (..... Data) |
| | | | اختبار كوفيد-19 إيجابي (التاريخ:) Test COVID-19 positivo (..... Data) |
| | | | في انتظار نتيجة اختبار كوفيد-19 (التاريخ:) In attesa di test COVID-19 (..... Data) |
| | | | يُرجى ذكر أي أمراض أخرى تعاني منها أو معلومات مفيدة حول حالتك الصحية: Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute: |
| | | | التاريخ والمكان Data e luogo |
| | | | توقيع الشخص الذي سيحصل على اللقاح أو ممثله القانوني Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale |