

Consent Form

Consent to take different COVID-19 vaccine type, than the previous received vaccine type

استمارة موافقة

الموافقة على تلقي نوع مختلف من لقاح كوفيد-19 عن نوع اللقاح السابق

Section 1: For the use of the physician

القسم الأول: لاستخدام الطبيب

I, the undersigned Dr.
License No.
do hereby certify that I have provided the medical consultation to
.....
who had received two doses of
COVID-19 vaccine on and
This applicant is applying to be given the COVID-19 vaccine.

Accordingly, I fully enlightened the applicant that there is no evidence based scientific studies regarding the safety and efficacy of the vaccine in case of combining different COVID-19 vaccine types, and I also provided the applicant with all information related to common side effects. associated with the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine and obtained the written consent.

The applicant is in good health and has no known health conditions that prevent him/her from taking the vaccine.

Therefore, Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine can be administered to this patient.

Signature:

Date:

أقر أنا الموقع أدناه الدكتور /
ترخيص رقم:
أشهد بأنني قد قمت بتقديم الاستشارة الطبية للسيدة/
الذي تلقى جرعتين
من لقاح
بتاريخ و
وقد طلب هذا المتقدم إعطائه لقاح كوفيد-19
وعليه قمت بتبصير المتقدم بشكل تام بأنه لا توجد أدلة مبنية على دراسات علمية فيما يتعلق بأمنية وفعالية اللقاح في حال الدمج بين لقاحات كوفيد-19 المختلفة، كما زودته بكافة المعلومات المتعلقة بالآثار الجانبية الشائعة المصاحبة للقاح كوفيد-19 فايزر-بيونتيك، وحصلت على موافقته الخطية.

يتمتع المتقدم بصحة جيدة ولا توجد لديه ظروف صحية معلومة تمنعه/تمنعها من أخذ التطعيم.

وعليه يمكن إعطائه/إعطائها لقاح كوفيد-19 فايزر-بيونتيك.

التوقيع:

التاريخ:

Consent Form

Consent to take different COVID-19 vaccine type, than the previous received vaccine type

استمارة موافقة

الموافقة على تلقي نوع مختلف من لقاح كوفيد-19 عن نوع اللقاح السابق

Section 2: Applicant's form

القسم الثاني: نموذج المتقدم

I, the undersigned hereby confirm that I have received two doses of COVID-19 vaccine on and

أنا الموقع/ الموقعة أدناه أقرُّ بأنني قد تلقيت جرعتين من لقاح كوفيد-19 بتاريخ و.....

Yet I am voluntarily applying to be given the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine in addition after consultation with Dr., and I am fully aware that there is no information on the safety and efficacy of the vaccine in case of combining different COVID-19 vaccines and I have also been informed about common side effects of Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine.

ومع ذلك قمت بطلب إعطائي لقاح كوفيد-19 فايزر-بيونتيك بالإضافة إلى ذلك بعد استشارة الدكتور وأنا أدرك تماماً بأنه لا توجد معلومات عن مأمونية وفاعلية اللقاح في حال الدمج بين لقاحات كوفيد-19 المختلفة، كما تم تزويدي بكافة المعلومات المتعلقة بالآثار الجانبية الشائعة للقاح كوفيد-19 فايزر-بيونتيك.

The physician explained to me that taking a different COVID-19 vaccine type, than the previous received one, may result in severe health symptoms. In addition, there is no scientific evidence available or reported on the safety of combining or mixing different vaccines, and that mixing different COVID-19 vaccines are at clinical trials stage in some parts of the world and no results or outcome reported yet.

لقد شرح لي الطبيب بأن تلقي نوع مختلف من لقاح كوفيد-19 عن اللقاح السابق قد ينتج عنه أعراض صحية شديدة، وأنه لا يوجد دليل علمي متاح أو تم الإبلاغ عنه بشأن مأمونية الجمع أو الخلط بين لقاحات مختلفة، وأن الجمع بين لقاحات مختلفة لا يزال في مرحلة التجارب السريرية في أجزاء من العالم ولا يوجد حتى الآن أي تقرير بشأن النتائج أو المخرجات.

I fully understand the health risks associated with my decision to take the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine as explained to me and I take full responsibility of my decision and accept the fact that severe adverse events, or side effects may occur to me.

أنا أدرك تماماً المخاطر الصحية المصاحبة لقراري بتلقي لقاح كوفيد-19 فايزر-بيونتيك حسبما تم الشرح لي، وأتحمل كامل المسؤولية عن قراري وأتقبل حقيقة أنه قد يحصل معي أحداث عكسية أو آثار جانبية شديدة.

I agree to be contacted in the future both to take a blood sample, and for the opportunity to contribute to clinical research.

أوافق على الاتصال معي مستقبلاً من أجل أخذ عينة دم والمساهمة في البحث السريري.

Signature:

التوقيع:

Date:

التاريخ: