

## الموافقة المستنيرة على تلقي التطعيم

<b>الاسم الأخير</b>	<b>الاسم الأول</b>	<b>الاسم الأوسط</b>	<b>تاريخ الميلاد</b>
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	<b>النوع المُحدد عند الولادة</b>	<b>العمر</b>	<b>النوع المُحدد عند الولادة</b>
<b>عنوان المنزل</b>	<b>المدينة</b>	<b>الولاية</b>	<b>الرمز البريدي</b>
<b>الهاتف المحمول</b> <input type="checkbox"/>	<b>رقم هاتف المنزل</b> <input type="checkbox"/>	<b>الهاتف المحمول</b> <input type="checkbox"/>	
<b>الإثنية:</b> <input type="checkbox"/> من أصل هسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> ليس من أصل هسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> أرفض التصريح (غير معروف)		<b>إذا كان وزنك أقل من 66 رطلاً، فاذكر وزنك: _____ رطلاً.</b>	
<b>العرق:</b> <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أمريكي من أصل هندي <input type="checkbox"/> من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل إفريقي <input type="checkbox"/> قوقازي <input type="checkbox"/> اثنان أو أكثر <input type="checkbox"/> غير ذلك		<b>في أي ذراع تُفضل تلقي اللقاح؟</b> <input type="checkbox"/> اليسرى <input type="checkbox"/> اليمنى <b>عنوان البريد الإلكتروني:</b> _____ <b>اسم مقدم الرعاية الأولية:</b> _____ <b>رقم الهاتف:</b> _____ <b>العنوان:</b> _____	
<b>اللقاح المطلوب (اللقاحات المطلوبة):</b> <input type="checkbox"/> الإنفلونزا <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> التهاب الرئوي <input type="checkbox"/> الهربس النطاقي <input type="checkbox"/> التهاب الكبد الوبائي B <input type="checkbox"/> الكزاز/السعال الديكي <input type="checkbox"/> الفيروس التنفسي المخلوي <input type="checkbox"/> (Respiratory Syncytial Virus, RSV) <input type="checkbox"/> التهاب الكبد الوبائي A <input type="checkbox"/> فيروس الورم الحليمي البشري <input type="checkbox"/> (Human Papillomavirus, HPV) <input type="checkbox"/> التهاب السحايا <input type="checkbox"/> لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية <input type="checkbox"/> (Measles, Mumps and Rubella, MMR) <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____		<b>المرضى الملتحقين ببرنامج Medicare فقط:</b> آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي (Social Security Number, SSN): _____ <b>رقم معرف الهوية الصادر من الجزء B من برنامج Medicare:</b> _____	

لا	نعم	أسئلة الفحص
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. هل أنت مريض اليوم؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. هل تعاني أي حساسية تجاه الأدوية أو الأطعمة أو اللقاحات؟ إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكرها: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. هل سبق وأن أصبت بتفاعل خطير أو فقدت وعيك بعد تلقي لقاح (مثل متلازمة غيلان باريه)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. هل أنت حامل أو في مرحلة الرضاعة الطبيعية أو هل تفكرين في الحمل خلال الشهر المقبل؟ إذا كنتِ حاملاً، فبأي أسبوع: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. <b>ضع علامة على جميع ما ينطبق عليك:</b> <input type="checkbox"/> الربو/أمراض الرئة <input type="checkbox"/> السكري <input type="checkbox"/> أمراض القلب <input type="checkbox"/> مُدخن للتبغ <input type="checkbox"/> اضطراب التوابع/اضطراب الدماغ <input type="checkbox"/> أمراض الكلى/الغسيل الكلوي <input type="checkbox"/> أمراض الكبد <input type="checkbox"/> انعدام الطحال <input type="checkbox"/> هل استئصلت غدتك الزيتية أو هل لديك مشكلات في الغدة الزعترية مثل الوهن العضلي الوبيل أو متلازمة دي جورج أو الورم التوتوي؟ (لقاح الحمى الصفراء فقط) <input type="checkbox"/> هل تتناول حالياً مضادات حيوية أو أدوية مضادة للملاريا؟ (لقاح التيفود الفموي فقط) <input type="checkbox"/> هل لديك تاريخ من الإصابة ببيلة الصفيفحات أو فرقرية قلة الصفيفحات؟ (لقاح MMR II فقط) <input type="checkbox"/> رعاية المحتضرين <input type="checkbox"/> ضعف الجهاز المناعي (مثل السرطان، أو فيروس نقص المناعة البشرية (Human Immunodeficiency Virus, HIV)، أو الهربس النطاقي النشط، أو الستيرويدات القوية، أو العقاقير المضادة للسرطانات أو الفيروسات، أو نقل الدم أو مشتقاته، أو الجلوبيولين المناعي أو العلاج الإشعاعي) <input type="checkbox"/> هل تلقيت أي لقاح خلال آخر 4 أسابيع؟ إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكره: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. يُرجى ذكر اللقاح (اللقاحات) الذي تود معرفة المزيد من المعلومات عنه؟ <input type="checkbox"/> التهاب الكبد الوبائي A <input type="checkbox"/> لقاح MMR (الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية) <input type="checkbox"/> اللقاحات المطلوبة للسفر <input type="checkbox"/> اللقاحات التي تؤخذ في سن الطفولة <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ <input type="checkbox"/> غير متأكد: أُرغب في إجراء تقييم لتحديد اللقاحات التي يحتمل أني لم ألتقها أو الاحتياج المتوقعة المتعلقة باللقاحات
<b>الاحتياجات المتعلقة بالتطعيم</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. <b>تاريخ آخر:</b> لقاح إنفلونزا _____ لقاح COVID-19 _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. هل تلقيت من قبل لقاح مضاد للتهاب الرئوي؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فمتى وما النوع (الأنواع)؟ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. في حالة المرضى الأكبر من 60 عامًا: هل تلقيت من قبل لقاح مضاد لفيروس RSV؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. في حالة المرضى الأكبر من 49 عامًا أو منقوصي المناعة: هل تلقيت من قبل لقاح الهربس النطاقي؟ إذا كنت قد تلقيته، فمتى كان تاريخ (تواريخ) الحصول عليه: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. في حالة المرضى الأصغر من 66 عامًا أو العاملين في قطاع الرعاية الصحية: هل تلقيت لقاح MMR (الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. في حالة المرضى الأصغر من 59 عامًا أو العاملين في قطاع الرعاية الصحية: هل تلقيت سلسلة كاملة من لقاح التهاب الكبد الوبائي B؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. في حالة المرضى الأصغر من 46 عامًا: هل تلقيت سلسلة كاملة من لقاح HPV (فيروس الورم الحليمي البشري)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. في حالة المرضى الأصغر من 43 عامًا: هل تلقيت جرعتين من لقاح جدري الماء ("الحُمَاق")؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. في حالة المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 11 و23 عامًا: هل تلقيت لقاح مضاد لتهاب السحايا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. كم عامًا مضى على آخر لقاح ضد الكزاز تلقيته؟ _____ عام

