

## صحيفة تعليمات لتعبئة

# نموذج موافقة ولي الأمر على تحصين طلبة المدارس

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

2 إنزع صحيفة التعليمات هذه.

3 إملأ 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 وقّع ودوّن 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 للتحصين أو في الموقع الإلكتروني لإدارة الصحة العامة: [www.nshealth.ca/public-health](http://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 والدفتريريا والشاهوق غير الخلوي. تلتزم هيئة الصحة في نوفا سكوشا بالحفاظ على سرية معلوماتكم الشخصية الصحية طبقاً لأحكام قانون المعلومات الصحية الشخصية.

### يرجى تعبئة القسمين 1 و 2

قسم ١: بيانات الطالب  
 الاسم الكامل: \_\_\_\_\_  
 اسم ولي الأمر/ الوصي: \_\_\_\_\_  
 الصف: \_\_\_\_\_  
 العنوان: \_\_\_\_\_  
 الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
 هاتف ولي الأمر خلال النهار: \_\_\_\_\_  
 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؟  
 كلا  نعم 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):

لقاح التهاب الكبد ب (جرعتان)  
 نعم، أوافق  كلا، لا أوافق  
 إذا سبق لطفلكم أن تلقى لقاح التوينر كس، يرجى تدوين التواريخ: جرعة 1: \_\_\_\_\_ جرعة 2: \_\_\_\_\_ جرعة 3: \_\_\_\_\_  
 إذا سبق لطفلكم 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 لطفلكم 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 طفلكم مؤخراً هذا اللقاح، يرجى تدوين اسم اللقاح: \_\_\_\_\_ والتاريخ: \_\_\_\_\_

لقاح التيتانوس، الدفتريريا والشاهوق غير الخلوي (Tdap) (جرعة 1)  
 نعم، أوافق  كلا، لا أوافق  
 إذا تلقى طفلكم مؤخراً هذا اللقاح، يرجى تدوين اسم اللقاح: \_\_\_\_\_ والتاريخ: \_\_\_\_\_

التوقيع إلزامي  
 التوقيع: \_\_\_\_\_ (ولي الأمر/الوصي) الاسم مطبوعاً: \_\_\_\_\_ (ولي الأمر/الوصي) التاريخ: \_\_\_\_\_  
 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: _____	