

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

| | | | | | | |
|--------|------------------------------------|---|---------------|------|--|------------------------|
| الدرجة | درجة حرارة الجسم قبل مقابلة الطبيب | | | | | العنوان |
| | ولدت في | / | / | ذكر | | اسم الطفل |
| | العمر (سنوات) | / | (يوم/شهر/سنة) | أنثى | | اسم الوالد / ولي الأمر |

| تعليق الطبيب | الإجابة | | استبانة التطعيم |
|--|---------|-----|---|
| | لا | نعم | هل قرأت الوثيقة (المرسلة إليك سابقاً عن طريق مكتب البلدية) والتي تبين التطعيم الذي سيتم تناوله الآن؟ 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 | هل الطفل مريض الآن؟ إذا كان مريضاً، فصف طبيعة المرض الذي يعاني منه. () |
| | لا | نعم | هل كان الطفل مريضاً 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 عُرضَ الطفل لأي شخص مصاب بمرض السل (بما في ذلك أي فرد من أفراد العائلة)؟ |
| | لا | نعم | هل تلقى الطفل تطعماً 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 أنفاً 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 أرتيكاريا (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 مسبقاً برد فعل شديد للقاح معين؟ |
| | لا | نعم | هل تلقى الطفل نقل دم أو منتجات دم أو تناول حقنة معروفة باسم جاما جلوبيولين في الشهور الستة الماضية؟ |
| | لا | نعم | هل لديك أية استفسارات عن التطعيم الذي سيتم تناوله الآن؟ |
| 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 أنفاً 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 [تحذير] تحقق من تاريخ صلاحية هذا اللقاح. | * (تعطى الجرعة عن طريق الحقن تحت الجلد) | المؤسسة: اسم الطبيب: تاريخ إعطاء اللقاح: / / (يوم/شهر/سنة) |
| | مل | |

[ملحوظة] يعد مستحضر جاما جلوبيولين منتج من منتجات الدم حيث يحقن به المريض للوقاية من الأمراض المعدية، مثل الالتهاب الكبدي النوع (أ)، كما يستخدم لمعالجة الأمراض المعدية الخطيرة.
تعد بعض اللقاحات المعينة (على سبيل المثال، لقاح الحصبة العادية) أحياناً أقل تأثيراً 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».

اسءءبان الفءص للءءءعم باللقااء الءاص بعءوء فيروس الورم الءلءمى البءرى

| | | | | |
|------|-----------------------------------|------|------|--------------------------|
| ءرءة | ءرءة ءرارة الءسم قبل مءابله الءبب | | | العءوان |
| | | ءرءة | ءرءة | اسم المرءض |
| | | ءرءة | ءرءة | اسم الواءل / ولى الأمر * |
| | | ءرءة | ءرءة | |

| ءءلق الءبب | الإءابة | اسءءبانه الءءءعم |
|--|---------|--|
| | ءم | هل قرأء الوءءقة (المرسلءة إلك سابقا عن طرءق مكءب الءلءة) والءى ءبب الءءءعم الءى سبءم ءءاوله الآن؟ |
| | ءم | هل فعانى من أى مرءض الآن؟ فلو ءان الأمر ءذلك فمن فضلك صف بالءءصبل طببعة المرءض. () |
| | ءم | هل ءان الشءص مرءضا الشهر الماضى؟ اسم المرءض () |
| | ءم | هل ءلقى المرءض ءءءعما فى الشهر الماضى؟ اسم اللقاا () |
| | ءم | هل فعانى المرءض من عيوب ءلقبءة أو أمراض قلب أو ءلى أو ءبء أو أمراض الءهاز العصبى المرءزى، أو نقص المناعة أو أية أمراض أخرى ءمء باسءءشارة الءبب بشأءها؟ اسم المرءض () |
| | ءم | وبناء على ما سبء قبل وافق الءبب المعالء للمرءض المءءور أنفا على الءءءعم الآن؟ |
| | ءم | هل عانى المرءض من أزماء (ءءءء- نوبءة مرءض) فى الماضى؟ فلو ءان الأمر ءذلك فعى أى عمر ءءء له هءا؟ () |
| | ءم | لو أءبء على السؤل السابق «بءعم» فهل أصبب الشءص بالءمى فى ذلك الوءء؟ |
| | ءم | هل أصبب المرءض بءءء ءلءى أو ارءكاربا (ءساسبءة الءلء أو الءمى القراضبءة) ءرء فعل ءءءول بعض الأءبءة أو الأءءمة أو أنه يمرءض بعء ءءءول أءبءة أو أءبءة معببءة؟ |
| | ءم | هل أصبب فرء من أفراد عائلءة المرءض أو أءرءبائه بمرءض نقص المناعة الءلقبى؟ |
| | ءم | هل عانى المرءض من رء فعل شءبء للقاا معبب من قبل؟ اسم اللقاا () |
| | ءم | هل أصبب فرء من أفراد عائلءة المرءض أو أءرءبائه مسبقا برء فعل شءبء للقاا معبب؟ |
| | ءم | هل هءاك ما بءل على ءءوء ءمل (على سببل المءال ءأءر الءورة الشهربءة، أو انءطااعها)؟ [ءءءبءر] بءب ءوءب الءرءص الشءبء عند إعطاء الءءءعماء للمرءة الءامل. |
| | ءم | هل لءبءك أية اسءءفساراء عن الءءءعم الءى سبءم ءءاوله الآن؟ |
| ءءلق الءبب وبناء على الإءاباء المءءورة عالبه وءءاء المءابله، ءءء قرءء بأن (بءعم أو لا بءعم) المرءض الآن. ولءء شرحء للواءل / ولى الأمر (أو المرءبءة نفسها إذا ءانء ءءزوءة) المءلومااء المءلءة بالفواءء والآءار الءانببءة للءءءعم والإعانة المءءمة للأشءاص الءببوا بأعراض سلببءة مرءبءة بالءءءعم. ءوءبب الءبب أو اسمه وءاءءه: | | |

ءءء اسءءبانه الفءص وسببءة لءبءاءة أمان عملبءة الءءءعم. ولءء قام الءبب بمءابله المرءض، وإبءاا المءلومااء المءلءة بفواءء الءءءعم وأءءافه ومءاطره (بما فى ذلك الآءار الءانببءة الءطببءة) ءما أوءء لبب طببعة الإعانة المءءمة فى ءالة ءءوء أعراض سلبببءة. وأنا مءأء من فهبب لءهء المءلومااء. ولءا فأننا (أو وافق / لا وافق) * أن بءلقى المرءض الءءءعم. * من فضلك ءءع ءائرة على اءءبءارك. وأنا على ءرابة بما ءءر أنفا ووافءء على أن هءه الاسءءبانه بءمءن ءءءببها إلى مكءب الءلءة.
ءوءبب الواءل / ولى الأمر (أو المرءبءة نفسها إذا ءانء ءءزوءة):

| | | |
|---|--|---|
| اسم اللقاا | الءرءة | المؤسسه / اسم الءبب / ءاربء إعطاء اللقاا |
| اسم اللقاا رقم ءءءببءة [ءءءبءر] ءءقق من ءاربء صلاءبءة هءا اللقاا. | الءرءة عن طرءق الءقء العءصلى 0.5 مل | المؤسسه: اسم الءبب: ءاربء إعطاء اللقاا: / / (بوم/شهر/سءة) |

* إذا ءانء المرءبءة ءءزوءة، فلا ءابءة للإءابءة على هءا السؤل.

استبيان الفحص للتطعيم باللقاحات الخاص بٲيروس الورم الحليمي البشري (للطفل الٲذي لا يرافقه الوالد/ولي الأمر)

الشرح قبل إعطاء التطعيم ضد عدوى ٲيروس الورم الحليمي البشري

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

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

كان على عاتق الوالد/ولي الأمر في الماضي مرافقة طفله لتلقي التطعيم؛ ورغم ذلك، فقط في حالة التطعيم ضد عدوى ٲيروس 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 التطعيم.
(يرجى التأكد من أن طفلك قد أحضر هذه الوثيقة في اليوم الذي يتم فيه التطعيم.)
إذا كان لديك أية استفسارات عن التطعيم يرجى استشارة طبيبك الخاص، أو مركز العناية الصحية، أو مكتب البلدية المسئول عن التطعيم قبل التوقيع على استبيان الفحص حتى تكون على دراية تامة بفوائد التطعيم ومخاطره قبل اتخاذ أي قرار بشأنه.

1 أعراض عدوى ٲيروس الورم الحليمي البشري (HPV)

يضم تصنيف ٲيروس الورم الحليمي البشري، وهو ٲيروس 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 ٲيروس 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 ٲيروس 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 اللقيم المؤنّف، وهو ثولول تناسلي حميد.

2 فوائد التطعيم وآثاره الجانبية

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

الآثار الجانبية الرئيسية للقاح ٲيروس 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 التطعيم. ولمنع حدوث سقوط بسبب الإغماء، يجب إجلاس الطفل الذي يتم تطعيمه 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 والفم) والتهاب الدماغ والنخاع المننثر الحاد (ADEM).

