



Australian Government

## COVID-19 VACCINATION

# نموذج الموافقة على تطعيم COVID-19

قبل تعيينك هذا النموذج، تأكد من قراءتك لورقة المعلومات الخاصة باللقاح الذي ستتلقاه: Vaxzevria (AstraZeneca) أو Comirnaty (Pfizer) أو Spikevax (Moderna) أو Nuvaxovid (Novavax).

آخر تحديث: 7 يوليو 2022

## حول تطعيم COVID-19

يكون الأشخاص الذين تلقوا مجموعة تطعيم COVID-19 أقل عرضة للإصابة بـ COVID-19. هناك أربعة أنواع من اللقاحات المستخدمة في أستراليا. وجميعها فعال وآمن. بإمكانك أن تأخذ:

- AstraZeneca أو Novavax إذا كان عمرك 18 عاماً أو أكثر
- Moderna إذا كان عمرك 6 سنوات أو أكثر\*
- Pfizer إذا كان عمرك 5 سنوات أو أكثر\*

\* يوجد نماذج موافقة منفصلة متاحة للأطفال الذين تبلغ أعمارهم تحت 12.

ويُفضل لقاحي Pfizer أو Moderna أو Novavax على لقاح AstraZeneca للبالغين الذين تقل أعمارهم عن 60 عاماً. يحتاج معظم الناس إلى جرعتين في البداية. هذا يسمى مجموعة الجرعات الأولية.

قد يحتاج الأشخاص الذين يعانون من نقص المناعة الشديد إلى جرعة أولية ثالثة لرفع استجابتهم المناعية إلى المستويات المثلى.

تتوفر الجرعات المعززة بعد 3 أشهر من تلقيهم مجموعة الجرعات الأولية. تتوفر أيضاً جرعات معززة إضافية (تسمى أيضاً الجرعة الرابعة) لأشخاص معينين بعد 3 أشهر من الجرعة المعززة الأولى.

- يمكن للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 12 عاماً وما فوق تلقي جرعة معززة من Pfizer.
- يمكن للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 18 عاماً وما فوق تلقي Moderna أو Pfizer كجرعة معززة.
- لا يُفضّل استخدام AstraZeneca و Novavax ولكن يمكن استخدامه في بعض الحالات للأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 18 عاماً.

للمزيد من المعلومات، قم بزيارة الموقع الإلكتروني لقاح COVID-19 التابع لوزارة الصحة:

[www.health.gov.au/covid-19-vaccines](http://www.health.gov.au/covid-19-vaccines)

درس الخبراء الطبيون لقاحات COVID-19 للتأكد من أنها آمنة. ومعظم الآثار الجانبية خفيفة. قد تبدأ في يوم التطعيم وتستمر لحوالي يوم أو يومين. كما هو الحال مع أي لقاح أو دواء، وقد تكون هناك آثار جانبية نادرة أو غير معروفة.

أحد الآثار الجانبية النادرة جداً بعد AstraZeneca تسمى بتخثر الدم مع متلازمة قلة الصفائح أو TTS. هذا يعني تجلط الدم (تخثر الدم) مع انخفاض مستويات الصفائح الدموية (قلة الصفائح). لا تحدث TTS بعد Moderna أو Pfizer.

										الاسم:
										رقم Medicare:



## قائمة التحقق الخاصة بالموافقة

	لا	نعم
هل عانيت من حساسية لجرعة سابقة من لقاح COVID-19؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل عانيت من حساسية للقاح آخر أو دواء؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تعرضت لحدث ضار خطير، بعد مراجعة الخبراء من قبل موفر تطعيم ذي خبرة أو أخصائي طبي و رجع السبب إلى جرعة سابقة من لقاح COVID-19 (ولم يتم تحديد سبب آخر)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل عانيت من قبل من زيادة الخلايا البدينة (اضطراب الخلايا البدينة) التي تسببت في تكرار الحساسية المفرطة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل أصبت ب COVID-19 من قبل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تعاني من اضطرابات نزيفية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تأخذ أي دواء لسيولة دمك (علاج مضاد للتخثر)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تعاني من ضعف الجهاز المناعي (نقص المناعة)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل أنت حامل؟#	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل كنت مريضاً بالسعال أو التهاب الحلق أو الحمى أو تشعر بالمرض بطريقة أخرى؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تلقيت تطعيم ضد COVID-19 من قبل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تلقيت أي تطعيم آخر في ال 7 أيام الماضية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نو علاقة فقط بالذين يتلقون لقاح AstraZeneca فقط:		
هل سبق أن تم تشخيصك بمتلازمة تسرب الشعيرات الدموية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل عانيت من تجلط الدم (تخثر الدم) مع قلة الصفائح (انخفاض الصفائح الدموية) في غضون 42 يوماً بعد تناول جرعة سابقة من AstraZeneca؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل أصبت بتجلط الجيوب الوريدية الدماغية سابقاً؟ *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل عانيت من قلة الصفائح التي يسببها الهيبارين سابقاً؟ *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل سبق أن أصبت بجلطات دموية في أوردة البطن، (الأوردة الحشوية)؟ *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل عانيت من قبل من متلازمة مضاد الفوسفوليبيد المرتبطة بجلطات الدم؟ *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل عمرك أقل من 60 سنة؟ *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Moderna أو Pfizer هما اللقاحان المفضلان للحوامل. إذا لم تتوفر هذه اللقاحات، يمكن الوضع في الاعتبار Novavax أو AstraZeneca. معلومات إضافية، أنظر <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/covid-19-vaccines/who-can-get-vaccinated/pregnant-women>

\* لقاحات Pfizer أو Moderna أو Novavax هي اللقاحات المفضلة للأشخاص في هذه المجموعات. في حالة عدم توفر هذه اللقاحات، يمكن التفكير في AstraZeneca إذا كانت فوائد التطعيم تفوق المخاطر.

للمزيد من المعلومات، راجع: <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/covid-19-vaccines/advice-for-providers/tts>

										الاسم:
										رقم Medicare:





أنا والد المريض أو الوصي القانوني للمريض أو صانع القرار البديل، وأوافق على تطعيم المريض المذكور أعلاه بلقاح COVID-19.

	اسم الأب/الوصي القانوني/صانع القرار البديل:
	توقيع الأب/الوصي القانوني/صانع القرار البديل:
	التاريخ:

	الاسم:
	رقم Medicare:

## لاستخدام مزود اللقاح:

الجرعة 1:

	تاريخ إعطاء اللقاح:
	الوقت الذي تلقاه:
	علامة لقاح COVID-19 التجارية التي تم التطعيم بها:
	رقم الكمية المعدة:
	الرقم المسلسل:
	موقع إعطاء اللقاح:
	اسم مقدم خدمة التطعيم:

الجرعة 2:

	تاريخ إعطاء اللقاح :
	الوقت الذي تلقاه:
	علامة لقاح COVID-19 التجارية التي تم التطعيم بها:
	رقم الكمية المعدة:
	الرقم المسلسل:
	موقع إعطاء اللقاح:
	اسم مقدم خدمة التطعيم:

الجرعة 3 أو الجرعة المعززة\*:

	تاريخ إعطاء اللقاح :
	الوقت الذي تلقاه:
	علامة لقاح COVID-19 التجارية التي تم التطعيم بها:
	رقم الكمية المعدة:
	الرقم المسلسل:
	موقع إعطاء اللقاح:
	اسم مقدم خدمة التطعيم:

	الاسم:
	رقم Medicare:

