

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

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

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 حصل أن عُرِضَ الطفل لأي شخص مصاب بمرض السل (بما في ذلك أي فرد من أفراد العائلة)؟	نعم / لا	
هل تلقى الطفل تطعima في الشهر الماضي؟	نعم / لا	
اسم اللقاح ( )		
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؟	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 (تشنج- 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 أرتكاريا (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 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 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 ) 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 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.	* طريقة التطعيم	المؤسسة: اسم الطبيب: تاريخ إعطاء اللقاح: / / (يوم/شهر/سنة)
	مل	

ملحوظة) يعد مستحضر جاما جلوبولين منتج من منتجات الدم حيث يحقن به المريض للوقاية من الأمراض المعدية، مثل التهاب الكبد النوع (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.  
\* قم بتدوين «تطعيم جلدي ضد مرض السل بكمية محددة باستخدام إبر مخصصة للقاح السل» على سبيل المثال بالنسبة للتطعيم بلقاح السل، و «حقن تحت الجلد/حقن عضلي» على سبيل المثال بالنسبة للتطعيم بلقاح مركب من خمسة أنواع أو بلقاح متحد خمسة عشري التكافؤ لعلاج المكورات الرئوية وذلك للتفريق بينهما.

استبيان الفحص للتطعيم باللقاحات الخاص بٲيروس الورم الحليمي البشري

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

\* لا حاجة لملء هذه الخانة إذا كان الشخص الذي سيتم تطعيمه يبلغ 61 عامًا من العمر أو أكثر.

تعلق الطبيب	الإجابة		استبانة التطعيم	
	لا	نعم	هل قرأت الوثيقة (المرسلة إليك سابقا عن طريق مكتب البلدية) والتي تبين التطعيم الذي سيتم تناوله الآن؟	
			ما رقم الجرعة التي ستتلقاها اليوم؟	
	الجرعة الثالثة	الجرعة الثانية	الجرعة الأولى	(الجرعة الثانية والجرعات اللاحقة لها) يرجى تدوين نوع اللقاح الذي تلقته حتى الآن وتاريخ التطعيم والعمر عند التطعيم (ملاحظة 1) يرجى وضع دائرة حول أحد أنواع اللقاح التالية: ① سيرفاريكس (ثاني التكافؤ)، ② غارداسيل (رباعي التكافؤ)، ③ سيلغارد 9 (تساعي التكافؤ)، ④ غير ذلك.
	الجرعة الثالثة	الجرعة الثانية	الجرعة الأولى	(ملاحظة 2) بالنسبة لللقاح سيلغارد 9 (تساعي التكافؤ)، من الممكن إكمال التطعيم به بجرعتين تعطى الأولى منها قبل سن 41 والثانية بعد 5 أشهر أو أكثر من ذلك.
	الجرعة الثالثة	الجرعة الثانية	الجرعة الأولى	(ملاحظة 3) يجب على ولي الأمر أو الشخص الذي سيتم تطعيمه والطبيب التأكد من معلومات اللقاح الذي تم التطعيم به. إذا تعذر الوصول إلى السجل المطلوب أو معرفة المعلومات اللازمة، فيرجى من الطبيب تدوين «غير معروف».
				ما نوع اللقاح الذي ترغب في تلقيه اليوم؟ (ملاحظة) يرجى وضع دائرة حول أحد أنواع اللقاح التالية: ① سيرفاريكس (ثاني التكافؤ)، ② غارداسيل (رباعي التكافؤ)، ③ سيلغارد 9 (تساعي التكافؤ).
	لا	نعم		هل يعاني من أي مرض الآن؟ فلو كان الأمر كذلك فمن فضلك صف بالتفصيل طبيعة المرض.
	لا	نعم		هل كان الشخص مريضا الشهر الماضي؟ اسم المرض ( )
	لا	نعم		هل تلقى المريض تطعيما في الشهر الماضي؟ اسم اللقاح ( )
	لا	نعم		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 ( )
	لا	نعم		وبناء على ما سبق فهل وافق الطبيب المعالج للمرض المذكور أنفا على التطعيم الآن؟
	لا	نعم		هل عانى المريض من أمراض (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 الشخص بالحمى في ذلك الوقت؟
	لا	نعم		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؟
	لا	نعم		هل أصيب فرد من أفراد عائلة المريض أو أحد أقربائه بمرض نقص المناعة الخلقي؟
	لا	نعم		هل عانى المريض من رد فعل شديد لللقاح معين من قبل؟
				اسم اللقاح ( )
	لا	نعم		هل أصيب فرد من أفراد عائلة المريض أو أحد أقربائه مسبقا برد فعل شديد لللقاح معين؟
	لا	نعم		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.
	لا	نعم		هل لديك أية استفسارات عن التطعيم الذي سيتم تناوله الآن؟
تعلق الطبيب وبناء على الإجابات المذكورة عليه ونتائج المقابلة، فقد قررت بأن (يطعم أو لا يطعم) المريض الآن. ولقد شرحت للشخص الذي سيتم تطعيمه (أو ولي الأمر إذا كانت الطفلة دون 61 سنة من العمر) 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، 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 فأنا (وافق / لا أوافق)	
أن يتلقى المريض التطعيم. * من فضلك ضع دائرة على اختيارك.	
وأنا على دراية بما ذكر أنفا ووافق على أن هذه الاستبانة يمكن تقديمها إلى مكتب البلدية.	
توقيع الوالد/ ولي الأمر أو المريضة نفسها:	
* توقيع ولي الأمر إذا كانت الطفلة التي سيتم تطعيمها دون 61 سنة من العمر	

