



BORANG PERSETUJUAN SUNTIKAN VAKSIN COVID-19

SEJARAH KESIHATAN (Sila lengkapkan)

Adakah anda :

- a. Mengalami kesan sampingan (seperti demam, sakit kepala, mual, letih dan kemasukan ke hospital) kerana pengambilan vaksin COVID-19 sebelum ini? YA TIDAK
- b. Pernah mempunyai penyakit kronik atau teruk? YA TIDAK
- c. Adakah anda hamil atau bercadang untuk hamil? (bagi wanita sahaja) YA TIDAK
- d. Adakah anda sedang mengambil ubat-ubatan (preskripsi atau tanpa preskripsi)? YA TIDAK

Saya telah membaca dan memahami maklumat mengenai vaksin COVID-19 serta tujuan dan kaedah pemberian suntikan vaksin tersebut seperti yang tertera dalam Maklumat Vaksin COVID-19 Bagi Penerima Vaksin (Lampiran 1).

Dengan ini, saya memahaminya bahawa:

- pengambilan vaksin COVID-19 ini mungkin akan menimbulkan reaksi atau kesan sampingan seperti yang dinyatakan dalam Maklumat Vaksin COVID-19 Bagi Penerima Vaksin (Lampiran 1).
- saya bertanggungjawab ke atas risiko yang mungkin berlaku akibat keputusan / tindakan saya ini kerana manfaat vaksin adalah jauh lebih banyak berbanding dengan kesan sampingannya.
- vaksin ini tidak memberi jaminan sepenuhnya kepada saya daripada tidak mendapat jangkitan COVID-19 pada masa akan datang.
- dengan menandatangani persetujuan menerima vaksin COVID-19 ini, saya bersetuju dengan rela hati untuk melengkapkan jumlah pengambilan dos vaksin seperti yang dijadualkan.

Saya, No. K.P/ Polis/Tentera..... ***BERSETUJU / TIDAK BERSETUJU** mendapatkan suntikan Vaksin COVID-19 untuk *diri saya / *ibu bapa / *orang di bawah jagaan saya bernama No. K.P/ Polis/ Tentera

Tandatangan penerima / waris

Tandatangan Saksi

Nama :
No. Kad :
Pengenalan :
Tarikh :

Nama :
No. Kad :
Pengenalan :
Tarikh :

*potong yang tidak berkenaan

* Nota penting: sila rujuk maklumat lanjut mengenai Vaksin COVID-19 di Lampiran 1.

Terima kasih atas kerjasama yang diberi. Sila kembalikan borang ini kepada pihak klinik/ hospital.