

( اسءبأة فءص لءرض ) ( طءل صءفر / طءل فف المرءلة الءراسفة )

|      |   |      |      |                        |
|------|---|------|------|------------------------|
| ءرءة | ءرءة ءرارة ءءس قبل مءابفة الطفب             |      |      | العنوان                |
|      |   | ءرءة | ءرءة | اسم الطءل              |
|      | ولء فف / / (فوم/شءر/سءة) (ءمر) سنواء (أشءر) | ءرءة | ءرءة | اسم الوالء / ولف الأمر |

| ءءلق الطفب | الإءابة | اسءبأة الءءعم   |
|------------|---------|---|
|            | لا نعم  | هل قرأء الوءفءة (المرسلة إلفك سابقا عن طرف مءبء البلففة) وءلف ببفن الءءعم الءف سفءم ءناوله الآن؟  |
|            | لا نعم  | من فضلك أءب على الأسئلة الآءفة ببصوء الطءل المرالء ءءعمفه.  |
|            | لا نعم  | وزن الطءل عنء المفلال هل كان الطءل فعافف من آفة ءالاء مرءفة فر طفبفة عنء الولاءة؟   |
|            | لا نعم  | ( ءرام ) هل كان الطءل فعافف من آفة ءالاء مرءفة فر طفبفة بعء الولاءة؟  |
|            | لا نعم  | هل ءانء هءاك آفة اسءطراباء معفنة لوءظء عنء فءص صءة الطءل الصءفر؟  |
|            | لا نعم  | هل الطءل مرففب الآن؟  |
|            | لا نعم  | إذا كان مرففبا، فصف طفبفة المرء الءف فعافف منه. ( )   |
|            | لا نعم  | هل كان الطءل مرففبا الشءر الماضف؟   |
|            | لا نعم  | اسم المرء ( )   |
|            | لا نعم  | هل أصفبب آف فرء من أفراد عائلء الطءل أو صءفء له بمرء الصءبة العاءفة أو الألمانية، أو بمرء ءءفرف أو ءءهاب العءة النءفففة (النءاف) فف الشءر الماضف؟   |
|            | لا نعم  | اسم المرء ( )   |
|            | لا نعم  | هل ءصل أن ءرء الطءل لآف شءص مصاب بمرء السل (بما فف ءلك آف فرء من أفراد العائلء)؟  |
|            | لا نعم  | هل ءلقف الطءل ءءعفما فف الشءر الماضف؟   |
|            | لا نعم  | اسم اللءاق ( )  |
|            | لا نعم  | هل فعافف الطءل من عبوب ءلقفة أو أمراض قلب أو ءلف أو أمراض ءءهاز العصبف المرءزف، أو نقص المناعة أو آفة أمراض آءرى ءمء باسءءشارة الطفب بشأنها؟        |
|            | لا نعم  | اسم المرء ( )   |
|            | لا نعم  | وبناء على ما سبء فهل وافق الطفب المعالء للمرء المءءور أنفا على الءءعم الآن؟   |
|            | لا نعم  | هل عافف الطءل من أزماء (ءشءء- نوبة مرء) فف الماضف؟  |
|            | لا نعم  | فلو كان الأمر ءذلك فف آف عمر ءءء له هءا؟ ( )  |
|            | لا نعم  | لو أءبء على السؤال السابق « بنعم» فهل أصفبب الطءل بالءمف فف ءلك الوقت؟  |
|            | لا نعم  | هل أصفبب الطءل بطفء ءءف أو آرءءارفا (ءساسفة ءءلء أو ءمف القراضفة) ءرء فعل ءءناول بعض الأوءفة أو الأءعمة أو أنه بمرء بعء ءناول أءعمة أو أوءفة معفنة؟ |
|            | لا نعم  | هل أصفبب فرء من أفراد عائلء الطءل أو آءر بءانه بمرء نقص المناعة الءلقف؟   |
|            | لا نعم  | هل عافف الطءل من رء فعل ءءفء للءاق معفن من قبل؟   |
|            | لا نعم  | اسم اللءاق ( )  |
|            | لا نعم  | هل أصفبب فرء من أفراد عائلء الطءل أو آءر بءانه مسبقا برء فعل ءءفء للءاق معفن؟   |
|            | لا نعم  | هل ءلقف الطءل نقل ءم أو منءءاء ءم أو ءناول ءءفة معروفة باسم ءاما ءلوبفولفن فف الشءر السءة الماضفة؟  |
|            | لا نعم  | هل لءفك آفة اسءفساراء عن الءءعم الءف سفءم ءناوله الآن؟  |

