

# COVID-19-ի դեմ պատվաստման համաձայնության ձևաթուղթ

## Համաձայնության ձևաթուղթ` COVID-19-ի դեմ պատվաստում

Տարբերակ 3.0 – մարտ 11, 2021

Ազգանուն		Անուն		Անձը հաստատող փաստաթուղթ (օր.՝ առողջապահական քարտի համար)	
Սեռ. <input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Նախընտրում եմ չպատասխանել <input type="checkbox"/> Այլ: _____				Հիմնական խնամքի բժիշկ (Ընտանեկան բժիշկ կամ գլխավոր բուժքույր)	
Եթե բնիկ եք, խնդրում ենք նշել բնիկ ժողովուրդներից մեկը. <input type="checkbox"/> First Nations/Կանադայի հնդկացիներ <input type="checkbox"/> Métis/ Կանադայի Մետիսներ (ներառում է Métis/Մետիս կազմակերպության անդամներին կամ բնակավայրի բնակիչներին) <input type="checkbox"/> Inuk/ Inuit Ինուիտներ <input type="checkbox"/> Այլ բնիկներ, նշեք. _____ <input type="checkbox"/> Նախընտրում եմ չպատասխանել <input type="checkbox"/> Հայտնի չէ					
Տան հեռախոս		Բջջային հեռախոս			
Փողոցի հասցե			Քաղաք		Գավառ
					Փոստային ինդեքս

Ծննդյան թիվ (ամիս, օր, տարի) ----- / ----- / ----- -----	Տարիք	Սա պատվաստանյութի ձեր <b>առաջին թե երկրորդ</b> դեղաչափն է <input type="checkbox"/> Առաջին <input type="checkbox"/> Երկրորդ Եթե երկրորդն է, ապա խնդրում ենք նշել առաջին դեղաչափը ստանալու ամսաթիվը և մատակարարված պատվաստանյութի անվանումը: -----/-----/----- (ամիս, օր, տարի) Մատակարարված պատվաստանյութի անվանումը. -----
--	-------	--

**Պատվաստանյութ ստանալու համաձայնություն**

Ես կարդացել (կամ ինձ համար կարդացել են) և հասկանում եմ պատվաստմանը վերաբերող նախնական փաթեթը, այդ թվում՝ հետևյալ փաստաթղթերը.«COVID-19-ի դեմ պատվաստման տեղեկատվական թերթիկը» և «Ի՞նչ է հարկավոր իմանալ Covid-19-ի դեմ պատվաստման ձեր ժամադրության վերաբերյալ»:

- Ես հնարավորություն եմ ունեցել հարցեր տալու այն պատվաստանյութի վերաբերյալ, որ պիտի ստանամ և դրանց վերաբերյալ բավարար պատասխան ստանալու:

**Ես համաձայն եմ պատվաստանյութ ստանալ, այդ թվում՝ բոլոր առաջարկվող դեղաչափերը հերթականությամբ:**

- Ես հասկանում եմ, որ ցանկացած ժամանակ կարող եմ չեղարկել այս համաձայնությունը:
- Ես հասկանում եմ, որ եթե համաձայնությունը չեղարկում եմ ուրիշի փոխարեն որոշում կայացնողի դերում, ապա պիտի կապվեմ այն ընդհանուր բնակության հաստատության հետ, որտեղ այդ անհատն ապրում է:

**Նշում:** Եթե ձեր որոշումը փոխեք և այլևս չհամաձայնեք պատվաստում ստանալ, խնդրում ենք կապվել այն պատվաստման կլինիկայի հետ, որտեղ պիտի Covid-19-ի դեմ պատվաստում ստանաք: Սա թույլ կտա մեկ ուրիշին ձեր տեղը գրավել: Եթե համաձայնությունը չեղարկվել է որոշում կայացնող փոխարինող անձնավորության կողմից մի մարդու համար, ով ապրում է ընդհանուր բնակության հաստատությունում, ապա ընդհանուր բնակության հաստատությունը պիտի կապվի տեղական հանրային առողջապահության վարչության հետ:

## **Ճանուցում՝ անձնական առողջության մասին տեղեկության հավաքման, օգտագործման և փոխանցման վերաբերյալ**

Այս ձևաթղթի անձնական առողջության մասին տեղեկությունը հավաքվում է ձեզ ինամբ մատակարարելու և ձեր համար պատվաստման քարտ ստեղծելու նպատակով, ինչպես նաև Օստարիոյի COVID-19-ի դեմ պատվաստման ծրագիրն իրականացնելու անհրաժեշտության համար: Այս ինֆորմացիան կօգտագործվի և կփոխանցվի այդ, ինչպես նաև այլ նպատակներով, որ լիազորված են և պահանջվում են օրենքով: Օրինակ՝

