



Australian Government

## COVID-19 VACCINATION

# نموذج الموافقة على تطعيم COVID-19

قبل تعبئتك هذا النموذج، تأكد من قراءتك لورقة المعلومات الخاصة باللقاح الذي ستلتفاه: *Vaxzevria (AstraZeneca)* أو *Comirnaty (Pfizer)* أو *Spikevax (Moderna)*.

تم آخر تحديث في: 28 أكتوبر 2021

## حول تطعيم COVID-19

يكون الأشخاص الذين تلقوا تطعيم COVID-19 أقل عرضة للإصابة بالمرض المسمى COVID-19.

هناك ثلاثة أنواع من اللقاحات المستخدمة في أستراليا. وجميعها فعال وآمن.

بإمكانك أن تأخذ:

- AstraZeneca إذا كان عمرك 18 عاماً أو أكثر
- Pfizer أو Moderna إذا كان عمرك 12 سنة أو أكثر.

ويُفضل لقاحي Pfizer أو Moderna 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.

يمكن للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 18 عاماً الحصول على جرعة معززة من Pfizer أو AstraZeneca بعد ستة أشهر أو أكثر من الجرعات الأولية، لإطالة أمد حمايتهم من COVID-19.

راجع توصيات ATAGI بشأن استخدام جرعة أولية ثالثة من لقاح COVID-19 للأفراد الذين يعانون من نقص المناعة الشديد على

[www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-](http://www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-)

[primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised](http://www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised) وتوصيات

ATAGI بشأن استخدام جرعة معززة من لقاح COVID-19: [www.health.gov.au/resources/publications/atagi-](http://www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-booster-dose-of-covid-19-vaccine)

[recommenations-on-the-use-of-a-booster-dose-of-covid-19-vaccine](http://www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-booster-dose-of-covid-19-vaccine)

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 Pfizer أو Moderna.

تم الإبلاغ عن التهاب عضلة القلب والتهاب التامور (التهاب القلب) بعد استخدام Moderna و Pfizer. كانت معظم الحالات خفيفة وتعافى الناس بسرعة.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | الاسم:        |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | رقم Medicare: |

عليك إبلاغ موفر الرعاية الصحية الخاص بك إذا كنت قلقاً من أي آثار جانبية بعد التطعيم.  
قد يتم الاتصال بك عن طريق الرسائل القصيرة SMS أو بالبريد الإلكتروني في غضون الأسبوع بعد تلقيك التطعيم لمعرفة كيف تشعر.  
قد يُصاب بعض الأشخاص بـ COVID-19 بعد التطعيم. لذلك يجب عليك اتباع جميع نصائح الصحة العامة في ولايتك أو إقليمك لوقف انتشار COVID-19 بما في ذلك:

- الحفاظ على مسافتك - البقاء على الأقل 1.5 متراً بعيداً عن الآخرين
  - اغسل يديك كثيراً بالماء والصابون، أو استخدم معقم اليدين
  - ارتدي كمامة
  - ابقَ في المنزل إذا لم تكن على ما يرام و لديك أعراض شبيهة بالبرد أو الانفلونزا، ورتب للقيام بفحص COVID-19.
- بموجب القانون، على الشخص الذي يقوم بتطعيمك تسجيله في سجل التحصين الأسترالي. يمكنك قراءة سجل التطعيم الخاص بك عبر الإنترنت من خلال:

- حساب Medicare
- حساب MyGov
- حساب My Health Record (يمكنك التسجيل لهذا برقم ميديكير أو معرف رعاية صحية فردي).

## كيف يتم استخدام معلوماتك

للحصول على معلومات حول كيفية جمع بياناتك الشخصية وتخزينها واستخدامها، يرجى زيارة:  
[www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations](http://www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations)  
إذا كنت تتلقى التطعيم الخاص بك في صيدلية، فيجب على الصيدلية تبادل بعض معلوماتك الشخصية مع مدير برامج الصيدلة. هذا حتى تتمكن الصيدلية من المطالبة بدفع ثمنه من الحكومة الأسترالية. تتوفر مزيد من المعلومات عن سبب الحاجة لهذا و ما هي المعلومات التي يتم تبادلها على الرابط أعلاه.

## في اليوم الذي تتلقى فيه اللقاح

- قبل أن تتلقى التطعيم، أخبر الشخص الذي يعطيك التطعيم إذا:
- عانيت من الحساسية كأثر جانبي، وخاصة رد فعل تحسسي شديد (الحساسية المفرطة) ل:
    - جرعة سابقة من لقاح COVID-19
    - أحد مكونات لقاح COVID-19
    - لقاحات أو أدوية أخرى
  - إذا كنت تعاني من نقص المناعة. هذا يعني أن جهازك المناعي ضعيف والذي يجعل من الصعب عليك محاربة الأمراض. ولكن لا يزال بإمكانك تلقي لقاح COVID-19، ولكن تحدث مع طبيبك عن أفضل وقت لتلقي تطعيمك. سيعتمد هذا على حالتك الصحية وعلاجك.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | الاسم:        |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | رقم Medicare: |



نو علاقة فقط بالذين يتلقون لقاح Moderna أو Pfizer:

هل سبق وأن تم تشخيصك بالتهاب عضلة القلب أو التهاب التامور بسبب جرعة سابقة من Pfizer أو Moderna؟

هل عانيت من التهاب عضلة القلب أو التهاب غلاف القلب خلال الثلاثة أشهر الماضية؟

هل تعاني حالياً من الحمى الروماتيزمية الحادة أو مرض روماتيزم القلب الحاد؟

هل تعاني من قصور حاد في القلب؟

إذا أجبت بنعم على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه، فقد لا يزال بإمكانك تلقي Pfizer أو Moderna، ولكن يجب عليك التحدث إلى طبيبك أو أخصائي التطعيم أو طبيب القلب أولاً لمناقشة أفضل توقيت للتطعيم وما إذا كانت هناك حاجة إلى أي احتياطات إضافية.

تم آخر تحديث في: 28 أكتوبر 2021

## معلومات المريض

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | الاسم:                                    |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | رقم Medicare:                             |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | المعرّف الصحي الفردي (IHI) إذا كان ينطبق: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | تاريخ الميلاد:                            |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | العنوان:                                  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | رقم الهاتف:                               |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | عنوان البريد الإلكتروني:                  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | الجنس:                                    |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | اللغة التي تتحدثها في البيت:              |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | بلد المولد:                               |

هل أنت من السكان الأصليين و/أو سكان جزر مضيق توريس؟

- نعم، السكان الأصليين فقط
- نعم، سكان جزر مضيق توريس فقط
- نعم، السكان الأصليين وسكان جزر مضيق توريس
- كلا
- أفضل عدم الإجابة

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | الاسم:        |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | رقم Medicare: |

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
|  | أقرب الأقرباء (في حالة الطوارئ): |
|  | الاسم:                           |
|  | رقم الهاتف:                      |

### الموافقة على تلقي لقاح COVID-19

- أؤكد أنني تلقيت وفهمت المعلومات المقدمة لي حول تطعيم COVID-19.
- أؤكد أنه لا تنطبق عليّ أي من الحالات المذكورة أعلاه، أو أنني ناقشت هذه الحالات و/أو أي ظروف خاصة أخرى مع مقدم الرعاية الصحية المنتظم و/أو مقدم التطعيم.
- أوافق على تلقي مجموعة جرعات لقاح COVID-19 / أوافق على تلقي جرعة معززة من لقاح COVID-19.

|  |               |
|--|---------------|
|  | اسم المريض:   |
|  | توقيع المريض: |
|  | التاريخ:      |

- 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: |



