

[المرجع 3] سجل التطعيم واستبيان الفحص للتطعيم باللقاحات

استمارة رقم 2

(استبانة فحص لغرض) (طفل صغير / طفل في المرحلة الدراسية)

العنوان	درجة حرارة الجسم قبل مقابلة الطبيب		الدرجات
اسم الطفل	ذكر أنثى	تاريخ الميلاد	ولد في / / (يوم/شهر/سنة) العمر (سنوات أشهر)
اسم الوالد / ولي الأمر			

استبانة التطعيم	الإجابة	تعليق الطبيب
هل قرأت الوثيقة (المرسلة إليك سابقا عن طريق مكتب البلدية) والتي تبين التطعيم الذي سيتم تناوله الآن؟	لا نعم	
من فضلك أجب على الأسئلة الآتية بخصوص الطفل المراد تطعيمه. وزن الطفل عند الميلاد هل كان الطفل يعاني من أية حالات مرضية غير طبيعية عند الولادة؟ () جرام هل كان الطفل يعاني من أية حالات مرضية غير طبيعية بعد الولادة؟ هل كانت هناك أية اضطرابات معينة لوحظت عند فحص صحة الطفل الصغير؟	لا نعم لا نعم لا نعم	
هل الطفل مريض الآن؟ إذا كان مريضا، فصف طبيعة المرض الذي يعاني منه. ()	لا نعم	
هل كان الطفل مريضا الشهر الماضي؟ اسم المرض ()	لا نعم	
هل أصيب أي فرد من أفراد عائلة الطفل أو صديق له بمرض الحصبة العادية أو الألمانية، أو بمرض الجدري أو التهاب الغدة النكفية (النكاف) في الشهر الماضي؟ اسم المرض ()	لا نعم	
هل حصل أن عرضَ الطفل لأي شخص مصاب بمرض السل (بما في ذلك أي فرد من أفراد العائلة)؟	لا نعم	
هل تلقى الطفل تطعيفا في الشهر الماضي؟ اسم اللقاح ()	لا نعم	
هل يعاني الطفل من عيوب خلقية أو أمراض قلب أو كلي أو كبد أو أمراض الجهاز العصبي المركزي، أو نقص المناعة أو أية أمراض أخرى قمت باستشارة الطبيب بشأنها؟ اسم المرض ()	لا نعم	
وبناء على ما سبق فهل وافق الطبيب المعالج للمرض المذكور آنفا على التطعيم الآن؟	لا نعم	
هل عانى الطفل من أزمات (تشنج- نوبة مرض) في الماضي؟ فلو كان الأمر كذلك ففي أي عمر حدث له هذا؟ ()	لا نعم	
لو أجبت على السؤال السابق « بنعم » فهل أصيب الطفل بالحمى في ذلك الوقت؟	لا نعم	
هل أصيب الطفل بطفح جلدي أو ارتيكاريا (حساسية الجلد أو الحمى القراصية) كرد فعل لتناول بعض الأدوية أو الأطعمة أو أنه يمرض بعد تناول أطعمة أو أدوية معينة؟	لا نعم	
هل أصيب فرد من أفراد عائلة الطفل أو أحد أقربائه بمرض نقص المناعة الخلقي؟	لا نعم	
هل عانى الطفل من رد فعل شديد للقاح معين من قبل؟ اسم اللقاح ()	لا نعم	
هل أصيب فرد من أفراد عائلة الطفل أو أحد أقربائه مسبقا برد فعل شديد للقاح معين؟	لا نعم	
هل تلقى الطفل نقل دم أو منتجات دم أو تناول دواء معروفا باسم جاما جلوبيولين في الشهور الستة الماضية؟	لا نعم	
هل لديك أية استفسارات عن التطعيم الذي سيتم تناوله الآن؟	لا نعم	

تعليق الطبيب
وبناء على الإجابات المذكورة عليه ونتائج المقابلة، فقد قررت بأن (يطعم / لا يطعم) الطفل الآن.
ولقد شرحت للوالد أو لولي الأمر المعلومات المتعلقة بالفوائد والآثار الجانبية للتطعيم والإعانة المقدمة للأشخاص الذين أصيبوا بأعراض سلبية مرتبطة بالتطعيم.
توقيع الطبيب أو اسمه وخاتمه:

تعد استبانة الفحص وسيلة لزيادة أمان عملية التطعيم. بعد ما قام الطبيب بمقابلة الطفل وإيضاح المعلومات المتعلقة بفوائد التطعيم وأهدافه ومخاطره (بما في ذلك الآثار الجانبية الخطيرة) كما أوضح لي طبيعة الإعانة المقدمة في حالة حدوث أعراض سلبية. وأنا متأكد من فهمي لهذه المعلومات.
ولذا فانا (أوافق / لا أوافق) * أن يتلقى الطفل التطعيم. * من فضلك ضع دائرة على اختيارك.
وأنا على دراية بما ذكر آنفا ووافقت على أن تقدم هذه الاستبانة إلى مكتب البلدية.
توقيع الوالد / ولي الأمر:

اسم اللقاح	الجرعة	المؤسسة / اسم الطبيب / تاريخ إعطاء اللقاح
اسم اللقاح رقم التشغيل [تحضير] تحقق من تاريخ صلاحية هذا اللقاح.	* (تعطى الجرعة عن طريق الحقن تحت الجلد) مل	المؤسسة: اسم الطبيب: تاريخ إعطاء اللقاح: / / (يوم/شهر/سنة)

[ملحوظة] يعد مستحضر جاما جلوبيولين منتج من منتجات الدم حيث يحقن به المريض للوقاية من الأمراض المعدية، مثل التهاب الكبد الفيروسي (أ)، كما يستخدم لمعالجة الأمراض المعدية الخطيرة.
تعد بعض اللقاحات المعينة (على سبيل المثال، لقاح الحصبة العادية) أحيانا أقل تأثيرا على الأشخاص الذين تلقوا هذا المنتج في الفترة من 3 إلى 6 شهور السابقة.
* في حالة التطعيم ضد مرض السل باستخدام لقاح السل، صف على سبيل المثال «التطعيم الجلدي ضد مرض السل الذي يتم عن طريق استخدام الأدوات ذات الإبر المتعددة والأحجام المحددة».

[المرجع 3] سجل التطعيم واستبيان الفحص للتطعيم باللقاحات

استمارة رقم 3

استبيان الفحص للتطعيم باللقاحات الخاص بٲيروس الورم الحليمي البشري

العنوان	درجة حرارة الجسم قبل مقابلة الطبيب			الدرجات
اسم المريض	ذكر	تاريخ الميلاد	ولد في	(يوم/شهر/سنة)
اسم الوالد / ولي الأمر*	أنثى	العمر (سنوات / أشهر)		

استبانة التطعيم	الإجابة	تعليق الطبيب
هل قرأت الوثيقة (المرسلة إليك سابقا عن طريق مكتب البلدية) والتي تبين التطعيم الذي سيتم تناوله الآن؟	نعم / لا	
هل يعاني من أي مرض الآن؟ فلو كان الأمر كذلك فمن فضلك صف بالتفصيل طبيعة المرض. ()	نعم / لا	
هل كان الشخص مريضا الشهر الماضي؟ اسم المرض ()	نعم / لا	
هل تلقى المريض تطعيما في الشهر الماضي؟ اسم اللقاح ()	نعم / لا	
هل يعاني المريض من عيوب خلقية أو أمراض قلب أو كلي أو كبد أو أمراض الجهاز العصبي المركزي، أو نقص المناعة أو أية أمراض أخرى قمت باستشارة الطبيب بشأنها؟ اسم المرض ()	نعم / لا	
وبناء على ما سبق فهل وافق الطبيب المعالج للمرض المذكور أنفا على التطعيم الآن؟	نعم / لا	
هل عانى المريض من أزمات (تنسج- نوبة مرض) في الماضي؟ فلو كان الأمر كذلك ففي أي عمر حدث له هذا؟ ()	نعم / لا	
لو أجبت على السؤال السابق « بنعم» فهل أصيب الشخص بالحمى في ذلك الوقت؟	نعم / لا	
هل أصيب المريض بطفح جلدي أو أرتيكاريا (حساسية الجلد أو الحمى القراصية) كرد فعل لتناول بعض الأدوية أو الأطعمة أو أنه يمرض بعد تناول أطعمة أو أدوية معينة ؟	نعم / لا	
هل أصيب فرد من أفراد عائلة المريض أو أحد أقربائه بمرض نقص المناعة الخلقي ؟	نعم / لا	
هل عانى المريض من رد فعل شديد للقاح معين من قبل؟ اسم اللقاح ()	نعم / لا	
هل أصيب فرد من أفراد عائلة المريض أو أحد أقربائه مسبقا برد فعل شديد للقاح معين؟	نعم / لا	
هل هناك ما يدل على حدوث حمل (على سبيل المثال تأخر الدورة الشهرية، أو انقطاعها)؟ [تحذير] يجب توخي الحرص الشديد عند إعطاء التطعيمات للمرأة الحامل.	نعم / لا	
هل لديك أية استفسارات عن التطعيم الذي سيتم تناوله الآن؟	نعم / لا	
تعليق الطبيب وبناء على الإجابات المذكورة عاليه ونتائج المقابلة، فقد قررت بأن (يطعم أو لا يطعم) المريض الآن. ولقد شرحت للوالد / ولي الأمر (أو المريضة نفسها إذا كانت متزوجة) المعلومات المتعلقة بالفوائد والآثار الجانبية للتطعيم والإعانة المقدمة للأشخاص الذين أصيبوا بأعراض سلبية مرتبطة بالتطعيم. توقيع الطبيب أو اسمه وخاتمه:		

تعد استبانة الفحص وسيلة لزيادة أمان عملية التطعيم. ولقد قام الطبيب بمقابلة المريض، و إيضاح المعلومات المتعلقة بفوائد التطعيم وأهدافه ومخاطره (بما في ذلك الآثار الجانبية الخطيرة) كما أوضح لي طبيعة الإعانة المقدمة في حالة حدوث أعراض سلبية. وأنا متأكد من فهمي لهذه المعلومات. ولذا فأننا (أو وافق / لاوافق) * أن يتلقى المريض التطعيم. * من فضلك ضع دائرة على اختيارك. وأنا على دراية بما ذكر أنفا ووافقنا على أن هذه الاستبانة يمكن تقديمها إلى مكتب البلدية.
توقيع الوالد / ولي الأمر (أو المريضة نفسها إذا كانت متزوجة):

اسم اللقاح	الجرعة	المؤسسة / اسم الطبيب / تاريخ إعطاء اللقاح
اسم اللقاح رقم التشغيل [تحذير] تحقق من تاريخ صلاحية هذا اللقاح.	الجرعة عن طريق الحقن العضلي 0.5 مل	المؤسسة: اسم الطبيب: تاريخ إعطاء اللقاح: / / (يوم/شهر/سنة)

* إذا كانت المريضة متزوجة، فلا حاجة للإجابة على هذا السؤال.

[المرجٲ 3] سجل الٲٲعيم واسٲٲيان الفحص للٲٲعيم باللقاحات

اسٲٲارة رقم 4

اسٲٲيان الفحص للٲٲعيم باللقاحات الخاص بٲدوى فيروس الورم الحليمي البشري (للطفل الٲي لا يرافقه الوالد/ولي الأمر)

الشرح قبل إعطاء الٲٲعيم ضد عدوى فيروس الورم الحليمي البشري

ٲ بالنسبة إلى الوالد/ولي الأمر: يرجى التأكد من قراءة هذه الوثيقة.

* [بالنسبة إلى والد/ولي أمر الطفل المراد ٲٲعيمه والبالغ من العمر ما يعادل الصف السادس من المرحلة الإبتدائية إلى الصف الأول من المرحلة الثانوية]

كان على عاتق الوالد/ولي الأمر في الماضي مرافقة طفله لتلقي الٲٲعيم؛ ورغم ذلك، فقط في حالة الٲٲعيم ضد عدوى فيروس الورم الحليمي البشري للأطفال البالغين من العمر 13 سنة أو أكبر (من الصف الأول من المرحلة الإعدادية إلى الصف الأول من المرحلة الثانوية)، يمكن لهؤلاء الأطفال تلقي اللقاحات دون مرافقة الوالد/ولي الأمر، بشرط أن يقرأ الوالد/ولي الأمر، ويفهم، ويوقع على هذه الوثيقة التي بموجبها يتم السماح للطفل بتلقي الٲٲعيم.

(يرجى التأكد من أن طفلك قد أحضر هذه الوثيقة في اليوم الٲي يتم فيه الٲٲعيم.)

