

فرم رضایت آگاهانه تزریق واکسن کووید-۱۹

تزریق واکسن داوطلبانه و رایگان بوده و برای ایجاد ایمنی کافی تزریق در دو نوبت و به فاصله ۲۸ روز انجام می گردد و در حال حاضر شامل افراد با گروه سنی بالای ۱۸ می باشد.

پس از تزریق واکسن می بایست به مدت ۱۵ تا ۳۰ دقیقه در مرکز بمانید تا فشار خون، ضربان قلب، دمای بدن، تعداد تنفس و درصد اشباع اکسیژن خون شما توسط پرسنل کادر درمان/کلینیک سلامت بررسی شود.

عوارض:

عوارض شایع شامل: درد، سفتی، قرمزی، خارش، تورم در محل تزریق، تب موقت، احساس ضعف، سردرد، کوفتگی بدن، درد شکم، اسهال، گلودرد، احتقان و آبریزش بینی و عوارض ناشایع شامل راش جلدی در محل تزریق، تهوع و استفراغ، خارش در محل های غیر از تزریق، بزرگی غدد لنفاوی منطقه ای، درد عضلات و مفاصل، تعریق، سنکوپ، احساس سرما، سرفه، خواب آلودگی و تغییرات آزمایشگاهی می باشد.

در مطالعات بالینی، عوارض شدید و خطرناک مشاهده نشده و با توجه به داوطلبانه بودن واکسیناسیون، در صورت ایجاد هر گونه رخداد نامطلوب پزشکی بعد از دریافت واکسن؛ هیچ یک از افراد تیم بهداشت و درمان مسئولیتی نخواهند داشت.

موارد منع واکسیناسیون:

۱- داشتن سابقه آلرژی شدید به سایر واکسنها یا سابقه شوک آنافیلاکسی یا واکنش دارویی شدید که منجر به بستری در بیمارستان شده باشد.

۲- ابتلا به سرطان های پیشرفته یا متاستاز به ارگان های حیاتی

۳- ابتلا به بیماری حاد تب دار (بنابه نظر پزشک معالج)

۴- داشتن دمای بدن بالاتر از $37^{\circ}C$ با دماسنج زیربغل یا لیزری در روز واکسیناسیون

۵- افراد دارای سابقه واکنش های حساسیتی (Hypersensitivity) و یا بیماریهای مزمن شدید

۶- ابتلا به بیماری حاد متوسط تا شدید، با یا بدون تب هستند تا زمان بهبود

۷- خانم های باردار و دوران شیردهی

۸- سابقه کووید فعال طی یک ماه گذشته و یا مشکوک به ابتلا به بیماری کووید ۱۹ در زمان واکسیناسیون

۹- افراد زیر ۱۸ سال (بر اساس پرورشور کشور سازنده)

۱۰- عدم رضایت فرد یا قیم وی جهت انجام واکسیناسیون

اینجانب.....فرزند.....دارنده کد ملی.....قیم قانونی
مددجو.....فرزند.....با کد ملی.....

کلیه موارد فوق الذکر را مطالعه نموده و با آگاهی کامل رضایت/عدم رضایت خود را برای تزریق واکسن اعلام می نمایم.

امضا و اثر انگشت