

صحيفة تعليمات كيفية تعبئة نموذج الموافقة على التطعيم في المدارس

1 اقرأ كتيب المعلومات الذي حصلت عليه حول اللقاحات والأمراض التي تقي منها.

2 اقطع صحيفة التعليمات هذه.

3 املأ كافة أجزاء القسمين 1 و2 من نموذج الموافقة على التحصين بالمدارس.

- في القسم 1، احرص على تدوين ما إذا كان الطالب يعاني من أي حساسية أو أصيب سابقاً بأي ردة فعل تحسسية ضد أحد اللقاحات.
- في حال سبق أن حصل الطالب على أي من هذه اللقاحات، احرص على تدوين تواريخ إعطاء هذه اللقاحات في القسم 2. من شأن هذا أن يساعد الممرضة على تحديد اللقاحات المطلوبة.

4 وقّع ودوّن التاريخ في أسفل القسم 2.

5 أعد نموذج الموافقة هذا إلى المدرسة.

من المحتمل أن تتصل بكم إدارة الصحة العامة في حال احتاجت إلى معلومات إضافية. بعد حصول الطالب على جميع اللقاحات التي وافقتم عليها، سيتم تحديث سجل التطعيمات الإلكتروني الخاص بهم.

يجب توقيع وإعادة نموذج الموافقة على التطعيم بالمدارس
حتى في حال لم تكن تريد أن يحصل الطالب على أي من اللقاحات.

إذا لم تكن متأكدًا، اسأل!

إذا كانت لديك أي أسئلة حول اللقاحات أو لم تفهم أي معلومات، اتصل بمكتب الصحة العامة المحلي. سوف تجد معلومات الاتصال بالجهة الخلفية من كتيب البرنامج المدرسي للتحصين أو على الموقع التالي: www.nshealth.ca/public-health

School Immunization Consent Form

نموذج الموافقة على التطعيم بالمدارس

يغطي نموذج الموافقة هذا اللقاحات التالية: لقاح التهاب الكبد ب؛ لقاح فيروس الورم الحليمي البشري ٩؛ اللقاح الرباعي ضد السحايا؛ ولقاح التيتانوس والدفتيريا والشاهوق غير الخلوي. تلتزم صحة نونفا سكوشا بحماية سرية معلوماتكم الصحية الشخصية طبقاً لقانون المعلومات الصحية الشخصية. يتم تجميع بيانات التطعيم من قبل إدارة الصحة العامة وتستخدم لإنشاء التقارير بهدف دعم فرق التخطيط والإدارة وتقييم معدلات التغطية في نونفا سكوشا.

يرجى تعبئة القسمين 1 و 2

قسم ١: بيانات الطالب

الاسم الكامل: _____ الصف: _____
 الاسم المفضل: _____
 العنوان: _____
 الرمز البريدي: _____
 اسم ولي الأمر / الوصي: _____
 هاتف ولي الأمر خلال النهار: _____
 اسم طبيب العائلة / اسم الممرضة الممارسة: _____
 اسم المدرسة: _____
 اسم المدرس ورقم القاعة: _____
 رقم البطاقة الصحية: _____ تاريخ الميلاد: _____
 العام _____ الشهر _____ اليوم _____
 هل يعاني الطالب من أي حساسية؟ كلا نعم في حال الإيجاب، يرجى إدراج أنواع الحساسية. _____
 هل تعرض الطالب سابقاً لأي حساسية بعد حصوله على أحد اللقاحات؟ كلا نعم في حال الإيجاب، يرجى التوضيح: _____

قسم 2: موافقة الوالد/ولي الأمر - ملحوظة: يمكن للناصر البالغ تغيير موافقة الوالد/الوصي إذا ما اعتبر قادراً على ذلك.

