

فرم شماره ۲ - رضایت آگاهانه تزریق واکسن کووید ۱۹

لطفا اطلاعات ذیل را به دقت مطالعه نموده و در انتها فرم را امضا کنید.

واکسنی که قرار است به شما تزریق شود علیه ویروس کرونا (عامل بیماری کووید ۱۹) و ساخت شرکت می‌باشد. ویروس موجود در واکسن به نحوی تغییر داده شده که قابلیت بیماری‌زایی در بدن را ندارد و با تحریک سیستم ایمنی می‌تواند فرد را از ابتلا به این بیماری محافظت کند. اثربخشی واکسن بر اساس شواهدی که تا این لحظه جمع‌آوری شده حدود ۹۲ درصد بوده است؛ البته نتایج درازمدت آن هنوز به خوبی مشخص نیست. بر اساس مطالعات انجام شده برای اثربخشی بهتر لازم است واکسن در ۲ نوبت و به فاصله ۲۸ روز تزریق شود.

برخی از واکسن‌ها، از جمله واکسن کووید ۱۹، می‌توانند واکنش‌های حساسیتی ایجاد کنند؛ بنابراین، در صورت وجود هرگونه سابقه حساسیت برای رعایت احتیاطات لازم، باید به مسئول تزریق واکسن اطلاع داده شود.

بر اساس شواهد موجود، این واکسن در مواردی منجر به عوارضی خفیف و کوتاه مدت، از جمله موارد زیر می‌شود:

تب، سرفه، ضعف، تنگی نفس، تهوع، استفراغ، احساس ضعف و ناخوشی، گلودرد، دردهای عضلانی و مفصلی، سردرد، تورم، قرمزی و درد در محل تزریق، احساس گیجی و منگی مختصر

به غیر از واکنش حساسیتی شدید و شوک آنافیلاکسی، هیچ رابطه علیتی شناخته شده‌ای بین تزریق این واکسن و عوارض تهدید کننده سلامت هنوز در جهان ثابت نشده است.

در عین حال با توجه به شرایط سنی و جسمی شما و خطر بالای عوارض و عواقب وخیم و تهدید کننده حیات ناشی از ابتلا به کووید ۱۹، انجام واکسیناسیون می‌تواند از خطر ابتلا به بیماری کرونا کاسته و یا شدت آن را خفیف کند.

تزریق واکسن داوطلبانه بوده و شما اجباری به انجام آن ندارید. در صورت عدم تمایل به تزریق، مشکلی برای ادامه سکونت در مرکز (سرا) و دریافت سایر خدمات نخواهید داشت.

واکسن به رایگان در اختیار شما قرار خواهد گرفت و هزینه‌ای برای آن پرداخت نخواهید کرد.

بعد از تزریق واکسن، پرسنل مرکز در چندین نوبت وضعیت شما را ارزیابی خواهند کرد و شما را از نظر بروز عوارض احتمالی تحت نظر خواهند داشت.

این اطلاعات و سایر اطلاعات اولیه که برای تزریق واکسن از شما پرسیده شده یا مورد بررسی قرار گرفته، محرمانه مانده و جز به ضرورت قانونی افشا نخواهند شد.

در صورت بروز عارضه شدید که ناشی از واکسن باشد مسئولیت مداخلات و درمان های لازم با کادر درمانی مرکز خواهد بود و پیگیری های لازم انجام خواهد شد.

در پایان متذکر می شوم اگرچه بر اساس شواهد و مستندات موجود در جهان، ایجاد عارضه جدی و خطرناک پس از تزریق این واکسن بسیار غیر محتمل و نادر است؛ اما اگر عارضه ای پس از تزریق واکسن برای اینجانب رخ داد، از هیچ یک از افراد گروه تزریق واکسن و مسئولان مرتبط با این امر شکایتی نداشته و هیچ ادعایی برای جبران خسارت و عارضه احتمالی متعاقب این واکسیناسیون نخواهم داشت.

اینجانب اعلام می کنم که کلیه موارد ذکر شده در بالا، توسط پزشک مسئول مرکز برای من توضیح داده شد و من با فهم کامل موارد ذکر شده، رضایت خود را برای تزریق واکسن اعلام می نمایم.

در مواردی که فرد نیاز به قیم دارد:

اینجانب، قیم اعلام می کنم که کلیه موارد ذکر شده در بالا، توسط پزشک مسئول مرکز برای من توضیح داده شد و من با فهم کامل موارد ذکر شده، رضایت خود را برای تزریق واکسن به ایشان اعلام می نمایم.

نام و نام خانوادگی گیرنده واکسن

امضا یا اثر انگشت

نام و نام خانوادگی قیم (در صورت لزوم)

امضا