



إقرار الموافقة على التطعيم الوقائي  
ضد المكورات السحائية A و C و W135 و Y  
بلفاح نيمين ريكس®

| لا                       | نعم                      | يرجى الإجابة على الأسئلة التالية<br>(يرجى وضع علامة في المربع المناسب)                                                                                                                                       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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؟<br>إذا كان الأمر كذلك، فأَيُّ منها؟ ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يعاني طفلك من الحمى حالياً أو في آخر أسبوعين؟<br>هل يعاني طفلك حالياً من السعال، أو سيلان الأنف، أو ألم في الحلق؟<br>هل هناك أيّ عدوى أخرى في الوقت الحالي؟ .....                                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يعاني طفلك من حساسية (مثلاً من بياض ببيض الدجاج والأدوية)؟<br>إذا كان الأمر كذلك، فأَيُّ منها؟ .....                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | إذا كان طفلك يتلقّى حالياً علاجاً بالحقن للمواد المسببة للحساسية:<br>متى حصل على الجرعة الأخيرة؟ .....                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | متى يفترض إعطاءه الجرعة القادمة؟ .....                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يعاني طفلك من نقص المناعة/مرض المناعة الخلقي أو المكتسب؟<br>إذا كان الأمر كذلك، فأَيُّ منها؟ .....                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يتناول طفلك بانتظام أدوية (مثلاً كورتيكوستيرويدات، أو تثبيط الخلايا، أو لتسييل الدم)؟<br>إذا كان الأمر كذلك، فأَيُّ منها؟ .....                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يتلقّى طفلك حالياً علاج كيميائي و/أو علاج إشعاعي؟<br>.....                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يعاني طفلك من مرض خطير أو مزمن (مثل السرطان، أو أمراض المناعة الذاتية، أو اضطراب تخثر الدم)؟<br>إذا كان الأمر كذلك، فأَيُّ واحد منها؟ .....                                                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل اضطرّ طفلك مؤخراً إلى الخضوع لتدخل علاجي (مثل عملية جراحية)؟                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يعاني طفلك من مرض التهابي مزمن في الدماغ أو النخاع الشوكي؟<br>.....                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل سبق وأن أصيب طفلك بنوبات صرع؟ .....                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل تلقّى طفلك دم أو منتجات الدم أو الغلوبولين المناعي في آخر ٣ أشهر؟<br>إذا كان الأمر كذلك، فمتى؟ .....                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | إذا كانت المراهقة حاملاً، يرجى وضع علامة في المربع!                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل تلقّى طفلك أيّ تطعيم آخر في ال ٤ أسابيع الفاتئة؟<br>إذا كان الأمر كذلك، فأَيُّ منها ومتى؟ .....                                                                                                           |

أقلب الصفحة من فضلك - شكراً لك!

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

|                                                                          |                       |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| -----<br>صفّ الطّفل                                                      | -----<br>مدرسة الطّفل |
| -----<br>اسم الطّفل                                                      | -----<br>كنية الطّفل  |
| -----<br>العنوان                                                         |                       |
| -----<br>رقم الضّمان الاجتماعي وتاريخ ميلاد الطّفل: XXXX يوم/شهر/سنة     |                       |
| -----<br>اسم وليّ الأمر                                                  |                       |
| -----<br>رقم الضّمان الاجتماعي وتاريخ ميلاد وليّ الأمر: XXXX يوم/شهر/سنة |                       |

أؤكد بتوقيعي بأنّي قرأت بعناية نشرة المعلومات وتعليمات الاستخدام للّقاح المذكور أعلاه (م-م-آر فاكس برو®) 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 الطّبية المدرسية، لكنني على دراية كافية بفوائد ومخاطر التّطعيم وبالتالي لا أحتاج إلى محادثة شخصية.

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

أوافق على إجراء التّطعيم الوقائي.

|                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| .....<br>توقيع وليّ الأمر | .....<br>التّاريخ |
|---------------------------|-------------------|

#### ملاحظة:

إذا كنت ترغب في الاستفادة من فرصة إجراء محادثة شخصية مع الطّبيب/الطّبيبة خلال ساعات عمل الخدمة الطّبية المدرسية، فإننا نرجو منك التّوقيع على إقرار الموافقة هذا فقط بعد الحصول على المحادثة التوضيحية وتسليمها إلى طبيب/طبيبة المدرسة شخصياً.

|                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| .....<br>رقم الدّفعة:                 | .....<br>ملاحظات الطّبيب/الطّبيبة: |
| .....<br>خاتم وتوقيع الطّبيب/الطّبيبة | .....<br>التّاريخ                  |