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)

## استبيان الفحص للتطعيم باللقاحات الخاص بٲيروس الورم الحليمي البشري (للطفل الذي 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 (باستثناء من تزيد أعمارهم عن 16 عامًا)]

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) (باستثناء من تزيد أعمارهم عن 16 عامًا)، 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 فيرجى 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. ويُقدر معدل العدوى بهذه الفيروسات بأكثر من 50% عند السيدات في بلاد الخارج ممن يباشرن العلاقة الجنسية حيث يصبن 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 تتسبب في الإصابة بالورم اللقيم المؤتلف، وهو ٲولول تناسلي حميد.

### 2 فوائد التطعيم وأثاره 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.  
وسبب 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 ٲأقي (صدمة، وطفح جلدي، وصعوبة في التنفس)، ومتلازمة غيان-باريه، وفرقية نقص الصفائح الدموية (نزيف جلدي من الغشاء المخاطي في الأنف والفم) والتهاب الدماغ والنخاع المننثر الحاد (ADEM).  
\* للاطلاع على المزيد من التفاصيل يرجى مراجعة موقع البلدية على الإنترنت لنشرة المعلومات التي تم إرسالها إليكم.

### 3 أنظمة تقديم الدعم للأشخاص الذين أصيبوا بأعراض عكسية مرتبطة بالتطعيم

ٲ في حالة تسبب التطعيم الروتيني في إصابة شخص بتفاعلات عكسية مما يتطلب علاج 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 دخلاً سنويًا للأطفال المعاقين، ودخلاً 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 ءءذبرآء ءءءعم

- بعطى هءآ ءءءعم عآءة للءفل الءى لآ بعآنى من مشآكل صءبىة. إءآ ءآن ءفلك مرعبضآ ءبرءى ءبئنءآ اسءءشآرة ءبببك ءب ءءءعم ءفلك أم لآ. إءآ مآ ءوءآر ءب ءفلك آءء هءة المعآببر ءآنه لآ بمكن أن بءلءى ءءءعم.
- (1) إءآ ءآن ءفلك مصآبآ بءمى ظآهرة بءرءة ءرآرة (37.5 ءرءة منوبىة أو آءر)
  - (2) أو ءآن مصآبآ بمرض ءآء و ءءببء
  - (3) أو ءآن ءء عآنى من صءمة ءءسآسىة بسبب آب مءون من مءونآء مسءءضر ءءءعم.
  - (4) أو آبىة ءآلآء آءرى برآهآ ءبببب عبر ملآنمة
- إءآ ءآء ءفءة ءآملآ، بعب ءءم إعطآهآ ءءءعم.

