

فرم رضایت آگاهانه تزریق واکسن کووید ۱۹ به بیماران خاص / صعب العلاج

-شهروند گرامی توجه فرمایید:

- ۱- تزریق واکسن داوطلبانه بوده و شما اجباری به انجام آن ندارید.
- ۲- واکسن به رایگان در اختیار شما قرار خواهد گرفت و هزینه ای برای آن پرداخت نخواهید کرد.
- ۳- بعد از تزریق واکسن، باید تا ۳۰ دقیقه در مرکز درمانی بمانید تا فشار خون و وضعیت بالینی شما توسط تیم مربوطه کنترل شود.
- ۴- تزریق واکسن کووید ۱۹ در موارد ذیل ممنوع است:
 - اشخاصی که سابقه آلرژی به این واکسن و یا هر یک از اجزاء تشکیل دهنده آن دارند.
 - اشخاصی که سابقه واکنش های حساسیتی (Hypersensitivity) دارند.
 - اشخاصی که دچار بیماری حاد متوسط تا شدید با یا بدون تب هستند تا زمان بهبودی ممنوعیت مصرف دارند.
 - خانمهای باردار و یا شیرده
 - افراد زیر ۸۱ سال و بالای ۳۰ سال
 - سابقه ابتلا به کووید فعال طی یک ماه گذشته
- ۵- 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 نخواهد شد.
- ۶- در پایان متذکر میشویم براساس شواهد و مستندات موجود در جهان، ایجاد عارضه جدی و خطرناک پس از تزریق این واکسن بسیار غیر محتمل و نادر است اما به هر ترتیب احتمال عارضه پس از تزریق این واکسن صفر نمی باشد.

اینجانب اعلام می کنم که کلیه موارد ذکر شده در بالا، توسط مسئول مربوطه مرکز برای من توضیح داده شد و من با آگاهی کامل از معیارهای منع واکسیناسیون، رضایت آگاهانه خود و نیز بری الذمه نمودن کادر درمان و مجموعه بیمارستان / مرکز و دانشگاه علوم پزشکی ایران را از انجام ایمن سازی بیمارم در برابر CoViD-19 (بیماری کورونا) اعلام می نمایم.
در مواردی که فرد نیاز به قیم دارد:

اینجانب قیم اعلام می کنم که کلیه موارد ذکر شده در بالا، توسط مسئول مربوطه مرکز برای من توضیح داده شد و من با آگاهی کامل از معیارهای منع واکسیناسیون، رضایت آگاهانه خود و نیز بری الذمه نمودن کادر درمان و مجموعه بیمارستان / مرکز و دانشگاه علوم پزشکی ایران را از انجام ایمن سازی بیمارم در برابر CoViD-19 (بیماری کورونا) اعلام می نمایم.

نام و نام خانوادگی بیمار: نام و نام خانوادگی قیم بیمار (در صورت نیاز):

امضاء:

اثر انگشت:

امضاء:

اثر انگشت: