

استبيان بعد تناول الجرعة الأولى من اللقاح المضاد لكوفيد-19

QUESTIONARIO DOPO PRIMA DOSE VACCINO ANTI-COVID19

الاسم واللقب _____

_____ NOME e COGNOME

تاريخ الميلاد _____ الرمز الضريبي _____

_____ Codice fiscale _____ DATA DI NASCITA

بعد الحصول على الجرعة الأولى من اللقاح هل عانيت من أعراض أو مشكلات صحية جديدة؟
Dopo la prima dose di vaccino hai avuto nuovi sintomi o problemi di salute?

نعم

لا

'SI

NO

إن كانت الإجابة بلا، فلا يتعين عليك مواصلة الإجابة على الأسئلة الأخرى. توقف هنا.
إن كانت الإجابة بنعم، تابع القراءة واذكر جميع الأعراض التي ظهرت عليك من بين المذكور فيما يلي.
في الأعمدة الموجودة جهة اليمين، وعن كل عرض مذكور، اذكر وقت ظهور هذا العرض بعد حقن اللقاح، ووقت اختفائه بعد حقن اللقاح.

وقت زوال العرض <i>Epoca di SCOMPARSA del sintomo</i>	وقت ظهور العرض <i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i>	أعراض موضعية في مكان حقن اللقاح <i>Sintomi LOCALI</i> nel punto di iniezione del vaccino
<input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> خلال 60 دقيقة <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> ألم <i>Dolore</i>
<input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> خلال 60 دقيقة <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> احمرار <i>Arrossamento</i>

وقت زوال العَرَض <i>Epoca di SCOMPARSA del sintomo</i>	وقت ظهور العَرَض <i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i>	أعراض عامة <i>Sintomi GENERALI</i>
<input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> خلال 60 دقيقة <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> شعور بالإرهاق <i>Senso di stanchezza</i>
<input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> خلال 60 دقيقة <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> غثيان <i>Nausea</i>
<input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> خلال 60 دقيقة <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> قيء <i>Vomito</i>
<input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> خلال 60 دقيقة <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> رعشة <i>Brividi</i>

<input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i> _____	<input type="checkbox"/> خلال 60 دقيقة <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i> _____	<input type="checkbox"/> ارتفاع درجة الحرارة حتى 38 مئوية <i>Febbre fino a 38°C</i>
<input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i> _____	<input type="checkbox"/> خلال 60 دقيقة <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i> _____	<input type="checkbox"/> ارتفاع درجة الحرارة أكثر من 38 مئوية <i>Febbre superiore a 38°C</i>
<input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i> _____	<input type="checkbox"/> خلال 60 دقيقة <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i> _____	<input type="checkbox"/> آلام منتشرة في العضلات أو المفاصل <i>Dolori muscolari o articolari diffusi</i>
<input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i> _____	<input type="checkbox"/> خلال 60 دقيقة <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i> _____	<input type="checkbox"/> تضخم الغدد اللمفاوية <i>Ingrossamento di ghiandole linfatiche</i>

<p><input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i></p> <p><input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i></p>	<p><input type="checkbox"/> خلال 60 دقيقة <i>Entro 60 minuti</i></p> <p><input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i></p> <p><input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i></p>	<p><input type="checkbox"/> أرق <i>Insomnia</i></p>
<p><input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i></p> <p><input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i></p>	<p><input type="checkbox"/> خلال 60 دقيقة <i>Entro 60 minuti</i></p> <p><input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i></p> <p><input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i></p>	<p><input type="checkbox"/> زيادة الضغط الشرياني <i>Aumento della pressione arteriosa</i></p>
<p><input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i></p> <p><input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i></p>	<p><input type="checkbox"/> خلال 60 دقيقة <i>Entro 60 minuti</i></p> <p><input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i></p> <p><input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i></p>	<p><input type="checkbox"/> حكة منتشرة <i>Prurito diffuso</i></p>
<p><input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i></p> <p><input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i></p>	<p><input type="checkbox"/> خلال 60 دقيقة <i>Entro 60 minuti</i></p> <p><input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i></p> <p><input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i></p> <p><input type="checkbox"/> آخر _____ <i>Altro</i></p>	<p><input type="checkbox"/> شري (بقع حمراء ناتئة على الجلد) <i>Orticaria (chiazze rosse rilevate sulla pelle)</i></p>

<input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i>	<input type="checkbox"/> خلال 60 دقيقة <i>Entro 60 minuti</i>	<input type="checkbox"/> آخر (حدد) <i>Altro (specificare)</i>
<input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i>	<input type="checkbox"/> في اليوم نفسه <i>Il giorno stesso</i>	
<input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i>	<input type="checkbox"/> في اليوم التالي <i>Il giorno dopo</i>	
<input type="checkbox"/> آخر <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> بعد يومين <i>2 giorni dopo</i>	
	<input type="checkbox"/> آخر <i>Altro</i>	

هل تطلبت الاضطرابات حدوث تدخل طبي؟

I disturbi hanno richiesto un intervento medico?

إن كانت الإجابة بنعم، وفي حالة التوفر: نرجو منك إحضار التقرير عند الذهاب لتلقي الجرعة الثانية من اللقاح.
Se sì e se disponibile: la preghiamo di portare il referto quando verrà a ricevere la seconda dose di vaccino

التاريخ

DATA

توقيع الشخص الخاضع للقاح/الممثل القانوني/القريب/مقدم الرعاية

FIRMA del vaccinando/rappresentante legale/ familiare/caregiver