- Այն կփոխանցվի Առողջապահության նախարարության գլխավոր բժշկին և Օստարիոյի հանրային առողջության վարչությանն այն դեպքում, երբ փոխանցումն անհրաժեշտ է Առողջության Պաշտպանության և Ամրապնդման օրենքի համաձայն: Նաև՝
- Այն նաև կարող է փոխանցվել ձեզ ինամբ տրամադրող առողջապահական ծառայություններ մատակարարողներին, որպես ձեր նահանգային էլեկտրոնային առողջապահական քարտի մաս:

Տեղեկատվությունը կպահպանվի առողջապահական քարտային համակարգում՝ Առողջապահության նախարարության կառավարման ներքո:

Եթե ծառայությունները մատակարարվեն հիվանդանոցի տարածքում, հիվանդանոցը՝ որպես Առողջապահության նախարարության գործակալ կստանա, կօգտագործի և կփոխանցի ձեր ինֆորմացիան:

**Ես հաստատում եմ, որ կարդացել և հասկացել եմ վերոնշյալ հայտարարությունը:**

Հնարավոր է, որ ձեզ հետ կապվեն հիվանդանոցից, տեղական հանրային առողջապահական վարչությունից, կամ Առողջապահության նախարարությունից COVID-19-ի դեմ պատվաստման հետ կապված (օրինակ, հաջորդ ժամադրության մասին ձեզ հիշեցնելու նպատակով և պատվաստման քարտ փոխանցելու համար): Եթե համաձայն եք, որ ձեզ հետ կապ հաստատեն էլեկտրոնային փոստով, ինդրում ենք նշել ստորև:

**Ես համաձայն եմ տեղեկություններ ստանալ.**

**Էլ. փոստով**       **տեքստային հաղորդագրությամբ/SMS**

Եթե նշել եք էլ. փոստով տարբերակը, ինդրում ենք տրամադրել ձեր էլ. փոստի հասցեն.

## **Համաձայնություն հետազոտական ուսումնասիրություններ կատարելու հետ կապված ձեզ հետ կապվելու վերաբերյալ**

Դուք հնարավորություն ունեք համաձայնություն տալու, որպեսզի գիտական հետազոտողները ձեզ հետ կապվեն COVID-19-ի դեմ պատվաստման հետ կապված հետազոտությանը մասնակցելու վերաբերյալ: Եթե համաձայն եք, որ ձեզ հետ կապվեն, ձեր անձնական առողջության ինֆորմացիան կարող է օգտագործվել որոշելու համար, թե որ հետազոտություններն են ձեզ վերաբերում և ձեր անունը, ինչպես նաև կապ հաստատելու ինֆորմացիան կարող է փոխանցվել հետազոտողներին: Հետազոտական ուսումնասիրությունների հետ կապված ձեզ հետ կապ հաստատելու համաձայնությունը չի նշանակում, որ դուք համաձայնում եք այդ ուսումնասիրություններին մասնակցել: Հետազոտություններին մասնակցությունը կամավոր է: Դուք իրավունք ունեք իրաժարվել հետազոտությունների նպատակով ձեզ հետ կապ

հաստատելուց և դա ազդեցություն չի ունենա Covid-19-ի դեմ պատվաստում ստանալու ձեր իրավասության վրա:

Եթե չեք ցանկանում, որ ձեզ հետ կապվեն այս հետազոտական ուսումնասիրությունների վերաբերյալ, ապա խնդրում ենք նշել ստորև:

Եթե համաձայնեք, որ ձեզ հետ կապվեն հետազոտական ուսումնասիրությունների վերաբերյալ, սակայն հետագայում փոխեք ձեր որոշումը, դուք կարող եք չեղարկել ձեր որոշումը Առողջապահության նախարարության հետ կապվելով՝ [vaccine@ontario.ca](mailto:vaccine@ontario.ca).

Սա ազդեցություն չի ունենա Covid-19-ի դեմ պատվաստվելու ձեր իրավասության վրա:

**Ես համաձայն եմ, որ ինձ հետ կապվեն COVID-19- դեմ պատվաստման մասին հետազոտական ուսումնասիրությունների վերաբերյալ.**

Էլ. փոստով  տեքստային հաղորդագրությամբ/SMS  հեռախոսով  փոստով

Եթե նշել եք Էլ. փոստով տարբերակը, խնդրում ենք տրամադրել ձեր Էլ. փոստի հասցեն

-----

Ես չեմ ցանկանում, որպեսզի ինձ հետ կապվեն COVID-19-ի հետ կապված ուսումնասիրությունների վերաբերյալ.