ءءلق الطفب  
وبناء على الإءاباء المءءورة عالفه وءءائء المءابفة، فءء قرءء بأن ( فءعم / لا فءعم ) الطءل الآن.  
ولءء شرحء للوالء أو لولف الأمر المعلوماء المءعلقة بالفواء والآءار ءءانبفة للءءعم والإعانة المءءمة للأشءاص الءفن أصفببوا بأعراض سلبفة مرءبءة بالءءعم.  
ءوقفع الطفب أو اسمه وءاءمه:

ءعء اسءبأة الفءص وسفلة لءزفءة أمان عملفة الءءعم. بعء ما قام الطفب بمءابفة الطءل وإبصاء المعلوماء المءعلقة بفواء الءءعم وأءاففه ومءاطره (بما فف ءلك الآءار ءءانبفة الءظفرة) ءما أوضح لف طفبفة الإعانة المءءمة فف ءالة ءءوء أعراض سلبفة. وأنا مءاءء من فهمف لهءة المعلوماء.  
ولءا فانا ( أو افق / لا أو افق ) \* أن فءلقف الطءل الءءعم. \* من فضلك ضع ءائرة على آءءارءك.  
وأنا على ءرابة بما ءءر أنفا ووافءء على أن ءءءم هءة الاسءبأة إلى مءبء البلففة.  
ءوقفع الوالء / ولف الأمر:

| اسم اللءاق  | ءرءة                               | المؤسسة / اسم الطفب / ءارفء إعطاء اللءاق                        |
|---|------------------------------------|---|
| اسم اللءاق<br>رقم ءءشففلة<br>[ءءءفر] ءءقق من ءارفء صلاءفة هءا اللءاق. | * (ءعطف ءرءة عن طرف ءءقن ءءء ءءلء) | المؤسسة:<br>اسم الطفب:<br>ءارفء إعطاء اللءاق: / / (فوم/شءر/سءة) |

[ملءوءة] بعء مسءءزر ءاما ءلوبفولفن منءء من منءءاء ءءم ءفء بءقن به المرففب للواقفة من الأمراض المعءفة، مءل الإءءهاب ءءفءف النوع (أ)، ءما فسءءم لمعالءة الأمراض المعءفة الءظفرة.  
ءعء بعض اللءاقاء المعفنة (على سبفل المءال، لءاق الصءبة العاءفة) آءفنا أقل ءآءفر على الأشءاص الءفن ءلقوا هءا المنءء فف الفءرة من 3 إلى 6 شءور السابقفة.  
\* فف ءالة الءءعم ءء مرء السل باسءءءام لءاق السل، صف على سبفل المءال «الءءعم ءءلءف ءء مرء السل الءف فءم عن طرف اسءءءام الأوءاء ءاء الإبر المءءءة و الأحءام المءءءة».

اسءءبان الفءص للءءءعم باللقااء الءاص بعءوء فيروس الورم الءلءمى البءرى

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

| ءءلق الءبب  | الإءابة | اسءءبانه الءءءعم  |
|---|---------|---|
|   | ءم      | هل قرأء الوءءقة (المرسله إلك سابقا عن طرءق مكءب الءلءة) والءى ءبب الءءءعم الءى سبءم ءءاوله الآن؟  |
|   | ءم      | هل فعانى من أى مرءض الآن؟<br>فلو ءان الأمر ءذلك فمن فضلك صف بالءءصبل طبءعة المرءض. ( )  |
|   | ءم      | هل ءان الشءص مرءضا الشهر الماضى؟<br>اسم المرءض ( )  |
|   | ءم      | هل ءلقى المرءض ءءءعما فى الشهر الماضى؟<br>اسم اللقاا ( )  |
|   | ءم      | هل فعانى المرءض من عيوب ءلقءة أو أمراض قلب أو ءلى أو ءبء أو أمراض الءهاز العصبى المرءزى، أو نقص المناعة أو أية أمراض أخرى قمء باسءءشارة الءبب بشأءها؟<br>اسم المرءض ( ) |
|   | ءم      | وبناء على ما سبق فهل وافق الءبب المعالء للمرءض المءءور أنفا على الءءءعم الآن؟   |
|   | ءم      | هل عانى المرءض من أزماء (ءءءء- نوبة مرءض) فى الماضى؟<br>فلو ءان الأمر ءذلك فى أى عمر ءءء له هءا؟ ( )  |
|   | ءم      | لو أءبء على السوال السابق «بءم» فهل أصبب الشءص بالءمى فى ذلك الوءء؟   |
|   | ءم      | هل أصبب المرءض بءءء ءلءى أو ارءىءاربا (ءساسبة الءلء أو الءمى القراضبة) ءرء فعل ءءءول بعض الأءوبة أو الأءعمة أو أنه يمرء بعد ءءءول أءعمة أو أءوبة معبنة؟                 |
|   | ءم      | هل أصبب فرء من أفراد عائلء المرءض أو أءرءبائه بمرءض نقص المناعة الءلقى؟   |
|   | ءم      | هل عانى المرءض من رء فعل شءلء للقاا معبب من قبل؟<br>اسم اللقاا ( )  |
|   | ءم      | هل أصبب فرء من أفراد عائلء المرءض أو أءرءبائه مسبقا برء فعل شءلء للقاا معبب؟  |
|   | ءم      | هل هءاك ما بءل على ءءوء ءمل ( على سببل المءال ءأءر الءورة الشهربة، أو انءطاعاها)؟<br>[ءءءلر] بءب ءوءى الءرص الشءلء عند إعطاء الءءءعماء للمرأة الءامل.                   |
|   | ءم      | هل لءلك أية اسءءساراء عن الءءءعم الءى سبءم ءءاوله الآن؟   |
| ءءلق الءبب<br>وبناء على الإءاباء المءءورة عالبه وءءاء المءابلة، فقء قرءء بأن (بءعم أو لا بءعم) المرءض الآن.<br>ولقد شرحء للواءل / ولى الأمر (أو المرءضة نفسها إذا ءانء ءءزوءة) المءلوماء المءلقة بالفواءء والآءار الءانببة للءءءعم والإعانة المءءمة للأشءاص الءببوا بأعراض سلببة مرءبءة بالءءءعم.<br>ءوءع الءبب أو اسمه وءاءمه: |         |   |

ءءء اسءءبانه الفءص وسبلة لءبءاءه أمان عملبة الءءءعم. ولقد قام الءبب بمءابلة المرءض، وإبءاا المءلوماء المءلقة بفواءء الءءءعم وأءافه ومءاطره (بما فى ذلك الآءار الءانببة الءطربة) ءما أوضء لب طبءعة الإعانة المءءمة فى ءالة ءءوء أعراض سلببة. وأنا مءاءء من فهمى لهءه المءلوماء. ولءا فأننا (أو وافق / لا وافق) \* أن بءلقى المرءض الءءءعم. \* من فضلك ضع ءائرة على اءءءارءك. وأنا على ءرابة بما ءءر أنفا ووافءء على أن هءه الاسءءبانه بمكن ءءءبمها إلى مكءب الءلءة.  
ءوءع الواءل / ولى الأمر (أو المرءضة نفسها إذا ءانء ءءزوءة):

|   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| اسم اللقاا  | الءرعة                                | المؤسسة / اسم الءبب / ءارء إعطاء اللقاا                        |
| اسم اللقاا<br>رقم ءءءلءة<br>[ءءءلر] ءءقق من ءارء صلاءبة هءا اللقاا. | الءرعة عن طرءق الءقء العضلب<br>0.5 مل | المؤسسة:<br>اسم الءبب:<br>ءارء إعطاء اللقاا: / / (بوم/شهر/سنة) |

\* إذا ءانء المرءضة ءءزوءة، فلا ءاءة للإءابة على هءا السوال.

## استبيان الفحص للتطعيم باللقاحات الخاص ب٤روس الورم الحليمي البشري (للطفء الءي لا يرافقه الوالء/ولي الأمر)

### الشرح قبل إعطاء التطعيم ضد عدوى فيروس الورم الحليمي البشري

٥ بالنسبة إلى الوالء/ولي الأمر: يرجى التأكد من قراءة هذه الوثيقة.

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

كان على عاتق الوالء/ولي الأمر في الماضي مرافقة طفله لتلقي التطعيم؛ ورغم ذلك، فقط في حالة التطعيم 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 الوالء/ولي الأمر، بشرط أن يقرأ الوالء/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 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 يباشرون 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 تتسبب في الإصابة بالورم اللقيم المؤنّف، وهو ثؤلول 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 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 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

٥ 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.

٥ 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.

٥ 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 اسءءءارة طيببك 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 مسءءزر الءءعيم.
  - 4) أو أية ءالات أخرى يراها الطيبب غير ملائمة
- إذا كانت الءفلة ءاملاً، يجب ءءم إعءائها الءءعيم.

