

لطفاً فیلدهای الزامی (که با علامت \* مشخص شده است) را برای ثبت واکسیناسیون تکمیل نمایید.

داده‌های شخصی فردی که قرار است مورد ایمن‌سازی قرار بگیرد (به طور جایگزین، از استیکر بیمار استفاده نمایید)

نام خانوادگی*	نام*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
شماره بیمه اجتماعی* (تمام 10 رقم، در صورت در دسترس بودن)	تاریخ تولد (روز/ماه/سال)*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
جنسیت*	بدون ورودی <input type="radio"/> باز <input type="radio"/> میان <input type="radio"/> موارد دیگر <input type="radio"/> مرد <input type="radio"/> زن <input type="radio"/>

داده‌های شخصی نماینده قانونی وی

نام خانوادگی	نام
<input type="text"/>	<input type="text"/>
آدرس (کد پستی، شهر، خیابان، شماره پلاک، راه پله، شماره در)	شماره تلفن
<input type="text"/>	<input type="text"/>
آدرس ایمیل	
<input type="text"/>	

لطفاً به سوالات زیر مربوط به شخصی که قرار است مورد ایمن‌سازی قرار بگیرد پاسخ دهید

در صورتی که شخصی که قرار است مورد ایمن‌سازی قرار بگیرد دچار یک بیماری است یا موارد ایمن‌سازی و یا واکسن‌هایی را بین تکمیل فرم رضایت آگاهانه و قرار ملاقات انجام ایمن‌سازی دریافت کرده است، لطفاً قبل از ایمن‌سازی به پزشک اطلاع دهید. تمام سوابق واکسیناسیون (برای مثال، گذرنامه واکسن، گواهی دریافت واکسن، کارت واکسن) شخص ایمن‌سازی شده باید در زمان ملاقات انجام واکسیناسیون ارائه شود.

مورد مربوطه را علامت بزنید

1. در 7 روز گذشته، آیا شخصی که قرار است مورد ایمن‌سازی قرار بگیرد، دچار هیچ بیماری یا عفونت حاد (برای مثال، تب، سرفه،

خیر  بله  سرماخوردگی، گلو درد، موارد دیگر) بوده است یا اینکه هنوز ادامه دار باشد؟

در صورت پاسخ مثبت، لطفاً جزئیات را ارائه دهید.

2. آیا شخصی که قرار است مورد ایمن‌سازی قرار بگیرد، نسبت به هیچ دارو یا یک ماده تشکیل‌دهنده

محصول دارویی آلرژی دارد (اطلاعات موجود در دفترچه را مشاهده کنید)؟

در صورت پاسخ مثبت، لطفاً جزئیات را ارائه دهید.

3. آیا شخصی که قرار است مورد ایمن‌سازی قرار بگیرد، تا به حال دچار یک شوک آلرژیک شامل افت

فشار خون، تنگی نفس شدید یا غش شده است؟

در صورت پاسخ مثبت، لطفاً جزئیات را ارائه دهید.

4. آیا هیچ اطلاعات پزشکی دیگری درباره شخصی که قرار است مورد ایمن‌سازی قرار بگیرد، (برای مثال،

بیماری‌ها، واکسیناسیون، درمان، عمل‌های جراحی و غیره) وجود دارد؟

در صورت پاسخ مثبت، لطفاً جزئیات را ارائه دهید.

پس از ایمن‌سازی در برابر RSV، واکنش‌هایی ممکن است رخ دهد، که معمولاً در طول چند روز از میان می‌رود. گاهی ( $\leq 1/1000$ ،  $> 100$ )، ممکن است افراد دچار راش، تب یا واکنش‌هایی (برای مثال، درد، سفت شدن، ورم) در موضع تزریق شوند. واکنش‌های جدی حساسیت شدید، شامل آنافیلاکسی، در مورد آنتی‌بادی‌های منوکلونال مشاهده شده است.