3 أنظمة تقديم الدعم للأشخاص الذين أصيبوا بأعراض عكسية مرتبطة بالتطعيم

ٲ في حالة تسبب التطعيم الروتيني في إصابة شخص بتفاعلات 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 التطعيم 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 الجنازة 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 الجنازة - 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 التطعيم. وتتألف هذه اللجنة من متخصصين في مجال التطعيم، وعلم الأمراض المعدية، والقانون، والمجالات الأخرى ذات الصلة، حيث يناقشون العلاقة السببية بين هذه الإصابة والتطعيم التي من خلالها يمكن معرفة ما إذا كانت الإصابة ناتجة عن التطعيم أو عن أية عوامل أخرى (كعدوى قبل التطعيم أو بعده، أو ناتجة عن أسباب أخرى).

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

4 ءءذيراء الءءعيم

- يعطى هذا الءءعيم عاءة للءفل الءى لا يعانى من مشاكل صءية. إذا كان طفلك مريضاً فيرجى ءينءء اسءءارة طبيبك في ءءعيم طفلك أم لا. إذا ما ءوافر في طفلك أءء هذه المعايير فإنه لا يمكن أن يءلقى الءءعيم.
- (1) إذا كان الءفل مصاباً بءمى ظاهرة بءرءة ءرارة (37.5 ءرءة مءوية أو أكثر)
 - (2) أو كان مصاباً بمرض ءاء و ءءيد
 - (3) أو كان ءء عانى من صءمة الءساسية بسبب أى مءون من مءونات مسءءر الءءعيم.
 - (4) أو أية ءالات أخرى يراها الءبيب غير ملائمة
- إذا ءانت الءفلة ءاملاً، يجب ءءم إعءائها الءءعيم.

○ بالنسبة إلى الواءءولي الأمر: يرجى الءأكد من ءراءة الآءى.

بعء ءراءة المءأبئة لما سبق وفهمه ءاملاً، يرجى أن ءقرر ما إذا كان طفلك سيءضع للءءعيم أم لا. إذا ءررت ءءعيم طفلك، فمن فضلك ءم بالءوءيع على الآءى في ءانة الءاصة بالواءءولي الأمر. بءون ءوءيعك لا يمكن لطفلك أن يءلقى الءءعيم. إذا لم ءرعب في ءءعيم طفلك، فلا ءاجة لأن ءوءع.

لءء ءرأء الشرح الءاص بالءءعيم ضد عءوى فيروس الورم الءليمى البءرى وأفهم الفواءء ومءاطر الأءار الءانبية الءظيرة للءاقءات ونءام الإعانة لءعم الأشءاص المصابين بإصاءبات صءية ءءبءة الءءعيم. وبمراعاة هذه المسائل، أوافق على ءءعيم طفلى. وءء فهمء أن هذه الوءيقة ءء أءءء لمساءءة الواءءين وأولياء الأمور لفهم أءار الءءعيم فهماً ءاملاً، وأوافق على ءءءيم هذه الاسءمارة إلى مءءب الءبءية.

ءوءيع الواءءولي الأمر:

العنوان:

رءم الاءصال عند الطوارىء:

* هذه الاسءمارة ضرورية للءءعيم ضد عءوى فيروس الورم الءليمى البءرى عندما لا يكون الءفل برءقة الواءءولي الأمر. ءأكد من أن طفلك ءء ءام بءءءيم هذه الاسءمارة عند ءءم مراءءءك له وأنه ءء ءلقى الءءعيم. بءون ءوءيعك لا يمكن لطفلك أن يءلقى الءءعيم.

استبيان الفحص

| | | | | |
|-----------|------------------------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| درجة | درجة حرارة الجسم قبل مقابلة الطبيب | | | |
| العنوان | | | | |
| اسم الطفل | ذكر أنثى | تاريخ الميلاد | ولد في العمر (سنوات / شهر / سنة) | تعلق الطبيب (يوم/شهر/سنة) (أشهر) |

| استبانة التطعيم | الإجابة | تعلق 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 كلى 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 (وافق / لاوافق) * 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: | | |

| |
|---|
| تعلق الطبيب وبناء على الإجابات المذكورة عالية 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) |