○ بالءنسبىة إلبى الوآءءولبى الأمر: برءبى ءآءء من ءرآءة الآبى.

بعء ءرآءة المءآببىة لمآ سبب وءهه ءآملآ، برءبى أن ءقرر مآ إءآ ءآن ءفلك سبءء للءءعم أم لآ. إءآ ءرءر ءءءعم ءفلك، ءمن ءءلك ءم بالءوءبعب علبى الآبى ءب ءآءة ءآءة بالوآءءولبى الأمر. (بءون ءوءبعبك لآ بمكن لءفلك الءبى لم بءآوء 16 سنة من العمر أن بءلءى ءءءعم.) إءآ لم ءرعب ءب ءءءعم ءفلك، ءلآ ءآءة لأن ءوءعب.

لءء ءرآء ءءرء ءآءب بالءءعم ضد عءوى ءبروس الورم ءلبمبى البءشربى وأءهه ءوءآء ومآءر الآآآر ءآنبببىة ءآبببرة للءآآء ونءآم الإعآنة لءعم الأشءآص المصآبببب بآصآبآء صءببىة ءءبءة ءءءعم. وبمرآعة هءة المسآئل، أوآقق علبى ءءءعم ءفلبى. وءء ءهملت أن هءة الوءببقة ءء أءءء لمسآءة الوآءببب وأولبآء الأمور لءهه آآآر ءءءعم ءههآ شآملآ، أوآقق علبى ءءءبم هءة الاسءمآرة إلبى مءءب البلببببىة.

ءوءبعب الوآءءولبى الأمر:

العنوان:

رءم الإءصآل عئء الطوآربى:

\* هءة الاسءمآرة ضرورببىة للءءعم ضد عءوى ءبروس الورم ءلبمبى البءشربى عئءمآ لآ ببءون ءفلك برءفة الوآءءولبى الأمر. ءآءء من ءبآم ءفلك الءبى لم بءآوء 16 سنة من العمر بءءءبم هءة الاسءمآرة عئء ءءم مرآءءلك له.

بءون ءوءبعبك لآ بمكن لءفلك الءبى لم بءآوء 16 سنة من العمر أن بءلءى ءءءعم.

