



استبيان قبل التطعيم

ضد كوفيد-19

درجة حرارة الجسم*

اسم ولقب العائلة

تاريخ الولادة

رقم الهاتف / البريد الإلكتروني

يستخدم طبيبك هذا الاستبيان لتقييم ظروف **حالتك الصحية** التي يمكن أن تؤثر على التطعيم الذي تخطط لتلقيه ضد كوفيد-19.

يرجى قراءة الأسئلة بعناية والإجابة عليها **بصدق**. إذا أجبت بنعم على أي من الأسئلة أدناه، فهذا لا يعني أنه **لا يمكنك** الحصول على التطعيم. إذا كان لديك شكوك، استشر طبيب مركز التطعيم الذي سيساعدك في ملء الاستبيان.

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

هل تشعر بالمرض في الوقت الحالي؟

هل أصبت بكوفيد-19 أو كان اختبار PCR إيجابياً؟

هل تم تطعيمك ضد كوفيد-19 سابقاً؟

هل عانيت من قبل من رد فعل تحسسي شديد بعد أي تطعيم؟

هل تعاني من اضطراب نزفي أو تتناول أدوية مميعات الدم؟

هل لديك اضطراب مناعي حاد؟

هل أنت حامل أو ترضعين طفلاً؟

هل تلقيت أي تطعيمات أخرى في الأسبوعين الماضيين؟

أؤكد من خلال التوقيع على هذا الاستبيان أنني **لم أحجب أي معلومات** من طبيبي حول حالتي الصحية وفهمت **المعلومات المقدمة حول التطعيم** ضد كوفيد-19، بما في ذلك الآثار الجانبية المحتملة.

التاريخ

التاريخ

توقيع وختم الطبيب

توقيع الشخص الذي تلقى التطعيم

يتم تسجيله فقط إذا تم قياسه في موقع التطعيم.