

موافقة الوالد على التطعيم ضد فيروس كورونا كوفيد 19 - الأعمار 12 سنة وما فوق

تفاصيل الطفل/ة الملقح/ة:

الاسم الشخصي	اسم العائلة	رقم بطاقة الهوية
سنة الولادة	صندوق المرضى	

1. أؤكد أن ابني/ابنتي تبلغ من العمر 12 عامًا، ولم تبلغ 18 عامًا بعد.
2. أوافق على إعطاء طفلي/طفلي لقاحاً ضد فيروس كورونا.
3. معلوم لدي أنه لن يتم تطعيم ابني/ابنتي رغماً عنه/ها.
4. معلوم لدي أنه يجب على ابني/ابنتي تقديم بيانات حول حالته/حالتها الصحية قبل تلقي التطعيم، الحساسيات والحساسية للأدوية والطعام.
5. عانى ابني/ابنتي من رد فعل تحسسي غير طبيعي للقاح في الماضي: **نعم / لا** (أحط بدائرة).
إذا كان الأمر كذلك، يرجى التفصيل: _____
6. ابني/ابنتي كانت مريضة بكورونا في الماضي: **نعم / لا** (أحط دائرة). لو كان الأمر كذلك،
يرجى تحديد والإشارة إلى تاريخ الشفاء: _____
7. لقد قرأت و/أو أعلم أن هناك - معلومات حول اللقاح على موقع وزارة الصحة:
<https://govextra.gov.il/ministry-of-health/covid19-vaccine/home-ar>
8. معلوم لدي أن ابني / ابنتي يجب أن يبقى في مكان التطعيم لمدة 15 دقيقة تقريباً بعد إعطاء التطعيم للإشراف، أو 30 دقيقة إذا كان لديه / لديها حساسية أو حساسية خاصة وفقاً لتعليمات وزارة الصحة.
9. معلوم لدي أنه يجب التوجه للحصول على العلاج الطبي أو استشارة الطبيب/ة إذا ظهرت ردود فعل على اللقاح بعد تلقيه، أو إذا تغيرت الحالة الجسدية لابني/ابنتي بأي شكل من الأشكال بعد تلقي التطعيم.

تفاصيل الوالدة/ة:

الاسم الشخصي	اسم العائلة	رقم بطاقة الهوية
هاتف محمول	التاريخ	التوقيع

* أرفق بهذه الشهادة صورة من بطاقة هوية أحد الوالدين ومرفق بطاقة هوية تظهر فيها تفاصيل الابن/الابنة.

شارع هبلادا 5, أور يهودا, هاتف. 03-6300222, الموقع: www.mdais.org