إذا كان لديك أية اسٲٲسارات عن الٲٲعيم فيرجى اسٲٲشارة طبيبك الخاص، أو مركز العناية الصحية، أو مكتب البلدية المسئول عن الٲٲعيم قبل التوقيع على اسٲٲيان الفحص حتى تكون على دراية تامة بفوائد الٲٲعيم ومخاطره قبل اتخاذ أي قرار بشأنه.

1 أعراض عدوى فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)

يضم تصنيف فيروس الورم الحليمي البشري، وهو فيروس يمكن أن يصيب الجلد والغشاء المخاطي، أكثر من 100 نوع. تقوم الفيروسات التي تصيب الغشاء المخاطي أساسًا بغزو الغشاء المخاطي التناسلي من خلال أي جرح صغير في الأغشية المخاطية تسببه العلاقة الجنسية. ويُقدَّر معدل العدوى بهذه الفيروسات بأكثر من 50% عند السيدات في بلاد الخارج ممن يباشرن العلاقة الجنسية حيث يصبون بهذه العدوى مرة واحدة في العمر على الأقل.

ومن بين أنواع فيروس الورم الحليمي البشري التي تصيب الغشاء المخاطي، تم اكتشاف 15 نوعًا على الأقل لها علاقة بسرطان عنق الرحم، ويُطلق عليها «فيروسات الورم الحليمي البشري عالية الخطورة». ويوجد نوعان على وجه الخصوص من فيروس الورم الحليمي البشري عالي الخطورة، وهما النوع 16 و18، يتم اكتشافهما باستمرار، وتشير الدراسات إلى أن هذين النوعين من الفيروسات يرتبطان بحوالي 70% من حالات سرطان عنق الرحم في بلاد الخارج. وبالإضافة إلى سرطان عنق الرحم، فإن 90% من حالات السرطان الشرجي و40% من سرطان المهبل والفرج والقضيب على الأقل يُشتبه في اتصالها بهذين النوعين من الفيروسات في بلاد الخارج. وتم التأكد بأن الفيروسات التي لا تصنف ضمن الفئات عالية الخطورة تسبب في الإصابة بالورم اللقي المؤنف، وهو ثؤلول تناسلي حميد.

2 فوائد الٲٲعيم وأثاره الجانبية

يحتوي الٲٲعيم على مكونات فيروسية من أنواع مختلفة من فيروسات الورم الحليمي البشري (HPV) ويكتسب الطفل الذي حصل على الٲٲعيم مناعة ضد هذه الفيروسات. والطفل الذي لديه هذه المناعة يحصل على الوقاية من فيروسات الورم الحليمي البشري. ويسبب الٲٲعيم أحيانًا آثارًا جانبية خفيفة ونادرًا ما ينتج عنه آثار جانبية خطيرة. وتظهر أحيانًا ردود فعل بعد الٲٲعيم وهي كالآتي.

الآثار الجانبية الرئيسية للقاح فيروس الورم الحليمي البشري

تتضمن الآثار الجانبية الرئيسية حمى وردات فعل موضعية (الألم والحمامي والتورم). قد يحدث إغماء نتيجة الألم ورد فعل نفسي نتيجة الحقن. قد يحدث هذا أحيانًا بعد أخذ الٲٲعيم. ولمنع حدوث سقوط بسبب الإغماء، يجب إجلاس الطفل الذي يتم ٲٲعيمه على أريكة وملاحظته طبيًا لمدة 30 دقيقة. في حالات نادرة تحدث آثار جانبية خطيرة، تتضمن رد فعل تأقي (صدمة، وطفح جلدي، وصعوبة في التنفس)، ومتلازمة غيان-باريه، وفر فرية نقص الصفائح الدموية (نزيف جلدي من الغشاء المخاطي في الأنف والقم) والتهاب الدماغ والنخاع المنٲثر الحاد (ADEM).

3 أنظمة تقديم الدعم للأشخاص الٲذين أصيبوا بأعراض عكسية مرتبطة بالٲٲعيم

ٲ في حالة تسبب الٲٲعيم الروتيني في إصابة شخص بٲفاعلات عكسية مما يتطلب علاجه في مؤسسات طبية، أو إذا أدى ذلك إلى إصابة ضارة بصحته مما يسبب الإزعاج عند القيام بالأنشطة اليومية، يتلقى هذا الشخص تعويضًا حكوميًا بموجب قانون الٲٲعيم الوقائي.

ٲ هذا التعويض عبارة عن دفع التكاليف والمزايا الطبية، كما يشكل دخلًا سنويًا للأطفال المعاقين، ودخلًا سنويًا لغرض إعانة عجز، ومبلغًا إجماليًا لتعويض الوفاة بالإضافة إلى تكاليف الجنزة كما هو منصوص عليه في القانون وبناءً على مدى خطورة الإصابة. يُدفع التعويض المذكور بموجب أحكام القانون. وجميع التعويضات - باستثناء المبلغ الإجمالي لتعويض الوفاة وتكاليف الجنزة - تدفع بصورة مستمرة لحين انتهاء المعالجة أو لحين تحسن صحة المصاب.

ٲ يدفع هذا التعويض بعدما تؤكد لجنة الفحص الحكومية بأن هذه الإصابة ناتجة عن الٲٲعيم. وتتألف هذه اللجنة من متخصصين في مجال الٲٲعيم، وعلم الأمراض المعدية، والقانون، والمجالات الأخرى ذات الصلة، حيث يناقشون العلاقة السببية بين هذه الإصابة والٲٲعيم التي من خلالها يمكن معرفة ما إذا كانت الإصابة ناتجة عن الٲٲعيم أو عن أية عوامل أخرى (كعدوى قبل الٲٲعيم أو بعده، أو ناتجة عن أسباب أخرى).

* إذا ما أيقنت أنك بحاجة إلى تقديم طلب للتعويض، فاستشر الطبيب الذي قام بمقابلة طفلك قبل الٲٲعيم، أو مركز العناية الصحية، أو مكتب البلدية المسئول عن الٲٲعيم.

[المرجع 3] سجل التطعيم واستبيان الفحص للتطعيم باللقاحات

4 تحذيرات التطعيم

- يعطى هذا التطعيم عادة للطفل الذي لا يعاني من مشاكل صحية. إذا كان طفلك مريضاً فيرجى حينئذ استشارة طبيبك في تطعيم طفلك أم لا. إذا ما توافر في طفلك أحد هذه المعايير فإنه لا يمكن أن يتلقى التطعيم.
- (1) إذا كان الطفل مصاباً بحمى ظاهرة بدرجة حرارة (37.5 درجة مئوية أو أكثر)
 - (2) أو كان مصاباً بمرض حاد و شديداً
 - (3) أو كان قد عانى من صدمة الحساسية بسبب أي مكون من مكونات مستحضر التطعيم.
 - (4) أو أية حالات أخرى يراها الطبيب غير ملائمة
- إذا كانت الطفلة حاملاً، يجب عدم إعطائها التطعيم.

○ بالنسبة إلى الوالد/ولي الأمر: يرجى التأكد من قراءة الآتي.

بعد القراءة المتأنية لما سبق وفهمه تماماً، يرجى أن تقرر ما إذا كان طفلك سيخضع للتطعيم أم لا. إذا قررت تطعيم طفلك، فمن فضلك قم بالتوقيع على الآتي في الخانة الخاصة بالوالد/ولي الأمر. بدون توقيعك لا يمكن لطفلك أن يتلقى التطعيم. إذا لم ترغب في تطعيم طفلك، فلا حاجة لأن توقع.

لقد قرأت الشرح الخاص بالتطعيم ضد عدوى فيروس الورم الحليمي البشري وأفهم الفوائد ومخاطر الآثار الجانبية الخطيرة للقاحات ونظام الإعانة لدعم الأشخاص المصابين بإصابات صحية نتيجة التطعيم. وبمراعاة هذه المسائل، أوافق على تطعيم طفلي.
وقد فهمت أن هذه الوثيقة قد أعدت لمساعدة الوالدين وأولياء الأمور لفهم آثار التطعيم فهماً شاملاً، وأوافق على تقديم هذه الاستمارة إلى مكتب البلدية.

