



## چک لیست واکسین های کووید-۱۹ قبل از واکسیناسیون

اسم مریض \_\_\_\_\_

سن \_\_\_\_\_

### برای گیرندگان واکسن:

سوالات زیر به ما کمک می کند تا تشخیص دهیم آیا دلیلی وجود دارد که امروز واکسین کووید-۱۹ را دریافت نکنید.

اگر به هر سوالی "بله" پاسخ دهید ، این بدان معنا نیست که نباید واکسین شوید. این فقط به این معنی است که ممکن است سوالات اضافی پرسیده شود. اگر سوالی واضح نیست ، لطفاً از ارائه دهنده خدمات صحتی خود بخواهید تا آن را برای شما توضیح دهد.

### بلی نخیر نامعلوم

			1. آیا امروز شما احساس می کنید که مریض هستید؟
			2. آیا تاکنون واکسین کووید-۱۹ دریافت کرده اید؟
			• اگر بله ، کدام نوع واکسین را دریافت کرده اید؟
		<input type="checkbox"/> مدرنا <input type="checkbox"/> فایزر	<input type="checkbox"/> جانسن جانسن <input type="checkbox"/> دیگر انواع واکسن کووید-۱۹
			3. آیا تاکنون به موارد زیر حساسیت داشته اید: (این شامل حساسیت شدید [به طور مثال ، آنافیلاکسی است که نیاز به درمان با اپی نفرین یا EpiPen® دارد یا باعث می شود شما به شفاخانه بروید. این همچنین شامل حساسیتی می شود که در عرض چهار ساعت رخ داده که باعث مشکلات جدی ، مشکلات تنفسی و غیره شده.)
			• محتویات واکسین کووید-۱۹ شامل هر یک از موارد زیر میباشد:
			○ پلی اتیلن گلیکول (PEG) ، که در برخی از ادویه ها مانند ملین ها و آماده سازی برای روش های کولونوسکوپی وجود دارد.
			○ پالی سوربیت که در برخی واکسین ها ، کپسولها و استروئیدهای داخل وریدی وجود دارد.
			• واکسین قبلی کووید-۱۹
			• یک واکسین یا درمان تزریقی حاوی چندین جزء است که یکی از آنها از واکسین کووید-۱۹ است ، اما مشخص نیست که کدام یک از آنها واکنش فوری را ایجاد خواهد کرد.

		<p>4. آیا تا به حال به واکسین دیگری حساسیت کرده اید (غیر از واکسین کووید-۱۹) و یا به داروی تزریقی دیگری حساسیت داشته اید؟</p> <p>این شامل یک واکنش و یا حساسیت شدید [به طور مثال ، آنافیلاکسی] است که نیاز به درمان با اپی نفرین یا EpiPen® دارد یا باعث می شود شما به بیمارستان بروید. این همچنین شامل یک واکنش آلرژیک است که در عرض 4 ساعت ایجاد شده است که باعث تورم یا ناراحتی تنفسی ، از جمله نفس تنگی می شود.</p>
		<p>5. آیا تا به حال حساسیت شدیدی (به طور مثال آنافیلاکسی) به چیز دیگری غیر از واکسین کووید یا هر نوع واکسین یا داروی تزریقی داشته اید؟ این شامل حساسیت به غذا ، حیوانات خانگی ، مواد زهراگین ، محیط زیست و یا ادویه جات دیگر می باشد.</p>
		<p>6. آیا در 14 روز گذشته واکسین شده اید؟</p>
		<p>7. آیا تا به حال آزمایش کووید-۱۹ تان مثبت بوده است؟ و یا داکتر فامیلی تان تاکنون به شما گفته است که شما کووید-۱۹ دارید؟</p>
		<p>8. آیا شما به خاطر درمان کووید-۱۹ ، تداوی آنتی بادی دریافت کرده اید؟</p>
		<p>9. آیا شما سیستم ایمنی ضعیفی دارید که ناشی از ایدز یا سرطان باشد.</p>
		<p>10. آیا اختلال خونریزی دارید ؟ و یا ادویه رقیق کننده خون استفاده می کنید؟</p>
		<p>11. آیا باردار هستید یا طفل شیر خوار دارید؟</p>
		<p>12. آیا شما بوتاکس (مواد پرکننده پوست) دارید؟</p>

فرم بررسی شده توسط \_\_\_\_\_

تاریخ \_\_\_\_\_

۰۳/۱۵/۲۰۲۱

با قدردانی از Immunization Action Coalition (IAC) چک لیست CS321629-E