○ بالنسبة إلى الواءءولى 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 الءانة الءاصة بالواءءولى الأمر. بءون ءوءيعك لا يمكن لطفلك أن يءلقى الءءعيم. إذا لم ءرغب 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 الواءءولى الأمر:

العنوان:

رءم الاءصال عند الطوارىء:

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

استبيان الفءص

|               |                                  |                                  |  |      |      |      |      |
|---------------|----------------------------------|----------------------------------|--|------|------|------|------|
| ءرءة          | ءرءة ءرارة ءرءم قبل مءابلة الطيب |                                  |  | ءنءر | ءنءى | ءنءر | ءنءى |
| ءنءر          |                                  |                                  |  |      |      |      |      |
| اسم الطءل     |                                  |                                  |  |      |      |      |      |
| ءرءة          |                                  | ءرءة ءرارة ءرءم قبل مءابلة الطيب |  | ءنءر |      | ءنءى |      |
| (ءوم/شءر/سنة) |                                  | ءرءة / / (ءنءر / سنءاء / ءرءة)   |  | ءنءر |      | ءنءى |      |

| ءعلق الطيب  | الإءابة | استبءاءة الءطءم  |
|---|---------|--|
|   |         |  |
|   | ءنءم    | هل الطءل مرءض الآن؟<br>لو ءان مرءضا، ءصف طبءعة المرءض الءى بعائى منه. ( )  |
|   | ءنءم    | هل ءان الطءل مرءضا الشءر المءاضى؟<br>اسم المرءض ( )  |
|   | ءنءم    | هل ءلءى الطءل ءطءما فى الشءر المءاضى؟<br>اسم اللءاء ( )  |
|   | ءنءم    | هل بعائى الطءل من عيوب ءلقفة أو أمراض ءلب أو ءلى أو ءبء أو أمراض ءهاز العصبى المءركزى، أو نقص المناعة أو أفة أمراض آءرى ءمت باستشارة الطيب بشأئها؟<br>اسم المرءض ( ) |
|   | ءنءم    | وبناء على ما سبءق فهل وافء الطيب المءالء للمرض المءءور أنفا على الءطءم الآن؟   |
|   | ءنءم    | هل عانى الطءل من أزماء (ءشءء- نوبة مرض) فى المءاضى؟<br>إذا ءان الأمر ءءلك فى أى عمر ءءء له هذا؟ ( )  |
|   | ءنءم    | إذا أءبءت على السؤل السابق «ءنءم» فهل أصبب الطءل بالءمى فى ءلك الوءء؟  |
|   | ءنءم    | هل أصبب الطءل بءطفء ءلءى أو آرءىءارفا (ءمى القراضفة أو ءساسفة ءلء) ءرء ءلء لبعض الأءفة أو الأءءمة أو أنه بمرء بعد ءناول أءءمة أو أءفة مءفءة؟                         |
|   | ءنءم    | هل أصبب ءرء من أفراد عائلءة الطءل أو أءء أقربائى بمرءض نقص المناعة الءلقفى؟  |
|   | ءنءم    | هل عانى الطءل من رء ءلء ءءفء للءاء مءفن من ءبل؟<br>اسم اللءاء ( )  |
|   | ءنءم    | هل أصبب ءرء من أفراد عائلءة الطءل أو أءء أقربائى فى المءاضى بءرء ءلء ءءفء للءاء مءفن؟  |
|   | ءنءم    | هل هناك ما بءل على ءءوء ءمءل (على سبب المءال ءأءر ءءرة الشءرففة، أو انءطاءءها)؟<br>[ءءءفر] بءب ءوآى ءرءص الءءفء عند إعطاء الءطءمءاء للمرءة ءامل.                     |
| <p>ءءء استبءاءة الفءص وسببفة لءزفاءة أمان عملفة الءطءم. هل ءوافق على أن بءلءى طءلك هذا الءطءم مع الأءء فى ءسبءن الأمراض السابقة وءالءها بءوم؟<br/>أنا ( أو افء / لا أو افء ) * على أن بءلءى الطءل الءطءم. * من ءضلك ءضع ءائرة على اءءبءارك.<br/>وأنا على ءرابة بما ءءر أنفا وأوافق على أن ءءءم هذه الاستبءاءة إلى مءءب البلاءفة.</p> <p>ءوقءع الواءء / ولى الأمر:</p> |         |  |

|  |
|--|
| ءعلق الطيب   |
| وبناء على الإءاباء المءءورة عالفه وءءاءء المءابلة، ءءء ءرءء بأن ( بءءم أو لا بءءم ) المرءض الآن.<br>ولءء ءرءء للمرءض أو للمرءضة المءلوماء المءعلقة بالفواءء والآءار ءانبفة للءطءم والإعانة المءءمة للأشءاء الذىن أصببوا بأعراض سلبفة مرءبءة بالءطءم. |
| ءوقءع الطيب أو اسمه وءاءمءه:   |