استبيان الفحص

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

تعليق الطبيب	الإجابة		استبانة التطعيم
	لا	نعم	هل قرأت النشرة التوضيحية التي وزعها مكتب البلدية حول التطعيم الوقائي الذي ستتلقاه اليوم؟
	الجرعة الثالثة	الجرعة الثانية	الجرعة الأولى
			ما رقم الجرعة التي ستتلقاها اليوم؟
	/ / - سنة		(الجرعة الثانية والجرعات اللاحقة لها) يرجى تدوين نوع اللقاح الذي تلقته حتى الآن وتاريخ التطعيم والعمر عند التطعيم (ملاحظة 1) يرجى وضع دائرة حول أحد أنواع اللقاح التالية: ① سيرفاريكس (ثنائي التكافؤ)، ② غارداسيل (رباعي التكافؤ)، ③ سيلغارد 9 (تساعي التكافؤ)، ④ غير ذلك. (ملاحظة 2) بالنسبة لللقاح سيلغارد 9 (تساعي التكافؤ)، من الممكن إكمال التطعيم به بجرعتين تعطى الأولى منها قبل سن 41 والثانية بعد 5 أشهر أو أكثر من ذلك. (ملاحظة 3) يجب على ولي الأمر أو الشخص الذي سيتم تطعيمه والطبيب التأكد من معلومات اللقاح الذي تم التطعيم به. إذا تعذر الوصول إلى السجل المطلوب أو معرفة المعلومات اللازمة، فيرجى من الطبيب تدوين «غير معروف».
	/ / - سنة		ما نوع اللقاح الذي ترغب في تلقيه اليوم؟ (ملاحظة) يرجى وضع دائرة حول أحد أنواع اللقاح التالية: ① سيرفاريكس (ثنائي التكافؤ)، ② غارداسيل (رباعي التكافؤ)، ③ سيلغارد 9 (تساعي التكافؤ).
	لا	نعم	هل الطفل مريض الآن؟ لو كان مريضاً، فصف طبيعة المرض الذي يعاني منه. ( )
	لا	نعم	هل كان الطفل مريضاً الشهر الماضي؟ اسم المرض ( )
	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 آنفاً على التطعيم الآن؟
	لا	نعم	هل عانى الطفل من أزمات (تشنج- نوبة مرض) في الماضي؟ إذا كان الأمر كذلك ففي أي عمر حدث له هذا؟ ( )
	لا	نعم	إذا أجبت على السؤال السابق «نعم» فهل أصيب الطفل بالحُمى في ذلك الوقت؟
	لا	نعم	هل أصيب الطفل بطفح جلدي أو أرتيكاريا (الحُمى القراصية أو حساسية الجلد) كرد فعل لبعض 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 لللقاح معين من قبل؟ اسم اللقاح ( )
	لا	نعم	هل أصيب فرد من أفراد عائلة الطفل أو أحد أقربائه في الماضي برد فعل شديد لللقاح معين؟
	لا	نعم	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.
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 / لا أوافق) * على أن يتلقى الطفل التطعيم. * من فضلك ضع دائرة على اختيارك. وأنا على دراية بما ذكر آنفاً وأوافق على أن تقدم هذه الاستبانة إلى مكتب البلدية.			
توقيع الوالد / ولي الأمر:			

تعليق 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 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)

الاسءءباء الءاص بالفءص الأولى للءءعءم بلقاع الاءءهاب الكءءى النوع (ب)

ءرءة	ءرءة ءرارة الجسم قبل مءابلاء الطءبء			
العنوان				
اسم الطفل	ذكر / أنءى	ءارءء المءلاد	العمر ( / سنوءاء / )	(ءوم/شءر/سنة) / (أشءر)
اسم الواءء / ولى الأمر				

