



MINISTERO
DELL'INTERNO

نموذج للتعبير عن رفضك للخضوع للتلقيحات

اللقب و الاسم: _____

مكان و تاريخ الازدياد : _____

الكود الضريبي أو الأجنبي الموجودون مؤقتاً C.F. o STP: _____

مرفق الاستقبال: _____

تقدم إدارة الصحة العامة من أجل حماية الصحة الجماعية والفردية، التطعيمات لجميع الضيوف المقيمين في مراكز الاستقبال الاستثنائية (CAS) ضد الأمراض التالية: الدفتيريا ، والتيتانوس، والسعال الديكي، والحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية، وجذري الماء، وشلل الأطفال، والتهاب الكبد الوبائي ب. .

يعلن الموقع أدناه ما يلي:

- أنني قرأت وفهمت المواد الإعلامية المتعلقة بالتطعيمات والأمراض التي يمكن الوقاية منها؛
- أنه أتاحت لي الفرصة لطرح أسئلة بخصوص اللقاح (اللقاحات) وحالتي الصحية، وحصلت على إجابات شاملة فهمتها؛
- أنني فهمت فوائد ومخاطر التطعيم (التطعيمات) وكذلك عواقب الرفض المحتمل أو التخلي عن إكمال الدورة المخططة بأكملها.

علاوة على ذلك، إدراكاً مني أن عدم التطعيم يمكن أن يتسبب في انتشار هذه الأمراض مع عواقب وخيمة محتملة على صحتي وصحة الأشخاص القريبين مني (أفراد الأسرة والضيوف الآخرين في المنشأة)، أعلن تحت مسؤوليتي أنني لا أرغب في إجراء التطعيمات التالية:

- ☐ تطعيم الخناق والكزاز والسعال الديكي
- ☐ التطعيم ضد الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية
- ☐ التطعيم ضد مرض الجدري
- ☐ التطعيم ضد التهاب الكبد الوبائي ب
- ☐ التطعيم ضد شلل الأطفال

أخيراً، تم إخباري أنه إذا كانت لدي أعراض متوافقة مع الأمراض المذكورة أعلاه، فسيتعين علي إبلاغ طبيبي ومسؤول الاتصال بـ CAS على الفور.

أخيراً، أعلن أنه تم إبلاغي بإمكانية تغيير اختياري وإجراء التطعيمات المقررة في أي وقت.

المكان و التاريخ

الإمضاء(اللقب و الاسم)

توقيع العامل في مجال الرعاية الصحية