

## 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](http://www.nshealth.ca/public-health)

يرجى إعادة هذا النموذج إلى المدرسة. بعد تلقي الطالب جميع اللقاحات التي وافقتم عليها، سيتم تحديث سجل التطعيمات الإلكتروني الخاص بهم. يرجى استخدام قلم جاف في حال تعبئة النموذج الورقي.

## 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 والدفتريريا والشاهوق غير الخلوي. تلتزم صحة نوفا 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 نوفا سكوشا. للمزيد من المعلومات عن البرنامج المدرسي للتحصين واللقاحات المتوفرة، يُرجى الاطلاع على دليل المعلومات الموجود في الرابط التالي: <https://www.nshealth.ca/patient-education-resources/ar13190>

### يرجى تعبئة القسمين 1 و 2

قسم ١: بيانات الطالب	الصف: _____
الاسم الكامل: _____	الاسم المستخدم: _____
العنوان: _____	الرمز البريدي: _____
الوالد/ولي الأمر	الوالد/ولي الأمر آخر
الإسم: _____	الإسم: _____
رقم هاتف شغال: _____	رقم هاتف شغال: _____
البريد الإلكتروني: _____	البريد الإلكتروني: _____
إسم طبيب/ة العائلة / إسم الممرض/ة الممارس/ة: _____	اسم المدرس ورقم القاعة: _____
إسم المدرسة: _____	(إذا كان معروفاً)
رقم البطاقة الصحية: _____	تاريخ الميلاد: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
هل يعاني الطالب من أي حساسية؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم في حال الإجابة بنعم، يرجى إدراج أنواع الحساسية.	_____
هل تعرض الطالب سابقاً لأي حساسية بعد حصوله على أحد اللقاحات؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم في حال الإجابة بنعم، يرجى التوضيح: _____	_____

قسم 2: موافقة الوالد/ولي الأمر - ملحوظة: يمكن للناصر البالغ تغيير موافقة الوالد/ولي الأمر 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.	_____
• من خلال ملء هذه الاستمارة، أقرّ بأنني أملك السلطة القانونية لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بالطالب المذكور في استمارة الموافقة.	_____
• بموجب التوقيع أدناه، أوافق على منح اللقاحات التالية (يرجى وضع إشارة في خانة «نعم» أو «كلا» لكل من اللقاحات) والخضوع للعلاج الطارئ (إبينفرين مثلاً)، إذا ما دعت الحاجة:	_____
لقاح التهاب الكبد ب (جرعتان)	_____
<input type="checkbox"/> نعم، أوافق <input type="checkbox"/> كلا، لا أوافق	_____
إذا سبق للطالب أن تلقى لقاح التوينكس، يرجى تدوين التاريخ: جرعة 1: _____ جرعة 2: _____ جرعة 3: _____	_____
إذا سبق للطالب أن تلقى لقاح التهاب الكبد ب، يرجى تدوين اسم اللقاح: _____ جرعة 1: _____ جرعة 2: _____ جرعة 3: _____	_____
لقاح فيروس الورم الحليمي البشري 9 (جرعة 1)	_____
<input type="checkbox"/> نعم، أوافق <input type="checkbox"/> كلا، لا أوافق	_____
إذا سبق للطالب أن تلقى هذا اللقاح، يرجى تدوين اسم اللقاح: _____ جرعة 1: _____ جرعة 2: _____ جرعة 3: _____	_____
لقاح الرباعي ضد السحايا (جرعة 1)	_____
<input type="checkbox"/> نعم، أوافق <input type="checkbox"/> كلا، لا أوافق	_____
إذا سبق للطالب أن تلقى هذا اللقاح، يرجى تدوين اسم اللقاح: _____ والتاريخ: _____	_____
لقاح التيتانوس والدفتريريا والشاهوق غير الخلوي (Tdap) (جرعة 1)	_____
<input type="checkbox"/> نعم، أوافق <input type="checkbox"/> كلا، لا أوافق	_____
إذا سبق للطالب أن تلقى هذا اللقاح، يرجى تدوين اسم اللقاح: _____ والتاريخ: _____	_____
التوقيع إلزامي	_____
التوقيع: _____	_____
(الوالد/ولي الأمر)	(الوالد/ولي الأمر)
الاسم مطبوعاً: _____	_____
التاريخ: _____	_____
من المحتمل أن تتصل بكم إدارة الصحة العامة إذا ما احتاجت إلى معلومات إضافية.	_____

يُعبأ هذا القسم من قبل ممرض/ة الصحة العامة أو الممرض/ة الممارس/ة المجاز/ة

**TO BE COMPLETED BY THE PUBLIC HEALTH NURSE OR LICENSED PRACTICAL NURSE**

**Hepatitis B Vaccine**

Vaccine Trade Name: \_\_\_\_\_

1st Dose: \_\_\_\_\_ Site: Rt arm  Lt arm  Route: IM  Lot # \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

2nd Dose: \_\_\_\_\_ Site: Rt arm  Lt arm  Route: IM  Lot # \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

**Human Papillomavirus (HPV 9) Vaccine**

Vaccine Trade Name: \_\_\_\_\_

1 Dose: \_\_\_\_\_ Site: Rt arm  Lt arm  Route: IM  Lot # \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

**Meningococcal Quadrivalent Vaccine**

Vaccine Trade Name: \_\_\_\_\_

1 Dose: \_\_\_\_\_ Site: Rt arm  Lt arm  Route: IM  Lot # \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

**Tetanus, Diphtheria, and Acellular Pertussis (Tdap) Vaccine** Vaccine Trade Name: \_\_\_\_\_

1 Dose: \_\_\_\_\_ Site: Rt arm  Lt arm  Route: IM  Lot # \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_