الاستبيان ال؁اص بالف؁ص الأولي للتطعيم بلقاع الالتهاب الكبدي النوع (ب)

| | | | | |
|------------------------|------------------------------------|----------------------|--------|---------------|
| العنوان | درجة حرارة الجسم قبل مقابلة الطبيب | | | درجة |
| اسم ال؁فل | 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 | |
| من فضلك أجب على الأسئلة الآتية بخصوص ال؁فل المراد تطعيمه. | | |
| وزن ال؁فل عند الميلاد هل كان ال؁فل يعاني من أية حالات مرضية غير طبيعية عند الولادة؟ | نعم لا | |
| (جرام) هل كان ال؁فل يعاني من أية حالات مرضية غير طبيعية بعد الولادة؟ | نعم لا | |
| هل كانت هناك أية اضطرابات معينة لوحظت عند ف؁ص صحة ال؁فل الصغير؟ | نعم لا | |
| هل ال؁فل مريض الآن؟ | نعم لا | |
| إذا كان مريضا، فصف طبيعة المرض الذي يعاني منه. () | | |
| هل كان ال؁فل مريضا الشهر الماضي؟ | نعم لا | |
| اسم المرض () | | |
| هل أصيب أي فرد من أفراد عائلة ال؁فل أو صديق له بمرض الحصبة العادية أو الألمانية، أو بمرض الجديري أو التهاب الغدة النكفية (النكاف) في الشهر الماضي؟ | نعم لا | |
| اسم المرض () | | |
| هل تلقى ال؁فل تطعيما في الشهر الماضي؟ | نعم لا | |
| اسم اللقاح () | | |
| هل يعاني ال؁فل من عيوب خلقية أو أمراض قلب أو كلى أو كبد أو أمراض الجهاز العصبي المركزي، أو نقص المناعة أو أية أمراض أخرى قمت باستشارة الطبيب بشأنها؟ | نعم لا | |
| اسم المرض () | | |
| وبناء على ما سبق فهل وافق الطبيب المعالج للمرض المذكور أنفا على التطعيم الآن؟ | نعم لا | |
| هل عانى ال؁فل من أزمات (تشنج- نوبة مرض) في الماضي؟ | نعم لا | |
| فلو كان الأمر كذلك ففي أي عمر حدث له هذا؟() | | |
| لو أجبنا على السؤال السابق « بنعم» فهل أصيب ال؁فل بالحمى في ذلك الوقت؟ | نعم لا | |
| هل أصيب ال؁فل 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 يعاني ال؁فل من فرط الحساسية ضد اللاتكس*؟ | نعم لا | |
| هل أصيب فرد من أفراد عائلة ال؁فل أو أحد أقربائه بمرض نقص المناعة الخلقي؟ | نعم لا | |
| هل عانى ال؁فل من رد فعل شديد للقاح معين من قبل؟ | نعم لا | |
| اسم اللقاح () | | |
| هل أصيب فرد من أفراد عائلة ال؁فل أو أحد أقربائه مسبقا برد فعل شديد للقاح معين؟ | نعم لا | |
| هل تلقى ال؁فل نقل دم أو منتجات دم أو تناول حقنة معروفة باسم جاما جلوبولين في الشهور الستة الماضية؟ | نعم لا | |
| هل تم تطعيم ال؁فل بلقاع الالتهاب الكبدي النوع (ب) بعد الولادة لمنع انتقال المرض من الأم إلى ال؁فل؟ | نعم لا | |
| هل لديك أية استفسارات عن التطعيم الذي سيتم تناوله الآن؟ | نعم لا | |

تعليق الطبيب
وبناء على الإجابات المذكورة عليه ونتائج المقابلة، فقد قررت بأن (يطعم / لا يطعم) ال؁فل 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 ال؁فل 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 ال؁فل التطعيم. * من فضلك ضع دائرة على اختيارك.
وأنا على دراية بما ذكر أنفا 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 [تحذير] تحقق من تاريخ صلاحية هذا اللقاح. | * (تعطى الجرعة عن طريق الحقن تحت الجلد) مل | المؤسسة: اسم الطبيب: تاريخ إعطاء اللقاح: / / (يوم/شهر/سنة) |

[ملحوظة] فرط الحساسية ضد اللاتكس هو فرط حساسية فوري ضد المنتجات المصنوعة من المطاط الطبيعي. يشبهه بوجود هذه الحساسية في حال ظهور رد فعل تحسسي عند استخدام قفازات اللاتكس. يرجى الاتصال بنا أيضا إذا كان ال؁فل يعاني من حساسية تجاه الفواكه وغيرها من المواد ذات التفاعل المتصالب مع اللاتكس (الموز، الكستناء، الكيوي، الأفوكادو، الشمام...إلخ).