REGION BLEKINGE

استمارة الموافقة على لقاح كوفيد-19

هناك الآن لقاح من كوفيد-19 معتمد للشباب. ولهذا السبب توصي هيئة الصحة العامة حالياً بتلقيح الأشخاص المولودين عام 2005 وقبل ذلك. ويقي اللقاح من الإصابة بمرض كوفيد-19 كما أنه يقلل من انتشار العدوى.

التلقيح من كوفيد-19 اختياري ومجاني للجميع في السويد. ويُعطى اللقاح مرتين مع مراعاة مرور عدة أسابيع بينهما لتحقيق أفضل تأثير. ويُشترط لتلقيح الأشخاص غير البالغين (دون سن 18 عاماً) إما موافقة ولي الأمر أو أن الشخص غير البالغ يُعتبر ناضجاً بما يكفي ليتخذ بنفسه قراراً بشأن التلقيح. الأشخاص المولودون عام 2005 أو قبل ذلك يُعتبرون على نطاق واسع أنهم ناضجون بما يكفي ليتخذوا بأنفسهم قرار التلقيح من كوفيد-19.

يمكنك في هذه الاستمارة إبلاغنا ما إذا كنت توافق على تلقيح طفلك أم لا من خلال وضع علامة X في أحد المربعات أدناه. يجب اصطحاب استمارة الموافقة عند التلقيح. إن رافق وليُّ الأمر الطفلَ وقت التلقيح فلا حاجة للموافقة المكتوبة.

إن لم نستلم الموافقة فهذا يعني عدم إمكانية تلقيح طفلك، إن لم نعتبر أن الطفل قد بلغ من النضج ما يُمَكِّنه من الموافقة على التلقيح نفسه.

علماً بأنه يجب تعبئة إقرار صحي عند حجز موعد التلقيح. ويُفضل أن تعبئ الإقرار الصحي مع طفلك.

يجب أن يصطحب الطفل معه بطاقة هوية سارية المفعول وقت التلقيح. وفي حالة عدم وجود بطاقة هوية سارية المفعول فيجب على ولي الأمر مرافقته وقت التلقيح.

☐ نعم، أوافق على تلقيح طفلي/طفلنا.

☐ لا، لا أوافق على تلقيح طفلي/طفلنا.

_____

المكان/الزمان

اسم ولي الأمر	*كتابة الاسم بخط واضح*	*رقم الهاتف نهاراً*
اسم ولي الأمر	*كتابة الاسم بخط واضح*	*رقم الهاتف نهاراً*

يجب توقيع كلا وليي الأمر إن كانت الحضانة مشتركة.