

يُرجى تعبئة الحقول الإلزامية المحددة بـ * لسجل التطعيم.

البيانات الشخصية للشخص الذي يتلقَّى التطعيم (ملصق المريض بدلاً منها)

اسم العائلة*	الاسم الأول*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
رقم الضمان الاجتماعي* (جميع الأرقام العشرة، إن وجدت)	تاريخ الميلاد (يوم، شهر، سنة)*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
النوع*	لا يوجد إدخال <input type="radio"/>
<input type="radio"/> أنثى <input type="radio"/> ذكر <input type="radio"/> متنوع	<input type="radio"/> داخلي <input type="radio"/> مفتوح

البيانات الشخصية للممثل القانوني

اسم العائلة	الاسم الأول
<input type="text"/>	<input type="text"/>
العنوان (الرمز البريدي، المدينة، الشارع، رقم المنزل، الطابق، رقم الشقة)	رقم الهاتف
<input type="text"/>	<input type="text"/>
عنوان البريد الإلكتروني	
<input type="text"/>	

يُرجى الإجابة عن الأسئلة أدناه للشخص الذي يتلقَّى التطعيم

إذا تعرَّض الشخص الذي يتلقَّى التطعيم للإصابة بمرض أو تلقَّى تحصينات أو تطعيمات في الفترة بين ملاء نموذج الموافقة وتاريخ التحصين الفعلي، يُرجى إبلاغ الطبيب بذلك قبل التطعيم. يجب تقديم جميع سجلات التطعيم (مثل شهادة التطعيم، إثبات التطعيم، بطاقة التطعيم) إلى الشخص الذي يتلقَّى التطعيم في موعد التطعيم.

اختر ما ينطبق

1. هل يعاني الشخص الذي يتلقَّى التطعيم أو عانى من مرض حاد أو عدوى (مثل الحمى والسعال وسيلان الأنف والتهاب الحلق وغيرها) خلال الأيام السبعة الماضية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فمَ يعاني؟

2. هل يعاني الشخص الذي يتلقَّى التطعيم من حساسية تجاه الأدوية أو مكونات الدواء (انظر تعليمات الاستخدام)؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي؟

3. هل تعرَّض الشخص الذي تلقَّى التطعيم لصدمة حساسية مع انخفاض في ضغط الدم أو ضيق شديد في التنفس أو هبوط في السابق؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فما السبب؟

4. هل هناك معلومات طبية أخرى عن الشخص الذي يتلقَّى التطعيم، مثل الأمراض والتطعيمات والعلاجات والعمليات الجراحية وما إلى ذلك؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فما اللقاحات ومتى تم إعطاؤها؟

نموذج الموافقة للتحصين السلبي ضد الفيروس المخلوي التنفسي (RSV)

قد تحدث تفاعلات بعد التحصين ضد الفيروس المخلوي التنفسي وعادةً ما تزول من تلقاء نفسها خلال بضعة أيام. قد يحدث من حين لآخر ($\leq 1/1000$ ، > 100) طفح جلدي وحصى وتفاعلات (مثل الألم والتصلب والتورم) في موقع الحقن. وتم رصد تفاعلات فرط الحساسية الخطيرة، بما في ذلك التأق، مع الأجسام المضادة وحيدة النسيلة.

يُعدُّ الإصدار المقابل والحالي والكامل لتعليمات استخدام المنتج الطبي جزءًا من استمارة التوعية والتوثيق هذه ويجب أن تكون متوفرة في شكل إلكتروني أو في شكل مطبوع عند طلبها. تتوفَّر تعليمات استخدام التطعيمات والأدوية المُقدَّمة في برامج التطعيم العامة الفيدرالية والحكومات الاتحادية والضمان الاجتماعي على الموقع الإلكتروني:

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>

يمكن العثور على المزيد من المعلومات وتوصيات التطعيم المطبَّقة في النمسا على الموقع الإلكتروني للوزارة الاتحادية للشؤون الاجتماعية والصحة والرعاية وحماية المستهلك على: www.sozialministerium.at/impfen.



إذا كان لديك المزيد من الأسئلة، يُرجى الاتصال بطبيببتك أو طبيبك لإجراء مناقشة شخصية قبل توقيع هذه الاستمارة.

إذا تعدَّر إجراء محادثة شخصية مع أحد الأطباء، فإننا نطلب منك الاتصال بقسم الخدمات الطبية/الصحة التابع للسلطة الإدارية المسؤولة في منطقتك والتوقيع على نموذج الموافقة فقط بعد الانتهاء من المحادثة.

بتوقيبي، أؤكد:

- أنه تمت إتاحة الفرصة لي لتقديم إيضاحات شخصية.
- أنني قرأت وفهمت تعليمات استخدام الدواء المذكور أو تم شرحها لي بشكل كافٍ.
- تمكنت من خلال الأطلاع على تعليمات الاستخدام من التعرُّف على الآثار الجانبية المحتملة والحالات التي تتعارض مع التحصين.
- أنني أفهم بشكل كافٍ مزايا التحصين ومخاطره وأني لا أحتاج إلى الاستشارة الطبية.
- أنني أوافق على تلقِّي التحصين.

- أنني على دراية تامة بأن إجراء معالجة البيانات الشخصية في سجل التطعيمات موضح بموجب قانون اتصالات الشؤون الصحية عن بُعد لعام 2012 (انظر <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



التاريخ (اليوم.الشهر.العام)

توقيع الممثل القانوني

معلومات مهمة: إذا حدث أي تفاعل (هبوط، حساسية، وما إلى ذلك)، يُرجى أن تظل برفقة الطفل تحت عين الطبيب لمدة 20 دقيقة بعد التطعيم حفاظاً على سلامتك. إذا كان يساورك شك في الشعور ببعض الآثار الجانبية، فاتصل بطبيبك أو الصيدلي. هم ملزمون بالإبلاغ عن الآثار الجانبية المشتبه بها. يمكنك أنت أو أقاربك أيضاً الإبلاغ 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 +43 (0) 36600 555 50.



تنبيه: يُرجى ترك هذا الحقل فارغاً - تتم تعبئته من قِبل مكتب التطعيمات فقط

مركز/منظمة إعطاء التطعيمات

(رقم الطرف المتعاقد، إذا كان متوفراً)*

مساحة للملاحظات الطبية

كتلة الجسم للطفل

الجرعة التي يتم إعطاؤها*

محلول الحقن Beyfortus بتركيز 50 ملغ

محلول الحقن Beyfortus بتركيز 100 ملغ

رقم الدفعة (LOT أو Ch.B)*

تاريخ إعطاء التطعيم (يوم.شهر.سنة)

اسم الطبيبة المسؤولة /

الطبيب المسؤول*

اسم الشخص الذي يتلقَّى التطعيم (إذا كان مختلفاً)

يتعدَّر تحديد هوية الشخص الذي يتلقَّى

توقيع الطبيبة المسؤولة / الطبيب المسؤول

التطعيم بشكل واضح.