

Individual Vaccine Consent Form

موافقة فردية على تلقي اللقاح

I the undersigned, hereby declare and certify the following:

أنا الموقع (ة) أدناه، أصرّح وأقرّ وما يلي:

- I understand that vaccination is voluntary, and I freely and willingly decided to receive the Sputnik V (Gam-COVID-Vac) vaccine (the "Vaccine") for COVID-19;
- I am at least 18 years of age;
- I have read and understood the Vaccine Contraindications and Precautions made available on the application <https://vaccine.pharmaline.com.lb>;
- I have no hypersensitivity to any component of the Vaccine;
- I have not experienced any severe allergic reaction in the past;
- I am not pregnant or breastfeeding;
- I have no autoimmune disease or disorder that tends to lead to severe and life-threatening conditions;
- I have no malignant neoplasms;
- I do not suffer from epilepsy.

- أدرك أنّ التلقيح إختياري، وقدّرت بكامل إرادتي الخالية من أي قيود تلقي لقاح سبوتنيك V (مركز غاماليا للأبحاث- كوفيد- لقاح) ("اللقاح") لكوفيد-19؛
- أبلغ من العمر 18 عاماً على الأقل؛
- قد قرأت وفهمت الموانع والإحتياطات المتعلقة باللقاح المتاحة على التطبيق الويب <https://vaccine.pharmaline.com.lb>؛
- لا أعاني من حساسية تجاه أي من مكونات اللقاح؛
- لم أعاني في السابق من أي تفاعل تحسّسي شديد؛
- لست حامل ولا أرضع طفلاً؛
- لا أعاني من مرض أو اضطراب مناعي ذاتي يمكن أن يؤدي إلى أمراض خطيرة قد تشكل خطراً على الحياة؛
- لا أعاني من أورام خبيثة؛
- لا أعاني من داء الصرع.

I understand that if I have any of the above conditions, (i) I could be at increased risk of having a negative reaction or problem from the Vaccine, (ii) I should consult my doctor, and (iii) that the decision of receiving the Vaccine should be based on the assessment of the benefit/risk ratio in each specific situation. I acknowledge that if I am undergoing immunosuppressive therapy or I am immunosuppressed, I may not develop a sufficient immune response.

أقرّ بأنني في حال كنتُ أعاني من أي من الأمراض المذكورة أعلاه، (i) قد أكون أكثر عرضة لمضاعفات سلبية أو مشكلة بسبب اللقاح، (ii) يجب عليّ استشارة طبيب و (iii) أي قرار تلقي اللقاح يجب أن يستند إلى تقييم نسبة الفوائد/المخاطر في كل حالة على حدة. كما أقرّ أنّه في حال كنتُ أتلقى علاجاً كابتاً للمناعة أو أعاني من نقص في المناعة، قد لا أقوم بتطوير إستجابة مناعية كافية.

I understand that the common risks associated with the Vaccine, include but are not limited to pain, redness or swelling at the site of injection, tiredness, headache, muscle pain, chills, joint pain, fever, nausea, feeling unwell or swollen lymph nodes. I further understand and acknowledge that the Vaccine may cause severe allergic reactions, which can include anaphylaxis (difficulty of breathing, swelling of the face and throat, a fast heartbeat, a rash all over the body, dizziness and/or weakness). I also understand and acknowledge that it is not possible to predict all possible side effects or complications associated with receiving the Vaccine.

أقرّ بأنّ المخاطر الشائعة المرتبطة باللقاح تشمل على سبيل المثال لا للحصر: الألم، الإحمرار أو التورّم في موقع الحقن، التعب، الصداع، الإم العضلات، القشعريرة، الإم المفاصل، الحمى، الغثيان، الشعور بتورّم أو تورّم الغدد الليمفاوية. كما أقرّ وأصرّح بأنّ اللقاح قد يسبّب تفاعلات تحسّسية شديدة، قد تشمل التاق (صعوبة في التنفس، تورّم الوجه والحلق، ضربات قلب سريعة، طفح جلدي متفشي في كلّ الجسم، الدوخة وأو الوهن)، كما أقرّ بأنّه من غير الممكن توقّع كل الآثار الجانبية أو المضاعفات المحتملة المرتبطة بتلقي اللقاح.