Ստորագրություն	Անուն ազգանունը՝ տպատառ	Ստորագրման օրը

Ուրիշ փոխարեն ստորագրելու դեպքում, նշեք ձեր կապն այդ անձնավորության հետ.

Ուրիշ փոխարեն ստորագրելու դեպքում, հաստատում եմ, որ իր ծնողն եմ / օրինական խնամակալը կամ իր փոխարեն որոշում կայացնողը:

***Որոշակի խնդիրներ. Օրենք՝ Երկարատև խնամքի Բնակության Վայրի վերաբերյալ, 2007***

Պատվաստանյութ ստանալու վերաբերյալ բնակիչների համաձայնությունը կարող է ցանկացած պահի չեղարկվել:

## Հայտարարություն՝ օրենքի 83 կետը հաշվի առնելու վերաբերյալ.

Խնդրում ենք տեղեկանալ հետևյալ իրավական պաշտպանության վերաբերյալ.

Երկարատև խնամքի բնակության վայրի վավերացում ունեցողներից յուրաքանչյուրը պիտի համոզվի, որ հավանական բնակիչներից ոչ մեկին չեն կարող ասել կամ ակնարկել որ մերժելու են ընդունել կամ որ վտարելու են հետևյալ պատճառներով.

- (ա) փաստաթուղթը ստորագրված չլինելու,
- (բ) համաձայնության չեղարկման, կամ
- (գ) քանի որ բուժման կամ խնամքի վերաբերյալ համաձայնությունը կամ ուղղորդումը տրվել է, չի տրվել, չեղարկվել կամ ուժը կորցրել է:

ՄԻԱՅՆ ՊՈԼԻԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ					
Գործոն	COVID-19	Ապրանքի անվանումը		Սերիա #	Դեղաչափի քանակը:
Անատոմիական տարածք	<input type="checkbox"/> Ձախ դելտոիդ <input type="checkbox"/> Աջ դելտոիդ			Ուղի	Մկանային (IM)
Սպասարկման օրը	----- / ----- / ----- (ամիս/օր/տարի)	Սպասարկման ժամը	----- : ----- am pm	AEFI? (ներկա դեղաչափը ստանալուց հետո)	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Տրվել է (Անուն Կոչում)	Տեղանք		Լիազորվել է		
Պատվաստում ստանալու պատճառները	<input type="checkbox"/> Առողջապահական աշխատակից <input type="checkbox"/> LT.: Բնակիչ <input type="checkbox"/> LTC: Առողջապահական աշխատակից <input type="checkbox"/> LTC: Այլ ոչ- աշխատակից <input type="checkbox"/> RH: Առողջապահական աշխատակից <input type="checkbox"/> RH: Բնակիչ <input type="checkbox"/> RH: Խնամակալ <input type="checkbox"/> RH: Other Non-Employee <input type="checkbox"/> Մեծահասակ: Հանրային բնակատեղ <input type="checkbox"/> Չափահաս՝ քրոնիկական առողջապահական խնամք <input type="checkbox"/> Բնիկների համայնք <input type="checkbox"/> Այլ առաջնահերթ բնակչություն <input type="checkbox"/> Կոլեկտիվ բնակավայր. բնակիչ <input type="checkbox"/> Կոլեկտիվ բնակավայր.աշխատակազմ <input type="checkbox"/> Կոլեկտիվ բնակավայր. Էական խնամակալ				

<p>Պատվաստում չստանալու պատճառները</p>	<p><input type="checkbox"/> Պատվաստումը հակացուցված է</p> <p><input type="checkbox"/> Բժիշկը խորհուրդ է տվել պատվաստվել, բայց <b>ՅԻՎԱՄԴԸ</b> չի համաձայնում</p> <p><input type="checkbox"/> Բժշկի որոշումն է ժամանակավորապես հետաձգել պատվաստումը</p> <p><input type="checkbox"/> Բժշկական տեսանկյունից իրավասու չէ</p> <p><input type="checkbox"/> Հիվանդը չեղարկել է համաձայնությունը</p>
<p>Ձեր 2 դեղաչափից 2-ը նշանակված է.</p>	<p>_____ / _____ / _____ (ամիս/օր/տարի) _____ : _____ am pm</p>