

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

يرجى إعادة هذا النموذج إلى المدرسة. بعد تلقي الطالب جميع اللقاحات التي وافقتم عليها، سيتم تحديث سجل التطعيمات الإلكتروني الخاص بهم. يرجى استخدام قلم حبر 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 9؛ اللقاح الرباعي ضد السحايا؛ ولقاح التيتانوس والدفتيريا والشاهوق غير الخلوي. تلتزم صحة نوكشا 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 نوكشا سكوشا.

يرجى تعبئة القسمين 1 و 2

قسم 1: بيانات الطالب	الصف: _____
الاسم الكامل: _____	الاسم المفضل: _____
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: _____	تاريخ الميلاد: _____
رقم البطاقة الصحية: _____	العام _____ الشهر _____ اليوم _____
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 التوينركس، يرجى تدوين التواريخ: 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 (جرعتان)
<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 تلقى الطالب مؤخراً هذا اللقاح، يرجى تدوين اسم اللقاح: _____ والتاريخ: _____
لقاح التيتانوس والدفتيريا والشاهوق غير الخلوي (Tdap) (جرعة 1)
<input type="checkbox"/> نعم، أوافق <input type="checkbox"/> كلا، لا أوافق
إذا تلقى الطالب مؤخراً هذا اللقاح، يرجى تدوين اسم اللقاح: _____ والتاريخ: _____
التوقيع إلزامي
التوقيع: _____ (الوالد/ولي الأمر) الاسم مطبوعاً: _____ (الوالد/ولي الأمر) 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: _____

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: _____

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: _____