I understand that in order for the Vaccine to be effective, I must receive two doses, that it is solely my responsibility to be present at the vaccination center at the scheduled appointments for the two doses, and that my failure to appear for the scheduled appointment to receive the second dose will compromise the effectiveness of the Vaccine. I understand that I may be asked to remain at the vaccination center administration area for at least 30 minutes after the Vaccine is administered to be monitored for potential adverse reactions, and agree to report any complaints that I may have while there. After leaving the facility, I understand that if I experience any side effects, I should abide by the 'Adverse Events Following Immunization Reporting Procedures' set by the Lebanese Ministry of Public Health, call my physician or number 140, or go to the nearest emergency department if needed.

أقرّ بأنّه يجب أن أتلقى جرعتين من اللقاح لكي يكون فعالاً، أنّه يقع على عاتقي مسؤولية حضورني إلى مركز التلقيح في المواعيد المحددة لتلقي الجرعتين، وأنّ عدم حضورني للموعد المحدد لتلقي الجرعة الثانية يؤثّر على فعالية اللقاح. كما أقرّ بأنّه قد يُطلب منّي البقاء في مركز التلقيح لمدة 30 دقيقة على الأقل بعد تلقي اللقاح حيث سيتمّ مراقبتي للتأكد من عدم حدوث مضاعفات محتملة، وأنّ إبلاغ المعنيين في المركز عن أيّ شكوى أثناء تواجدي هناك. في حال شعرت بآثار الجانبية بعد مغادرة المركز، أنعهّد بالإلتزام بـ"إجراءات الإبلاغ عن الأحداث الجانبية إثر تلقي اللقاح" التي وضعتها وزارة الصحة العامة اللبنانية، الإتصال بطبيبي أو على الرقم ١٤٠، أو التوجّه إلى أقرب قسم طوارئ إذا لزم الأمر.

I confirm that my personal, demographic and health information, which I have provided directly or indirectly in connection with and for purposes of using the Vaccine (the "Personal Information") through the web application IMPACT (<https://covax.moph.gov.lb>) and/or the electronic platforms of Pharmatrade Sal and NextCare Lebanon Sal, is true, complete and accurate and not misleading. I understand that my Personal Information will be used to confirm my eligibility for receiving the Vaccine and the location of the vaccination center where I will be administered the Vaccine. I hereby give my consent to share my Personal Information with Pharmatrade Sal, NextCare Lebanon Sal, and the vaccination centers. I hereby further authorize Pharmatrade Sal and NextCare Lebanon Sal to store, use and disclose my Personal Information or any part thereof, and any and all information related to being administered the Vaccine, including but not limited to my outreach for scheduling, the date of my appointments, whether I appear for my appointments, and any information I disclose and/or report to Pharmatrade Sal and NextCare Lebanon Sal related to my experience with the Vaccine, including side effects or the development of COVID-19.

I understand and acknowledge that Pharmatrade Sal and NextCare Lebanon Sal do not provide medical advice and are not making any representations or warranties regarding the Vaccine, its efficiency, or its general safety. I assume full responsibility for any reaction that may result from my use of the Vaccine.

I acknowledge and understand that pursuant to Law no. 211 of 16/01/2021, Pharmatrade Sal, NextCare Lebanon Sal, and the vaccination center where the Vaccine will be administered to me, are not liable for any consequences resulting, inter alia, from the use of the Vaccine. I acknowledge that Pharmatrade Sal, NextCare Lebanon Sal, and the vaccination center where the Vaccine will be administered to me, are not liable for any damage, injury, or adverse effects caused by the Vaccine. I hereby, personally and on behalf of my heirs and legal representatives, irrevocably discharge and release Pharmatrade Sal, NextCare Lebanon Sal, and the vaccination center where the Vaccine will be administered to me, and/or their affiliates, including their officers, directors, managers, officials, employees, agents, representatives and their successors and assigns jointly and severally, from all past, present and future known or unknown obligations, liabilities, claims and/or suits of any nature whatsoever, and any costs, expenses, damages, and losses, which are based upon or arise out of or in connection with my use of the Vaccine.

