



## قائمة التحقق ما قبل التطعيم للقاحات كوفيد-19

### ممتلئ اللقاحات:

سوف تساعدنا الأسئلة التالية في تحديد إذا ما كان هناك أي سبب يستدعي عدم حصولك على لقاح كوفيد-19 اليوم.

إذا أجبت بـ "نعم" على أي سؤال، فهذا لا يعني بالضرورة أنك لن تحصل على اللقاح. وإنما يعني فقط إمكانية طرح بعض الأسئلة الإضافية. إذا كان هناك أي سؤال غير واضح، يرجى طلب الشرح والتوضيح من مقدم الرعاية الصحية.

نعم لا لا أعلم

اسم المريض

العمر

				1. هل تشعر اليوم بالمرض؟
				2. هل سبق أن تلقيت جرعة من لقاح كوفيد-19؟
				• إذا كانت الإجابة "نعم"، ما منتج اللقاح الذي حصلت عليه؟ <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> منتج آخر
				3. هل سبق وعانيت من رد فعل تحسسي تجاه: (يشمل ذلك رد الفعل التحسسي الشديد [مثل الحساسية المفرطة] الذي يتطلب علاجًا بالإبينيفرين أو EpiPen® أو الذي يتسبب في ذهابك إلى المستشفى. ويشمل أيضًا رد الفعل التحسسي الذي يحدث خلال 4 ساعات ويتسبب في قشعريرة أو تورم أو صعوبة في التنفس، بما في ذلك حدوث صوت صغير عند التنفس).
				• أحد مكونات لقاح كوفيد-19، والتي تشمل أي مما يلي: <input type="checkbox"/> بولي إيثيلين جلايكول (PEG)، الموجود في بعض الأدوية مثل المليينات ومستحضرات تنظيف القولون <input type="checkbox"/> بوليسوربات، الموجود في بعض اللقاحات، وأفراس الأدوية المغلفة، وأدوية الستيرويد الوريدية.
				• جرعة سابقة من لقاح كوفيد-19.
				• لقاح أو علاج عن طريق الحقن يحتوي على مكونات متعددة، أحدها من مكونات لقاح كوفيد-19، لكن المكون الذي تسبب في رد الفعل التحسسي الفوري غير معروف على وجه التحديد.
				4. هل سبق وعانيت من رد فعل تحسسي تجاه لقاح آخر (غير لقاح كوفيد-19) أو دواء عن طريق الحقن؟ (يشمل ذلك رد الفعل التحسسي الشديد [مثل الحساسية المفرطة] الذي يتطلب علاجًا بالإبينيفرين أو EpiPen® أو الذي يتسبب في ذهابك إلى المستشفى. ويشمل أيضًا رد الفعل التحسسي الذي يحدث خلال 4 ساعات ويتسبب في قشعريرة أو تورم أو صعوبة في التنفس، بما في ذلك حدوث صوت صغير عند التنفس).
				5. هل سبق وعانيت من رد فعل تحسسي شديد (مثل الحساسية المفرطة) تجاه شيء من غير مكونات لقاح كوفيد-19، أو أي لقاح أو دواء عن طريق الحقن؟ يشمل ذلك حساسيات الطعام أو الحيوانات الأليفة أو السموم أو الظروف البيئية أو الأدوية عن طريق الفم.
				6. هل تلقيت أي لقاح خلال فترة الأربعة عشر (14) يومًا الماضية؟
				7. هل سبق وحصلت على نتيجة اختبار إيجابية لعدوى كوفيد-19 أو أخبرك طبيبك أنك مصاب بعدوى كوفيد-19؟
				8. هل سبق وتلقيت علاجًا بالأجسام المضادة السلبية (أجسام مضادة أحادية النسيلة أو مضاد مصلي) لعلاج كوفيد-19؟
				9. هل تعاني من ضعف جهاز المناعة بسبب عدوى مثل فيروس نقص المناعة البشرية أو سرطان؟ أو هل تتناول أدوية أو علاجات مثبطة للمناعة؟
				10. هل تعاني من اضطراب بالنزيف أو تتناول أي أدوية مضادة للتخثر؟
				11. للإناث، هل أنت حامل أو مرضعة؟
				12. هل لديك أي حشوات تجميلية تحت الجلد؟

التاريخ

راجع النموذج