**الموافقة المستنيرة: يُرجى القراءة والتوقيع.**

بتوقيعي أدناه، أوافق على أن يعطيني اللقاح (اللقاحات) صيدلي أو في أي طالب صيدلي خاضع للإشراف أو أي شخص آخر مصرح له بذلك، في الحالات التي يسمح القانون أو التوجيهات الفيدرالية/الخاصة بالولاية بذلك، يعمل لدى Albertsons Companies أو إحدى الصيدليات التابعة لها أو متعاقد معها، وأوافق على أن يتم الاتصال بي على الرقم المذكور أعلاه بخصوص التطعيمات الأخرى التي من المقرر أن أتلقاها أو أعد مؤهلاً للحصول عليها. المعلومات الواردة أعلاه حقيقية وصحيحة. أقر بأنني أستوفي معايير الأهلية لتلقي اللقاح (إن وجد)؛ وإذا كنت ولي أمر المريض القاصر/الوصي عليه، فإنني أقر بأن المريض القاصر يستوفي معايير الأهلية لتلقي اللقاح. وأعني أيضًا Albertsons Companies وفروعها والشركات التابعة لها ومسؤوليها ومديريها وموظفيها وكلاهما من جميع المسؤوليات التي تشمل القيام بأعمال معينة أو الامتناع عن حصولي على هذا اللقاح أو هذا اللقاح أو التاجمة عن ذلك. أقدم ما يلي: (1) إذا اخترت طواعية تلقي اللقاح. إذا تلقيت لقاح مضاد للإنفلونزا وكان ذلك قبل 1 سبتمبر، فأنا إما ولي أمر أو قاصر نياية عن طفلي الذي سيتلقى اللقاح أو أنا سيدة حامل في الثلث الثالث من الحمل أو أنني غير قادر على العودة على تاريخ لاحق. (2) أصح لشركة Albertsons Companies تقديم مطالبة بالتعويض بالنيابة عنى إلى برنامج Medicare أو إلى أي جهة دفع أخرى خارجية تم التعاقد معها، بمن في ذلك صاحب عملي، إذا كان يقوم بالسداد مباشرةً مقابل حصولي على اللقاح؛ إذا تم رفض المطالبة، أدرك أنني سأتحمل مسؤولية سداد التكاليف؛ (3) أبلغ العمر قانوني ومصرح بال توقيع على نموذج الموافقة هذا أو أنا ولي أمر المريض القاصر/الوصي عليه. (4) سأبلغ الصيدلي على الفور بأي حالات طبية قد تؤثر سلبيًا في حالتي الصحية الشخصية أو في فاعلية اللقاح. (5) لقد قدمت لي المعلومات بشأن الآثار الجانبية المحتملة بعد تلقي اللقاح وأوقات حدوثها، ومتى وأين ينبغي لي طلب الحصول على العلاج. إذا أصبت بأي آثار جانبية، فأنا أتحمّل مسؤولية المتابعة مع طبيبي على تفصي الخاصة. (6) ينبغي أن أظل في منطقة مراقبة الحالات لمدة 15 دقيقة (إلا إذا كان لدي تاريخ من الإصابة بتفاعل حساسية فوري بأي درجة شدة تجاه أي لقاح أو علاج قابل للحقن، أو إذا كان لدي تاريخ من الإصابة بالناق لأي سبب كان، ينبغي لي البقاء في منطقة مراقبة الحالات لمدة 30 دقيقة بعد تلقي اللقاح. إذا غادرت تلك المنطقة دون أن أنتظر، فإنني أقر بأنني أفعل ذلك على مسؤوليتي الخاصة وبما يخالف نصائح الأخصائي الذي أعطى لي اللقاح. (7) لقد قرأت بيان (بيانات) معلومات الفاح (Vaccine Information Statement, VIS) أو تصريح الاستخدام في حالات الطوارئ ("Emergency Use Authorization, EUA") المتوفر للقاح (اللقاحات) الذي سيتم إعطاؤه لي، أو قد قرأت على. لقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة وقد أجيب عن جميع أسئلي على نحو يرضيني. أفهم فوائد اللقاح (اللقاحات) ومخاطره. (8) لقد عرض عليّ وأوافق في نسخة من إخطار ممارسات الخصوصية الخاص بالشركة بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والحماية (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). (9) يخضع هذا اللقاح، بما في ذلك أي لقاح مُنح حماية إضافية للخصوصية بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي، لإمكانية أن تبلغ عنه الصيدلية التي أتعامل معها أو شركتها التجاري إلى سجل التطعيم الذي ربما يشارك بيانات التطعيم المتعلقة لي مع الآخرين ومع طبيب رعايتي الأولية أو الطبيب المفوض أو إدارة الصحة (Department of Health) المحلية، إن ذلك ينطبق، وأنا أعلم بعمليات الكشف عن المعلومات هذه. (السكان نيوجيرسي فقط: أصرح \_\_\_\_\_ لأصرح \_\_\_\_\_ بإبلاغ مقدم رعايتي الأولية بصحولي على هذا اللقاح وأدرك أن عدم وضع علامة على أحد الخيارات (أصرح/لا أصرح) سيكون بمثابة تصريح). (سكان داكوتا الجنوبية ومين وماساتشوستس ونيو هامبشاير فقط: أدرك أن لدي الحق في الاعتراض على مشاركة بياناتي مع الأطراف المذكورة أعلاه من خلال هذه السجلات). بالنسبة إلى ولي أمر القاصر أو الوصي عليه، تُؤكد الموافقة الواردة أدناه على تسلم إخطار كتابي لزيارة طبيب الأطفال سنويًا.

X

توقيع المريض أو ولي أمر المريض القاصر/الوصي عليه (أذكر صلتك بالناصر)

الاسم بأحرف واضحة

Below for Pharmacy Use Only:

WA ONLY: Substitution Permitted:

Dispense as Written:

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Pub. Date	F/U Appt Date/Time
COVID-19(_____)					N/A	IM	R / L Deltoid		
Flu (_____)				0.5	N/A	IM	R / L Deltoid		
Shingrix®			GSK	0.5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	IM	R / L Deltoid	2/4/2022	
							R / L _____		
							R / L _____		
							R / L _____		
<b>Ordering RPh Signature:</b> _____			<b>RxBIN:</b> _____ <b>PCN:</b> _____ <b>Group #:</b> _____ <b>ID#:</b> _____						
<b>Name of Administrator:</b> _____			<b>Medical (Name, ID#, Group#):</b> _____						
<b>Admin/VIS Provided Date:</b> _____ <input type="checkbox"/> NPP Offered			<input type="checkbox"/> Offsite Clinic <b>Clinic Name:</b> _____ <b>Clinic Address:</b> _____						
<b>Counseling (Please circle):</b> _____ Accepted / Declined			<b>Appt Date:</b> _____ <b>Appt Time:</b> _____ <b>Administration time (OR Only):</b> _____			ICIMZIV 20240523			