This consent form is governed by Lebanese law. It has been drafted in English and translated to Arabic. In the event of conflict between the two versions, the English version shall prevail.

Full Name:

الإسم الكامل:

Date:

التاريخ:

Signature:

التوقيع:

أقر بأن بياناتي الشخصية والديموغرافية والصحية، التي صرحت عنها بشكل مباشر أو غير مباشر في سياق وبهدف تلقي اللقاح ("بياناتي الشخصية") من خلال المنصة الإلكترونية IMPACT (<https://covax.moph.gov.lb>) و/أو المنصات الإلكترونية التابعة لشركة فارماتريد ش.م.ل. وشركة نكست كير لبنان ش.م.ل.، هي صحيحة، كاملة، دقيقة وغير مضللة. أقر بأنه سيتم الاستناد على بياناتي الشخصية للتأكد من أهليتي لتلقي اللقاح وموقع مركز التلقيح حيث سأتلقي اللقاح. أوافق على أن يتم مشاركة بياناتي الشخصية مع شركة فارماتريد ش.م.ل. وشركة نكست كير لبنان ش.م.ل. ومراكز التلقيح. كما أسمح لكل من شركة فارماتريد ش.م.ل. وشركة نكست كير لبنان ش.م.ل. بجمع واستخدام وإفشاء كل أو جزء من بياناتي الشخصية، وأي معلومات متعلقة بتلقي اللقاح، على سبيل المثال لا للحصر، طلبي بتحديد موعد للتلقيح، تاريخ مواعيدي، ما إذا كنت التزمت بهذه المواعيد وبأي معلومات قد أفصح و/أو أبلغ عنها لشركة فارماتريد ش.م.ل. وشركة نكست كير لبنان ش.م.ل. المتعلقة بتجربتي مع اللقاح، بما في ذلك الآثار الجانبية أو إصابتي بكوفيد-19.

أقر بأن شركة فارماتريد ش.م.ل. وشركة نكست كير لبنان ش.م.ل. لا تقدّم استشارات طبية ولا تقدّم أي تعهدات أو ضمانات فيما يتعلق باللقاح أو فعاليته أو سلامة استعماله. كما أتحمل كامل المسؤولية عن أي مضاعفات سلبية قد تنتج عن تلقي اللقاح.

أقر بأنه وفقاً للقانون رقم ٢١١ تاريخ ٢٠٢١/٠١/١٦، لا يتحمل أي من شركة فارماتريد ش.م.ل. وشركة نكست كير لبنان ش.م.ل. ومركز التلقيح حيث سأتلقي اللقاح أي مسؤولية عن أي عواقب قد تنتج عن تلقي اللقاح. كما أقر بأنه لا يتحمل أي من شركة فارماتريد ش.م.ل. وشركة نكست كير لبنان ش.م.ل. ومركز التلقيح حيث سأتلقي اللقاح أي مسؤولية عن أي ضرر أو إصابة أو آثار جانبية ناتجة عن اللقاح، وعليه، جنت بموجبه، بصفتي الشخصية ونيابة عن ورثتي وممثلي القانونيين، أبرئ بشكل غير قابل الرجوع عنه ذمة شركة فارماتريد ش.م.ل. وشركة نكست كير لبنان ش.م.ل. ومركز التلقيح حيث سأتلقي اللقاح و/أو الشركات التابعة لهم، والمسؤولين والمدراء والموظفين والوكلاء والممثلين وخلفائهم والمتنازل لهم، متّحدين ومنفردين، من جميع الإلتزامات والمسؤوليات والمطالبات و/أو الدعاوى السابقة والحالية والمستقبلية أيًا كان نوعها سواء معروفة أو غير معروفة، وأي تكاليف، ونفقات، وأضرار، وخسائر، متعلقة بأي شكل أو ناتجة عن تلقي اللقاح.

إن هذه الموافقة خاضعة لأحكام القوانين اللبنانية. نظمت هذه الموافقة باللغة الإنكليزية، وتمت ترجمتها إلى اللغة العربية، على أن تعتمد اللغة الإنكليزية في حال وجود أي اختلاف بين النصين.