|  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| اسم اللءاء   | ءرءة                               | المؤسسة / اسم الطيب / ءارءء إعطاء اللءاء                        |
| اسم اللءاء<br>رقم الءشءفبلة<br>[ءءءفر] ءءءق من ءارءء ءصلاءفة هذا اللءاء. | ءرءة عن طرءق ءءقن العضلى<br>0.5 مل | المؤسسة:<br>اسم الطيب:<br>ءارءء إعطاء اللءاء: / / (ءوم/شءر/سنة) |

الاستبيان الخاص بالفحص الأولي للتطعيم بلقاح الالتهاب الكبدي النوع (ب)

|                        |                                    |                    |        |               |
|------------------------|------------------------------------|--------------------|--------|---------------|
| العنوان                | درجة حرارة الجسم قبل مقابلة الطبيب |                    |        | درجة          |
| اسم الطفل              | 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 الطفل المراد تطعيمه.  |          |              |
| وزن الطفل عند الميلاد هل كان الطفل يعاني من أية حالات مرضية غير طبيعية عند الولادة؟  | نعم / لا |              |
| (جرام) هل كان الطفل يعاني من أية حالات مرضية غير طبيعية بعد الولادة؟   | نعم / لا |              |
| هل كانت هناك أية اضطرابات معينة لوحظت عند فحص صحة الطفل الصغير؟  | نعم / لا |              |
| هل الطفل مريض الآن؟  | نعم / لا |              |
| إذا كان مريضا، فصف طبيعة المرض الذي يعاني منه. ( )   |          |              |
| هل كان الطفل مريضا الشهر الماضي؟   | نعم / لا |              |
| اسم المرض ( )  |          |              |
| 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؟  | نعم / لا |              |
| اسم المرض ( )  |          |              |
| هل تلقى الطفل تطعيما في الشهر الماضي؟  | نعم / لا |              |
| اسم اللقاح ( )   |          |              |
| 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؟   | نعم / لا |              |
| اسم المرض ( )  |          |              |
| وبناء على ما سبق فهل وافق الطبيب المعالج للمرض المذكور أنفا على التطعيم الآن؟  | نعم / لا |              |
| هل عانى الطفل من أزمات (تنسج- نوبة مرض) في الماضي؟   | نعم / لا |              |
| فلو كان الأمر كذلك ففي أي عمر حدث له هذا؟ ( )  |          |              |
| لو أجبت على السؤال السابق « بنعم» فهل أصيب الطفل بالحمى في ذلك الوقت؟  | نعم / لا |              |
| 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؟  | نعم / لا |              |
| هل يعاني الطفل من فرط الحساسية ضد اللاتكس*؟  | 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؟  | نعم / لا |              |
| اسم اللقاح ( )   |          |              |
| هل أصيب فرد من أفراد عائلة الطفل أو أحد أقربائه مسبقا برد فعل شديد للقاح معين؟   | نعم / لا |              |
| هل تلقى الطفل نقل دم أو منتجات دم أو تناول حقنة معروفة باسم جاما جلوبولين في الشهور الستة الماضية؟   | نعم / لا |              |
| هل تم تطعيم الطفل بلقاح الالتهاب الكبدي النوع (ب) بعد الولادة لمنع انتقال المرض من الأم إلى الطفل؟   | نعم / لا |              |
| هل لديك أية استفسارات عن التطعيم الذي سيتم تناوله الآن؟  | نعم / لا |              |
| تعليق الطبيب<br>وبناء على الإجابات المذكورة عليه ونتائج المقابلة، فقد قررت بأن (يطعم / لا يطعم) الطفل الآن.<br>ولقد شرحت للوالد أو لولي الأمر المعلومات المتعلقة بالفوائد والآثار الجانبية للتطعيم والإعانة المقدمة للأشخاص الذين أصيبوا بأعراض سلبية مرتبطة بالتطعيم.<br>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 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<br>رقم التشغيل<br>[تحذير] تحقق من تاريخ صلاحية هذا اللقاح. | * (تعطى الجرعة عن طريق الحقن تحت الجلد)<br>مل | المؤسسة:<br>اسم الطبيب:<br>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 الطفل يعاني من حساسية تجاه الفواكه وغيرها من المواد ذات التفاعل المتصالب مع اللاتكس (الموز، الكستناء، الكيوي، الأفوكادو، الشمام...إلخ).