

البيانات الشخصية للشخص الذي سيتم تطعيمه – اسم التطعيم الوقائي

الاسم الأول*	اسم العائلة*
تاريخ الميلاد (يوم، شهر، سنة)*	رقم التأمين الاجتماعي (جميع الأرقام العشرة)*
لا يوجد إدخال <input type="radio"/> مفتوح <input type="radio"/> داخلي <input type="radio"/>	متنوع <input type="radio"/> ذكر <input type="radio"/> أنثى <input type="radio"/> النوع*
رقم الهاتف	العنوان (الرمز البريدي، المدينة، الشارع، رقم المنزل، الطابق، رقم الشقة)
إذا لزم الأمر اسم الوكيل القانوني	عنوان البريد الإلكتروني

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية للشخص الذي سيتم تطعيمه

إذا كان الشخص الذي سيتم تطعيمه قد أصيب بمرض أو حصل على لقاحات أخرى بين ملء نموذج الموافقة وتاريخ التطعيم الفعلي، يُرجى إبلاغ الطبيب بذلك قبل التطعيم. عندما يحين موعد التطعيم، يجب تقديم جميع سجلات التطعيم (مثل دفتر التطعيم أو بطاقة التطعيم أو بطاقة اللقاح) الخاصة بالشخص الذي سيتم تطعيمه.

اختر ما ينطبق

1. هل يعاني أو عانى الشخص الذي سيتم تطعيمه في الأيام السبعة الماضية من مرض حاد أو عدوى (مثل الحمى أو السعال أو البرد أو التهاب الحلق أو غيرها)؟	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>
إذا كانت الإجابة بنعم، فممتنع؟	
2. هل يعاني الشخص الذي سيتم تطعيمه من حساسية تجاه الأدوية أو مكونات اللقاح (راجع نشرة الاستخدام)؟	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>
إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي؟	
3. هل عانى الشخص الذي سيتم تطعيمه من صدمة تحسسية سابقة مع انخفاض في ضغط الدم، صعوبة شديدة في التنفس، أو انهيار؟	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>
إذا كانت الإجابة بنعم، فما السبب؟	
4. هل حصل الشخص الذي سيتم تطعيمه على لقاح آخر في الأسابيع الأربعة الماضية، أو يتم حالياً إجراء علاج مناعي محدد ضد مسببات الحساسية / تقليل الحساسية؟	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>
إذا كانت الإجابة بنعم، فما اللقاحات ومتى تم إعطاؤها؟	
5. هل حصل الشخص الذي سيتم تطعيمه في الأشهر الثلاثة الماضية دم أو منتجات دم أو أجسام مضادة؟	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>
إذا كانت الإجابة بنعم، فما النوع ومتى تم ذلك؟	
6. هل يتناول الشخص الذي سيتم تطعيمه بانتظام أدوية مميعة للدم؟	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>
إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي؟	
7. هل يتم حالياً إجراء العلاج الكيميائي و/أو العلاج الإشعاعي للشخص الذي سيتم تطعيمه، أو هل يتناول الشخص أدوية تثبط المناعة (مثل الكورتيكوزون)؟	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>
إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي؟	
8. هل عانى الشخص الذي سيتم تطعيمه في الماضي من أعراض أو آثار جانبية بعد التطعيم (باستثناء التفاعلات الموسمية الخفيفة مثل الاحمرار أو التورم أو الألم في موقع الحقن أو الحمى الخفيفة)؟	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>
إذا كانت الإجابة بنعم، فبعد أي لقاح، وما الأعراض؟	
9. هل يعاني الشخص الذي سيتم تطعيمه من أمراض خطيرة أو مزمنة (مثل ضعف المناعة، السرطان، الأمراض الذاتية المناعية، اضطرابات تخثر الدم، الأمراض الالتهابية المزمنة)؟	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>
إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي؟	
10. هل خضع الشخص الذي سيتم تطعيمه مؤخراً لـ عملية جراحية أو هل هناك عملية جراحية مخططة له؟	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>
إذا كانت الإجابة بنعم، متى؟	
11. هل الحمل موجود لدى الشخص الذي سيتم تطعيمه؟	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>
إذا كانت الإجابة بنعم، فما عمر الحمل بالأسبوع؟	

## نموذج الموافقة على التطعيم الوقائي

الإصدار ٣، الحالة: ١٧.٠٧.٢٠٢٤

النسخة الحالية والاكتمالية من نشرة استخدام اللقاح هي جزء من استمارة التوعية والتوثيق هذه، ويجب توفيرها بشكل إلكتروني، ويمكن تقديمها أيضًا بشكل مطبوع عند الطلب. معلومات استخدام اللقاحات المتوفرة في برامج التطعيم العامة للاتحاد، والولايات، والتأمين الاجتماعي يمكن العثور عليها على الرابط: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>



في بعض الحالات، يوصي المجلس الوطني للتطعيم باستخدام اللقاحات خارج نطاق الترخيص لتوفير أفضل علاج مبني على الأدلة للأشخاص الذين سيتم تطعيمهم. استخدام اللقاحات خارج نطاق الترخيص يتطلب عناية مضاعفة واجبات توعية خاصة.