توقيع الوالد/ولي الأمر:

العنوان:

رقم الاتصال عند الطوارئ:

* هذه الاستمارة ضرورية للتطعيم ضد عدوى فيروس الورم الحليمي البشري عندما لا يكون الطفل برفقة الوالد/ولي الأمر. تأكد من أن طفلك قد قام بتقديم هذه الاستمارة عند عدم مرافقتك له وأنه قد تلقى التطعيم.
بدون توقيعك لا يمكن لطفلك أن يتلقى التطعيم.

[المرجع 3] سجل التطعيم واستبيان الفحص للتطعيم باللقاحات

استبيان الفحص	
العنوان	درجة حرارة الجسم قبل مقابلة الطبيب
اسم الطفل	الدرجات
ذكر أنثى	ولد في / / (يوم/شهر/سنة) العمر (سنوات أشهر)
تاريخ الميلاد	تعليق الطبيب

استبانة التطعيم	الإجابة	تعليق الطبيب
هل الطفل مريض الآن؟ لو كان مريضاً، فصف طبيعة المرض الذي يعاني منه. ()	نعم لا	
هل كان الطفل مريضاً الشهر الماضي؟ اسم المرض ()	نعم لا	
هل تلقى الطفل تطعيماً في الشهر الماضي؟ اسم اللقاح ()	نعم لا	
هل يعاني الطفل من عيوب خلقية أو أمراض قلب أو كلي أو كبد أو أمراض الجهاز العصبي المركزي، أو نقص المناعة أو أية أمراض أخرى قمت باستشارة الطبيب بشأنها؟ اسم المرض ()	نعم لا	
وبناء على ما سبق فهل وافق الطبيب المعالج للمرض المذكور أنفاً على التطعيم الآن؟	نعم لا	
هل عانى الطفل من أزمات (تشنج- نوبة مرض) في الماضي؟ إذا كان الأمر كذلك ففي أي عمر حدث له هذا؟ ()	نعم لا	
إذا أجبت على السؤال السابق « بنعم » فهل أصيب الطفل بالحمى في ذلك الوقت؟	نعم لا	
هل أصيب الطفل بطفح جلدي أو أرتيكاريا (الحمى القراصية أو حساسية الجلد) كرد فعل لبعض الأدوية أو الأطعمة أو أنه يمرض بعد تناول أطعمة أو أدوية معينة؟	نعم لا	
هل أصيب فرد من أفراد عائلة الطفل أو أحد أقربائه بمرض نقص المناعة الخلقي؟	نعم لا	
هل عانى الطفل من رد فعل شديد للقاح معين من قبل؟ اسم اللقاح ()	نعم لا	
هل أصيب فرد من أفراد عائلة الطفل أو أحد أقربائه في الماضي برد فعل شديد للقاح معين؟	نعم لا	
هل هناك ما يدل على حدوث حمل (على سبيل المثال تأخر الدورة الشهرية، أو انقطاعها)؟ [تحذير] يجب توخي الحرص الشديد عند إعطاء التطعيمات للمرأة الحامل.	نعم لا	
تعد استبانة الفحص وسيلة لزيادة أمان عملية التطعيم. هل توافق على أن يتلقى طفلك هذا التطعيم مع الأخذ في الحسبان الأمراض السابقة وحالتها اليوم؟ أنا (أوافق / لا أوافق) * على أن يتلقى الطفل التطعيم. * من فضلك ضع دائرة على اختيارك. وأنا على دراية بما ذكر أنفاً وأوافق على أن تقدم هذه الاستبانة إلى مكتب البلدية.		
توقيع الوالد / ولي الأمر:		

تعليق الطبيب وبناء على الإجابات المذكورة عليه ونتائج المقابلة، فقد قررت بأن (يطعم أو لا يطعم) المريض الآن. ولقد شرحت للمريض أو للمريضة المعلومات المتعلقة بالفوائد والآثار الجانبية للتطعيم والإعانة المقدمة للأشخاص الذين أصيبوا بأعراض سلبية مرتبطة بالتطعيم. توقيع الطبيب أو اسمه وخاتمه:

اسم اللقاح	الجرعة	المؤسسة / اسم الطبيب / تاريخ إعطاء اللقاح
اسم اللقاح رقم التثغيلة [تحذير] تحقق من تاريخ صلاحية هذا اللقاح.	الجرعة عن طريق الحقن العضلي 0.5 مل	المؤسسة: اسم الطبيب: تاريخ إعطاء اللقاح: / / (يوم/شهر/سنة)