- لقد قرأت المعلومات التي أعطيت لي حول هذه اللقاحات الأربعة، وأنا أفهم المنافع والمخاطر والآثار الجانبية التي من المحتمل أن ينطوي عليها كل لقاح.
- تبقى هذه الموافقة سارية إلى حين الحصول على جميع جرعات اللقاحات إلا في حال إلغاء موافقتي خطياً.
- بموجب التوقيع أدناه، أوافق على منح اللقاحات التالية (يرجى وضع إشارة في خانة «نعم» أو «كلا» لكل من اللقاحات والخضوع للعلاج الطارئ (إيبينفرين مثلاً)، إذا ما دعت الحاجة:

لقاح التهاب الكبد ب (جرعتان)

نعم، أوافق كلا، لا أوافق

إذا سبق للطالب أن تلقى لقاح التوينركس، يرجى تدوين التواريخ: جرعة 1: _____ جرعة 2: _____ جرعة 3: _____
 إذا سبق للطالب أن تلقى لقاح التهاب الكبد ب، يرجى تدوين اسم اللقاح: _____
 والتواريخ: جرعة 1: _____ جرعة 2: _____ جرعة 3: _____

لقاح فيروس الورم الحليمي البشري 9 (جرعتان)

نعم، أوافق كلا، لا أوافق

إذا سبق للطالب أن تلقى هذا اللقاح، يرجى تدوين اسم اللقاح: _____
 والتواريخ: جرعة 1: _____ جرعة 2: _____ جرعة 3: _____

اللقاح الرباعي ضد السحايا (جرعة 1)

نعم، أوافق كلا، لا أوافق

إذا تلقى الطالب مؤخراً هذا اللقاح، يرجى تدوين اسم اللقاح: _____ والتاريخ: _____

لقاح التيتانوس، لدفتيريا والشاهوق غير الخلوي (Tdap) (جرعة 1)

نعم، أوافق كلا، لا أوافق

إذا تلقى الطالب مؤخراً هذا اللقاح، يرجى تدوين اسم اللقاح: _____ والتاريخ: _____

التوقيع إلزامي

التوقيع: _____ الاسم مطبوعاً: _____
 (ولي الأمر/الوصي) (ولي الأمر/الوصي)
 من المحتمل أن تتصل بكم إدارة الصحة العامة إذا ما احتاجت إلى معلومات إضافية.

يُعبأ هذا القسم من قبل ممرضة الصحة العامة أو الممرضة الممارسة المجازة TO BE COMPLETED BY THE PUBLIC HEALTH NURSE OR LICENSED PRACTICAL NURSE

Hepatitis B Vaccine	Vaccine Trade Name: _____
1st Dose: _____ Site: Rt arm <input type="checkbox"/> Lt arm <input type="checkbox"/>	Route: IM <input type="checkbox"/> Lot # _____
Time: _____ Date: _____ Signature: _____	
2nd Dose: _____ Site: Rt arm <input type="checkbox"/> Lt arm <input type="checkbox"/>	Route: IM <input type="checkbox"/> Lot # _____
Time: _____ Date: _____ Signature: _____	
Human Papillomavirus (HPV 9) Vaccine	Vaccine Trade Name: _____
1st Dose: _____ Site: Rt arm <input type="checkbox"/> Lt arm <input type="checkbox"/>	Route: IM <input type="checkbox"/> Lot # _____
Time: _____ Date: _____ Signature: _____	
2nd Dose: _____ Site: Rt arm <input type="checkbox"/> Lt arm <input type="checkbox"/>	Route: IM <input type="checkbox"/> Lot # _____
Time: _____ Date: _____ Signature: _____	
Meningococcal Quadrivalent Vaccine	Vaccine Trade Name: _____
1 Dose: _____ Site: Rt arm <input type="checkbox"/> Lt arm <input type="checkbox"/>	Route: IM <input type="checkbox"/> Lot # _____
Time: _____ Date: _____ Signature: _____	
Tetanus, Diphtheria, and Acellular Pertussis (Tdap) Vaccine	Vaccine Trade Name: _____
1 Dose: _____ Site: Rt arm <input type="checkbox"/> Lt arm <input type="checkbox"/>	Route: IM <input type="checkbox"/> Lot # _____
Time: _____ Date: _____ Signature: _____	