

صحيفة تعليمات لتعبئة

نموذج موافقة ولي الأمر على تحسين طلبة المدارس

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

2 **إنزع** صحيفة التعليمات هذه.

3 **إملاً** كافة أجزاء القسمين 1 و2 في نموذج موافقة ولي الأمر على تطعيم طلبة المدارس.

- في الفقرة 1، إحرص على تدوين ما إذا كان طفلك يعاني من حساسية أو أي ردة فعل تحسسية أخرى ضد مادة أو لقاح معين.
- في حال سبق أن حصل طفلك على أي من هذه اللقاحات، إحرص على تدوين تواريخ إعطاء هذه اللقاحات في القسم 2. من شأن هذا أن يساعد الممرضة على تحديد اللقاحات التي يحتاج إليها طفلك.

4 **وَقّع** و**دوّن التاريخ** في أسفل القسم 2.

5 **أعد** نموذج موافقة ولي الأمر على التطعيم إلى المدرسة التي يلتحق بها طفلك.

من المحتمل أن تتصل بك إدارة الصحة العامة إذا ما احتاجت إلى معلومات إضافية. بعد حصول طفلك على جميع اللقاحات التي وافقت عليها، سيُمنح سجلاً بالتطعيمات التي تلقاها.

يجب توقيع وإعادة نموذج موافقة ولي الأمر على التطعيم إلى مدرسة طفلك حتى في حال عدم موافقتك على إعطاء طفلك أي من اللقاحات.

إذا لم تكن متأكدًا، إستفسر!

إذا كانت لديك أي أسئلة حول اللقاحات، أو واجهتك صعوبات في فهم أي معلومات، اتصل بمكتب الصحة العامة المحلي. تجد معلومات الاتصال في الجهة الخلفية من كتيب البرنامج المدرسي للتحسين أو في الموقع الإلكتروني لإدارة الصحة العامة: www.nshealth.ca/public-health

School Immunization Consent Form

نموذج موافقة ولي الأمر على تطعيم طلبة المدارس

يغطي هذا النموذج 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 الإجمالية من قبل إدارة الصحة العامة وتستخدم لإنشاء التقارير بهدف دعم فرق التخطيط والإدارة وتقييم معدلات تغطية اللقاحات في نونفا سكوشا.

يرجى تعبئة القسمين 1 و 2

قسم ١: بيانات الطالب	الصف: _____
الاسم الكامل: _____	العنوان: _____
اسم ولي الأمر/ الوصي: _____	الرمز البريدي: _____
هاتف ولي الأمر خلال النهار: _____	البريد الإلكتروني لولي الأمر: _____
اسم طبيب العائلة/اسم الممرضة: _____	اسم المدرسة واسم المدرس ورقم القاعة: _____
رقم البطاقة الصحية: _____	تاريخ الميلاد: _____
	العام _____ الشهر _____ اليوم _____
هل تعرض طفلكم للحساسية أو أي ردة فعل أخرى بعد حصوله على أي لقاح؟	
نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	
في حال الإيجاب، يرجى التوضيح: _____	

قسم 2: موافقة الوالد/ولي الأمر
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 حصول الطالب على جميع جرعات اللقاحات إلا في حال إلغاء موافقتي خطياً. بموجب التوقيع أدناه، أوافق على إعطاء اللقاحات التالية (يرجى وضع إشارة في خانة «نعم» أو «كلا» لكل من اللقاحات) والخضوع للعلاج الطارئ (الإبينفرين مثلاً)، إذا ما دعت الحاجة.
لقاح التهاب الكبد ب (جرعتان)
نعم، أوافق <input type="checkbox"/> كلا، لا أوافق <input type="checkbox"/>
إذا سبق لطفلكم أن تلقى لقاح التوينكس، يرجى تدوين التواريخ: جرعة 1: _____ جرعة 2: _____ جرعة 3: _____
إذا سبق لطفلكم أن تلقى لقاح التهاب الكبد ب، يرجى تدوين اسم اللقاح: _____ جرعة 1: _____ جرعة 2: _____ جرعة 3: _____
لقاح فيروس الورم الحليمي البشري 9 (جرعتان)
نعم، أوافق <input type="checkbox"/> كلا، لا أوافق <input type="checkbox"/>
إذا سبق لطفلكم أن تلقى هذا اللقاح، يرجى تدوين اسم اللقاح: _____ جرعة 1: _____ جرعة 2: _____ جرعة 3: _____
اللقاح الرباعي ضد السحايا (جرعة 1)
نعم، أوافق <input type="checkbox"/> كلا، لا أوافق <input type="checkbox"/>
إذا تلقى طفلكم مؤخراً هذا اللقاح، يرجى تدوين اسم اللقاح: _____ والتاريخ: _____
لقاح التيتانوس، الدفتيريا والشاهوق غير الخلوي (Tdap) (جرعة 1)
نعم، أوافق <input type="checkbox"/> كلا، لا أوافق <input type="checkbox"/>
إذا تلقى طفلكم 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.

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

يعبأ هذا القسم من قبل ممرضة الصحة العامة أو الممرضة المرخصة

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: _____	