

إقرار الموافقة على التطعيم الوقائي
ضد التهاب الكبد فئة ب
بلفاح إنجيريكس-بي ١٠ ميكروغرام/ ٠.٥ مل

لا	نعم	يرجى الإجابة على الأسئلة التالية (يرجى وضع علامة في المربع المناسب)
☐	☐	هل سبق وأن عانى طفلك من أعراض خطيرة أو آثار جانبية بعد التطعيم، بخلاف التفاعلات الموضعية الخفيفة مثل الاحمرار أو التورم أو الألم في مكان الابرّة أو الحمى الخفيفة؟ إذا كان الأمر كذلك، فأَيُّ منها؟
☐	☐	هل يعاني طفلك من الحمى حالياً أو في آخر أسبوعين؟ هل يعاني طفلك حالياً من السعال، أو سيلان الأنف، أو ألم في الحلق؟ هل هناك أيّ عدوى أخرى في الوقت الحالي؟
☐	☐	هل يعاني طفلك من حساسية (مثلاً من بياض البيض الدجاج والأدوية)؟ إذا كان الأمر كذلك، فأَيُّ منها؟
☐	☐	إذا كان طفلك يتلقّى حالياً علاجاً بالحقن للمواد المسببة للحساسية: متى حصل على الجرعة الأخيرة؟
☐	☐	متى يفترض إعطاءه الجرعة القادمة؟
☐	☐	هل يعاني طفلك من نقص المناعة/مرض المناعة الخلقي أو المكتسب؟ إذا كان الأمر كذلك، فأَيُّ منها؟
☐	☐	هل يتناول طفلك بانتظام أدوية (مثلاً كورتيكوستيرويدات، أو تشييط الخلايا، أو لتسييل الدّم)؟ إذا كان الأمر كذلك، فأَيُّ منها؟
☐	☐	هل يتلقّى طفلك حالياً علاج كيميائي و/أو علاج إشعاعي؟
☐	☐	هل يعاني طفلك من مرض خطير أو مزمن (مثل السرطان، أو أمراض المناعة الذاتية، أو اضطراب تخثر الدّم)؟ إذا كان الأمر كذلك، فأَيُّ واحد منها؟
☐	☐	هل اضطرّ طفلك مؤخراً إلى الخضوع لتدخل علاجي (مثل عملية جراحية)؟
☐	☐	هل يعاني طفلك من مرض التهابي مزمن في الدماغ أو النخاع الشوكي؟
☐	☐	هل سبق وأن أصيب طفلك بنوبات صرع؟
☐	☐	هل تلقّى طفلك دم أو منتجات الدّم أو الغلوبولين المناعي في آخر ٣ أشهر؟ إذا كان الأمر كذلك، فمتى؟
☐	☐	إذا كانت المراهقة حاملاً، يرجى وضع علامة في المربع!
☐	☐	هل تلقّى طفلك أيّ تطعيم آخر في ال ٤ أسابيع الفائتة؟ إذا كان الأمر كذلك، فأَيُّ منها ومتى؟

أقلب الصفحة من فضلك - شكراً لك!

يرجى ملء المعلومات التالية بالأحرف اللاتينية الكبيرة المنفصلة - شكرا لك!

مدرسة الطفل	صف الطفل
كنية الطفل	اسم الطفل
العنوان	
رقم الضمان الاجتماعي وتاريخ ميلاد الطفل: XXXX يوم/شهر/سنة	
اسم ولي الأمر	
رقم الضمان الاجتماعي وتاريخ ميلاد ولي الأمر: XXXX يوم/شهر/سنة	

أؤكد بتوقيعي بأنني قرأت بعناية نشرة المعلومات وتعليمات الاستخدام للّقاح المذكور أعلاه (إنجيريكس-بي ١٠ ميكروغرام/ ٠.٥ مل) وفهمتها. تمّ إبلاغي هناك بتركيبة اللّقاح، وكذلك موانع الاستعمال والآثار الجانبية المحتملة للتّطعيم وفهمت هذه المعلومات.

لقد أتيت لي الفرصة لمناقشة الأسئلة المفتوحة مع الطّبيب/الطّبيبة خلال ساعات عمل الخدمة الطّبيّة المدرسيّة، لكنني على دراية كافية بفوائد ومخاطر التّطعيم وبالتالي لا أحتاج إلى محادثة شخصيّة.

أوافق على نقل البيانات إلى دائرة الخدمات الصّحيّة (قسم البلديّة ١٥) حتّى تتمكّن هذه من تجميع إحصاءات مجهولة الهوية لصالح (الوزارة الاتّحادية للشؤون الاجتماعيّة والصّحة والرّعاية وحماية المستهلك).

أوافق على إجراء التّطعيم الوقائي.

التّاريخ	توقيع وليّ الأمر
----------	------------------

ملاحظة:

إذا كنت ترغب في الاستفادة من فرصة إجراء محادثة شخصيّة مع الطّبيب/الطّبيبة خلال ساعات عمل الخدمة الطّبيّة المدرسيّة، فإننا نرجو منك التّوقيع على إقرار الموافقة هذا فقط بعد الحصول على المحادثة التوضيحيّة وتسليمها إلى طبيب/طبيبة المدرسة شخصيّاً.

رقم الدّفعة:	
ملاحظات الطّبيب/الطّبيبة:	
التّاريخ	خاتم وتوقيع الطّبيب/الطّبيبة