

قائمة التحقق لما قبل تلقي اللقاح خاصة بلقاحات كوفيد-19

لمتلقى اللقاح:

سوف تساعدنا الأسئلة التالية في تحديد ما إذا كان هناك أي سبب يمنعك من الحصول على لقاح كوفيد-19 اليوم. إذا أجبت "نعم" على أي سؤال، فهذا لا يعني بالضرورة أنه لا يجب أن يتم تطعيمك. هذا يعني فقط أنه قد يتم طرح أسئلة إضافية. إذا كان هناك سؤال غير واضح، فيرجى أن تطلب من مقدم الرعاية الصحية المتابع لك شرحه.

الاسم _____

السن _____

نعم لا لا أعرف

☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐

1. هل تشعر بأنك مريض اليوم؟

2. هل سبق لك تلقي جرعة من لقاح كوفيد-19؟

• إذا كانت الإجابة نعم، فما هو منتج التطعيم الذي تلقيته؟
Pfizer ☐ Moderna ☐ Janssen ☐ (Johnson & Johnson)

منتج آخر ☐

• هل أحضرت بطاقتك لسجل اللقاحات أو أية مستندات أخرى؟ (لا/معد)

☐ ☐

3. هل أصبت من قبل برد فعل تحسسي تجاه:

(قد يشمل ذلك رد فعل تحسسي شديد [على سبيل المثال، الحساسية المفرطة (التأق)] والذي تطلب العلاج باستخدام إبيبين أو EpiPen® أو تسبب في ذهابك إلى المستشفى. وقد يشمل أيضًا رد فعل تحسسي والذي تسبب في حدوث شري، أو تورم، أو ضيق في التنفس، ويشمل ذلك الصغير).

• يحتوي أحد مكونات لقاح كوفيد-19 على أيًا مما يلي:

○ إيثيلين جلايكول (PEG)، والذي يوجد في بعض الأدوية، مثل المليينات ومستحضرات إجراءات تنظيف القولون ولوقلا

☐ ☐ ☐

○ بوليسوربات، والذي يوجد في بعض التطعيمات، والأقراص المغلفة، والستيرويدات عن طريق الحقن الوريدي

☐ ☐ ☐

• جرعة سابقة من لقاح كوفيد-19

☐ ☐ ☐

4. هل أصبت من قبل برد فعل تحسسي تجاه لقاح آخر (بخلاف لقاح كوفيد-19)

أو دواء يُؤخذ عن طريق الحقن؟

(قد يشمل ذلك رد فعل تحسسي شديد [على سبيل المثال، الحساسية المفرطة (التأق)] والذي تطلب العلاج باستخدام إبيبين أو EpiPen® أو تسبب في ذهابك إلى المستشفى. وقد يشمل أيضًا رد فعل تحسسي والذي تسبب في حدوث شري، أو تورم، أو ضيق في التنفس، ويشمل ذلك الصغير).

☐ ☐ ☐

5. ضع علامة أمام كل ما ينطبق عليك:

☐ أنثى تتراوح عمرها بين 18 و 49 عامًا

☐ أنا ذكر يتراوح عمره بين 12 و 29 عامًا

☐ لقد أصبت قبل ذلك بالتهاب عضلة القلب أو التهاب التأمور

☐ تعرضت لرد فعل تحسسي شديد لشيء آخر غير اللقاح أو العلاج عن طريق الحقن مثل الحساسية تجاه الطعام، أو الحيوانات الأليفة، أو السم، أو البينية، أو الأدوية

☐ صبيت بفيروس كوفيد-19 و عولجت بأجسام مضادة وحيدة النسيلة أو بلازما الناقهين

☐ الإصابة بمتلازمة الالتهابات المتعددة (MIS-C أو MIS-A) بعد الإصابة بفيروس كوفيد-19

☐ أعاني من ضعف في الجهاز المناعي (مثل بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو السرطان) أو أتلقى عقاقير أو علاجات مُثبِّطة للمناعة

☐ المعاناة من اضطراب نزفي

☐ تتناول مرققاً للدم

☐ وجود تاريخ لقلعة الصفحات المحدثه بالهيبارين (HIT)

☐ حامل أو ترضعين حاليًا

☐ خضعت لجراحة حشوات تجميلية تحت الجلد

☐ سجل الإصابة بمتلازمة غيلان-باريه (GBS)

التاريخ _____

تمت مراجعة النموذج بواسطة _____