نسخه مربوطه، به‌روز و کامل برگه اطلاعات محصول دارویی بخشی از این اطلاعات و فرم مستندات است و باید به‌طور الکترونیکی و در صورت درخواست، همچنین به شکل نسخه کاغذی ارائه شود. برگه راهنمای حاوی اطلاعات محصول دارویی که به عنوان بخشی از برنامه‌های واکسیناسیون عمومی توسط دولت فدرال، لاند فدرال و ارائه‌دهندگان بیمه تأمین اجتماعی مدیریت می‌شود، قابل دسترسی از طریق آدرس زیر هستند: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html> توصیه‌های مرتبط در زمینه دریافت واکسن در اتریش، لطفاً مراجعه کنید به وبسایت وزارت فدرال امور اجتماعی، سلامت، مراقبت و حمایت از مصرف‌کننده به آدرس: [www.sozialministerium.at/impfen](http://www.sozialministerium.at/impfen).

## در صورتی که سؤال دیگری دارید، لطفاً قبل از امضای این فرم با پزشک خود با هدف دریافت مشاوره شخصی تماس بگیرید.

در صورتی که امکان دریافت مشاوره شخصی از یک پزشک وجود ندارد، لطفاً با بخش خدمات درمانی/سلامت عمومی مربوط به مقام اداری محلی خود تماس بگیرید و فقط رضایت نامه آگاهانه را زمانی امضا کنید که اطلاعات کافی به دست آورده‌اید.

با این امضا، تأیید می‌کنم که:

- من فرصت بحث و گفتگو در زمینه رضایت آگاهانه را داشته‌ام.
- من برگه اطلاعات محصول دارویی را خوانده و متوجه آن شده‌ام و با اطلاعات کافی درباره این محصول دارویی به من ارائه شده است.
- من اطلاعات لازم درباره عوارض نامطلوب احتمالی این محصول دارویی و تمام شرایطی را که تحت آن کودک نباید ایمن‌سازی شود را کسب کرده‌ام.
- من درک کافی از مزایا و خطرهای ایمن‌سازی دارم و بر این اساس نیازی به هیچ مشاوره شخصی بیشتری ندارم.



- من به ایمن‌سازی مورد ارائه رضایت می‌دهم.
- من از اینکه داده‌های شخصی خود در ثبت واکسیناسیون بر اساس [Gesundheitstelematikgesetz 2012 [HealthTelematics Act]] پردازش خواهد شد آگاه هستم (مراجعه کنید به <https://www.elga.gv.at/datenschutzklarung>).

تاریخ (روز/ماه/سال)

امضای نماینده قانونی



**اطلاعات مهم:** با هدف ایمنی کودک، برای مقابله با بروز واکنش‌های نامطلوب با احتمال پایین (غش، واکنش‌های آلرژیک و غیره) شما و کودک باید به مدت 20 دقیقه پس از ایمن‌سازی نزد پزشک بمانید. در صورتی که مشکوک هستید که افراد بیمار دچار هر گونه واکنش نامطلوبی هستند، لطفاً با پزشک یا داروساز خود تماس بگیرید. آنها موظف هستند که هر واکنش نامطلوب مشکوکی را گزارش دهند. اما شما یا اعضای خانواده شما نیز می‌توانید واکنش‌های نامطلوب را گزارش دهید. اطلاعات بیشتر در آدرس <https://www.basg.gv.at/en/market-surveillance/reporting/adverse-reactions/nebenwirkungsmeldung-human> در دسترس است، یا می‌توانید همچنین با شماره +43 (0) 36600 555 50 تماس بگیرید.



## لطفاً توجه نمایید: این بخش را خالی نگذارید - فقط باید توسط مرکز ایمن‌سازی تکمیل شود

مرکز / سازمان ارائه‌دهنده

(شماره شریک قرارداد، در صورت در دسترس بودن)\*

بخش یادداشت پزشک



توده بدنی کودک

دوز ارائه شده\*

Beyfortus 50 میلی‌گرم محلول برای تزریق

Beyfortus 100 میلی‌گرم محلول برای تزریق

شماره بیچ (Ch.B با LOT)

تاریخ ارائه (روز/ماه/سال)\*

نام پزشک مسئول\*

نام شخص انجام‌دهنده ایمن‌سازی (در صورت متفاوت بودن از پزشک مسئول)

شخصی که قرار است مورد ایمن‌سازی قرار

بگیرد به‌طور واضح قابل‌شناسایی نیست.

امضای پزشک مسئول