



فرم رضایت واکسین کوید-۱۹

برای مراکز صحت عامه - سایت های واکسیناسیون سیاتل و کینگ کانٹی

اسم مریض-----سال تولد

ایا اولین دور از واکسین را دریافت می نماید ویا دور دوم را. دور اول را دور دوم را

تصدیق و : به من فرصت داده شده تا معلومات و جزیات در مورد واکسین کوید-۱۹ را مرور نمایم.
از ظروف مختلف آنلاین و همچنان توسط کی ارکود.

مشخصات واکسین فایزر(وب سایت فقط به زبان انگلیسی) www.fda.gov/media/144414/download



مشخصات واکسین مدرنا(وب سایت فقط به زبان انگلیسی) www.fda.gov/media/144638/download

مشخصات واکسین جانسن جانسن(وب سایت فقط به زبان انگلیسی)

www.fda.gov/media/146305/download

معلومات اضافی در مورد کوید (وب سایت فقط به زبان انگلیسی) kingcounty.gov/yourvaccine/dari

رضایت نامه بزرگسالان : من رضایت وصلاحیت دارم به نام فوق که در بالای صفحه ذکر شده تا واکسین را در یافت نمایم. من تقاضا دارم که واکسن به بیمار فوق الذکر داده شود. من درک می کنم که بیمار باید 15 تا 30 دقیقه پس از دریافت واکسن در محل واکسن بماند تا از نظر واکنش های فوری بالقوه مربوط به واکسن و عوارض جانبی کنترل شود و در صورت لزوم مداخله صحی در را یافت کند.

تاریخ-----امضا-----

OR

For Vaccine Site:

Verbal consent by _____ given by _____ to _____ on _____
Authorized Adult Name Phone/Device Staff Name Date

رضایت شخص زیر سن: من یک صغیر رها شده قانونی ، یک صغیر متاهل با یک بزرگسال هستم ، یا برای من یک صغیر بالغ تعیین شده است. من درخواست می کنم که واکسین به من تزریق شود. من درک می کنم که پس از دریافت واکسین باید 15 تا 30 دقیقه در محل واکسین بمانم تا از نظر واکنش های فوری بالقوه مربوط به واکسین و عوارض جانبی ان تحت نظر قرار بگیرم و در صورت لزوم مداخله صحی لازم را دریافت کنم.

اسم فرد زیر سن-----تاریخ-----