لمزيد من المعلومات وتوصيات التطعيم السارية في النمسا، يمكنك الاطلاع على كتيب التطعيم أو زيارة

موقع وزارة الشؤون الاجتماعية والصحة والرعاية وحماية المستهلك على الرابط: [www.sozialministerium.at/impfen](http://www.sozialministerium.at/impfen)



إذا كانت لديك المزيد من الأسئلة، يُرجى الاتصال بطبيبك أو إجراء مناقشة شخصية قبل توقيع هذه الاستمارة.

إذا لم يكن من الممكن إجراء محادثة شخصية مع طبيب التطعيم (مثل في حالات تطعيم المدارس)، نرجو منك الاتصال بخدمة الصحة أو الدائرة الصحية في السلطة الإدارية المحلية الخاصة بك وتوقيع نموذج الموافقة فقط بعد إجراء المحادثة.

بالنسبة للقاصرين غير البالغين (الأطفال قبل بلوغهم ١٤ عامًا) أو الأشخاص غير القادرين على اتخاذ القرارات، يجب الحصول على موافقة الوكيل القانوني (أولياء الأمور أو ممثلي البالغين أو المفوضين بالوكالة) للشخص الذي سيتم تطعيمه. يمكن للمراهقين (القاصرون البالغون من العمر ١٤ عامًا فما فوق) إعطاء موافقتهم بأنفسهم إذا كانوا يمتلكون القدرة على اتخاذ القرارات.

بتوقيعي، أؤكد:

- أنني قرأت وفهمت نشرة استخدام اللقاح المذكور، أو تم شرحها لي بشكل كافٍ.
- تمكنت من الحصول على معلومات حول الآثار الجانبية المحتملة والظروف التي قد تعارض تطعيمي.
- أنني أفهم فوائد ومخاطر التطعيم بشكل كافٍ بناءً على ذلك، وأدني لا أحتاج إلى محادثة شخصية إضافية،
- أنني موافق على إجراء التطعيم الوقائي و
- أنني على علم بأن معالجة بياناتي الشخصية في سجل التطعيم مذكورة وفقًا لقانون الصحة الإلكترونية ٢٠١٢ (انظر <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



التاريخ (اليوم.الشهر.العام)

توقيع الشخص الذي سيتم تطعيمه أو الوكيل القانوني

**معلومات مهمة:** لضمان سلامتك، يُرجى البقاء بالقرب من طبيبك

لمدة ٢٠ دقيقة بعد التطعيم في حال حدوث أي ردود فعل محتملة (مثل الغثيان، أو الإغماء أو الحساسية وما إلى ذلك).

في حالة الشك في حدوث آثار جانبية، اتصل بطبيبك، أو بصيدلك. هم ملزمون بالإبلاغ عن الآثار الجانبية المشتبه بها. يمكنك أنت أو أقاربك أيضًا تقديم تقارير عن الآثار الجانبية. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول طرق الإبلاغ عبر الإنترنت على <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> أو اتصل على +٤٣ (٠) ٥٠ ٥٥٥ ٣٦٦٠٠.



**تنبيه: يُرجى ترك هذا الحقل فارغًا – للتعبئة فقط من قبل جهة التطعيم**

جهة التطعيم / المنظمة

(رقم الشريك التعاقد، إذا كان متوفرًا)\*

مساحة للملاحظات الطبية

- التحضير بواسطة أطراف ثالثة  الذراع العلوي الأيسر
- استخدام خارج نطاق الترخيص  الذراع العلوي الأيمن

اللقاح المُعطى\*

رقم الدفعة (LOT أو Ch.B)\*

اسم الطبيبة المسؤولة /

الطبيب المسؤول\*

تاريخ التطعيم (يوم.شهر.سنة)\*

اسم الشخص الذي قام بالتطعيم (إذا كان مختلفًا)

- لا يمكن تحديد هوية الشخص الذي سيتم تطعيمه بشكل واضح.

توقيع الطبيبة المسؤولة / الطبيب المسؤول