

نموذج الموافقة على التطعيم لطلاب الصف السابع
برنامج الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات

املأ جميع المناطق المظلمة بهذا النموذج، ووقع عليه وأعدده إلى المدرسة قبل تاريخ العيادة

اللقب Last Name	الاسم الأول First Name	رقم بطاقة أونتاريو الصحية Ontario Health Card Number
تاريخ الميلاد (السنة / الشهر / اليوم) Date of Birth (Year/Month/Day)	المدرسة School	اسم المعلم(ة) Teachers Name
الجنس (ضع دائرة على اختيار واحد) Gender (Circle one) ذكر أنثى غير ذلك Male Female Other	اسم ولي الأمر / الوصي القانوني Parent/Legal Guardian Name	رقم هاتف ولي الأمر (خلال النهار) Parent Phone Number (Daytime)

هل يعاني الطالب من حساسية تجاه: الخميرة أو اللاتكس أو الثيمبروسال أو التروميثامين أو الدفتيريا / ذوفان الكزاز؟	نعم Yes	لا No
هل أصيب الطالب برد فعل خطير تجاه أحد اللقاحات من قبل؟	نعم Yes	لا No
هل لدى الطالب تاريخ من الإغماء أو النوبات؟	نعم Yes	لا No
هل يعاني الطالب من اضطراب نزفي؟	نعم Yes	لا No
هل الطالبة حامل؟	نعم Yes	لا No
هل يعاني الطالب من نقص المناعة؟	نعم Yes	لا No
يلزم التوقيع على الموافقة من قبل ولي الأمر / الوصي القانوني لكل نوع من أنواع اللقاحات أدناه		

الموافقة: أنا ولي الأمر أو الوصي القانوني للطالب المذكور أعلاه، قد قرأت صحيفة الحقائق المقدمة لي عن اللقاحات وفهمت الفوائد المتوقعة والمخاطر المحتملة والآثار الجانبية. لقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة والبحث عن إجابات حول اللقاح (اللقاحات). أدرك أن لقاح المكورات السحائية ACYW إلزامي للالتحاق بالمدرسة. هذه الموافقة سارية المفعول حتى يتم إعطاء جميع الجرعات، وأنه يمكن سحب الموافقة في أي وقت عن طريق الاتصال بالوحدة الصحية.

يرجى ملاحظة ما يلي: إذا كان الطالب قد تلقى جرعات سابقة من هذا اللقاح (اللقاحات)، ستحدد الممرضة ما إن كان يلزم إعطاء جرعات إضافية، وفقاً لجدول التطعيم في أونتاريو ودليل التطعيم الكندي. إذا وقعت على الخط الذي يمنح الموافقة على هذا اللقاح المحدد، فأنت توافق على إعطاء أي جرعات متبقية وبالتالي إنهاء السلسلة للحصول على الحماية المثلى.

HPV لقاح فيروس الورم الحليمي البشري أوافق على إعطاء لقاح فيروس الورم الحليمي : X اكتب اسم ولي الأمر / الوصي القانوني بخط واضح X توقيع اسم ولي الأمر / الوصي القانوني التاريخ: الجرعات السابقة المعطاة: (أدخل التاريخ الدقيق واسم الطبيب ورقم الهاتف)	Hep B لقاح التهاب الكبد الوبائي ب أوافق على إعطاء لقاح التهاب الكبد الوبائي ب : X اكتب اسم ولي الأمر / الوصي القانوني بخط واضح X توقيع اسم ولي الأمر / الوصي القانوني التاريخ: الجرعات السابقة المعطاة: (بما في ذلك - توينريكس الأطفال والبالغين - حدد الجرعة) (أدخل التاريخ الدقيق واسم الطبيب ورقم الهاتف)	لقاح المكورات السحائية ACYW أوافق على إعطاء لقاح المكورات السحائية : X اكتب اسم ولي الأمر / الوصي القانوني بخط واضح X توقيع اسم ولي الأمر / الوصي القانوني التاريخ: الجرعات السابقة المعطاة: (لا تشمل لقاح Men- C نيسفاك ومينجوغيت) (أدخل التاريخ الدقيق واسم الطبيب ورقم الهاتف)
Clinic use only:	Clinic use only Dose #1: Recombivax / Engerix	Clinic use only Dose #1:
Lot #:	Lot #:	Lot #:
Expiry Date:	Expiry Date:	Expiry Date:
Dose date:	Dose date:	Dose date:
Time given:	Time given:	Time given:
R del L del 1.5"	R del L del 1.5"	R del L del 1.5"
Nurse:	Nurse:	Nurse:

Complete after 1 dose: 

See over for Dose #2 nursing documentation

حين تطلب منا الرعاية أو الخدمة ، فإننا نجمع معلوماتك الصحية الشخصية ونستخدمها ونشاركها فقط عند الضرورة لتقديم الرعاية أو الخدمة لك. يتم استخدام المعلومات التي تم جمعها و/أو مشاركتها بموجب قانون حماية وتعزيز الصحة، R.S.O. 1990. لن نقوم بجمع أو استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية الشخصية لأي سبب آخر ما لم نحصل على إذن منك، أو بما يسمح به أو يتطلبه القانون. بالامكان توجيه أي أسئلة حول جمع المعلومات إلى مسؤول الخصوصية في وحدة الصحة بلندن وميدلسكس على عنوان البريد الإلكتروني: privacy@mlhu.on.ca

Verbal consent: ☐

Given by: _____

Relationship: _____

Given to: _____

Date: _____

Men-ACYW, HB, HPV-9 (circle)

Nurse: _____

Dose #2: Recombivax / Engerix	Dose #2:
Lot #:	Lot #:
Expiry Date:	Expiry Date:
Dose date:	Dose date:
Time given:	Time given:
R del L del 1.5"	R del L del 1.5"
Nurse:	Nurse:

Clinic Use:

Nurse Assessment – Day of Clinic	Visit #1	Visit #2	Notes
Do you have a fever or are you sick today?	Y N	Y N	
Has anything changed with your health recently?	Y N	Y N	
Did you have a serious reaction to a vaccine before? (or last dose if on dose #2)	Y N	Y N	
Is it possible that you may be pregnant? (female students only)	Y N	Y N	
Do you understand what this vaccine(s) is for?	Y N	Y N	
Do you have any questions?	Y N	Y N	
Nurse Initials			

Nursing Notes*:

*Only to be used if Panorama is not available. All notes written here must be transferred to Panorama.

Check here if nurse wrote a note in Pan: ☐

Reason student did not receive vaccine	Visit #1 Date stamp & initial		Visit #2 Date stamp & initial		Visit #3 Date stamp & initial	
Absent						
Refused						
Deferred						
Letter sent: reason other than above						
Moved (note location if known)						