ءءلق الطءبء	الإءابة	اسءءباء الءءعءم
	ءم / لا	هل ءراءء الوءءءة (المرسلاء إلك سابقا عن طرءق مكءب البلءءة) وءى ءبءن الءءعءم الءى سءءم ءءاوله الآن؟
	ءم / لا	من ءضلك أءب على الأسئلة الآءءة بءصوص الطفل المراد ءءعءمه.
	ءم / لا	وزن الطفل عند المءلاد هل ءان الطفل ءعائى من آءة ءالاء مرءبءة ءئر طءبءءة عند الولاءة؟
	ءم / لا	( ) ءرام هل ءان الطفل ءعائى من آءة ءالاء مرءبءة ءئر طءبءءة بعء الولاءة؟
	ءم / لا	هل ءانءء هناك آءة اضطراباء مءبءة لوءءء عند ءءص صءة الطفل الصءفر؟
	ءم / لا	هل الطفل مرءبء الآن؟
	ءم / لا	إذا ءان مرءبءا ءصف طءبءة المرء الءى ءعائى منه. ( )
	ءم / لا	هل ءان الطفل مرءبءا الشهر الماضى؟
	ءم / لا	اسم المرء ( )
	ءم / لا	هل أصءبب آى ءرء من أءراء عائلاء الطفل أو صءءق له بمرءص ءصبءة العاءءة أو الألمانية ، أو بمرءص ءءءرءى أو ءءهاب ءءءة النءءبءة (النءاف) فى الشهر الماضى؟
	ءم / لا	اسم المرء ( )
	ءم / لا	هل ءلقى الطفل ءءعءما فى الشهر الماضى؟
	ءم / لا	اسم اللقاع ( )
	ءم / لا	هل ءعائى الطفل من عبوب ءلقبءة أو أمراض ءلب أو ءلى أو ءبء أو أمراض ءهاز العصبى المءرءزى ، أو نقص المناءة أو آءة أمراض آءرى ءمء باسءءارة الطءبء بشأءها؟
	ءم / لا	اسم المرء ( )
	ءم / لا	وبناء على ما سبء هل وافء الطءبء المءالع للمرءص المءءر أنفا على الءءعءم الآن؟
	ءم / لا	هل عائى الطفل من أزماء (ءءءء- ءوبءة مرءص) فى الماضى؟
	ءم / لا	فلو ءان الأمر ءءلك فى آى عمر ءءء له هذا؟ ( )
	ءم / لا	لو أءبء على السؤال السابق « بءم» فهل أصءبب الطفل بالءمى فى ءلك الوءء؟
	ءم / لا	هل أصءبب الطفل بءءء ءءءى أو أرءبءكاربىا (ءساسبءة ءءء أو ءمى القراضبءة) ءرء ءعل لءءاول بعض الأءوبءة أو الأءءمة أو أنه ءمرءص بعء ءءاول أءءمة أو آءوبءة مءبءة؟
	ءم / لا	هل أصءبب ءرء من أءراء عائلاء الطفل أو آءء أقرباءه بمرءص نقص المناءة الءلقبى؟
	ءم / لا	هل عائى الطفل من رء ءعل ءءبء لللقاع مءبء من ءبل؟
	ءم / لا	اسم اللقاع ( )
	ءم / لا	هل أصءبب ءرء من أءراء عائلاء الطفل أو آءء أقرباءه مسبءا برء ءعل ءءبء لللقاع مءبء؟
	ءم / لا	هل ءلقى الطفل نقل ءم أو مءءءاء ءم أو ءءاول ءءءة مءرءفة باسم ءاماء ءلوببوءلءن فى الشهرء السءءة الماضبءة؟
	ءم / لا	هل ءم ءءعءم الطفل بلقاع الاءءهاب الكءءى النوع (ب) بعء الولاءة لءمء انءقال المرءص من الأم إلكى الطفل؟
	ءم / لا	هل لءك آءة اسءءساراء عن الءءعءم الءى سءءم ءءاوله الآن؟

ءءلق الطءبء  
وبناء على الإءاباء المءءرءة عالبه وءءاءء المءابلاء ، ءمء ءرءء بأن ( ءءم / لا ءءم ) الطفل الآن.  
ولءء شرحء للواء أو لولى الأمر المءلوءاء المءءلءة بالفواءء والآءار ءاببءة للءءعءم والإعائة المءءمءة للأشءاص الءبءن أصببوا بأعراض سلببءة مرءبءة بالءءعءم.  
ءوءبء الطءبء أو اسمء وءاءمء:

ءءء اسءءباء الفءص وسببءة لءزبءة آمان عملبءة الءءعءم. بعء ما قام الطءبء بمءابلاء الطفل وإبصاء المءلوءاء المءءلءة بفواءء الءءعءم وأءافءه ومءاطره (بما فى ءلك الآءار ءاببءة الءبءرءة) ءما أوضء لى طءبءة الإعائة المءءمءة فى ءالة ءءوءء أعراض سلببءة. وأنا مءآءء من ءهمى لهءه المءلوءاء.  
ولءاء ءاناء ( أو افءق / لا أو افءق ) \* أن ٱءلقى الطفل الءءعءم. \* من ءضلك ءضع ءائرة على اءءءارءك.  
وأنا على ءرابة بما ءءر أنفا ووافءء على أن ءءءم هءه الاسءءباء إلكى مكءب البلءءة.  
ءوءبء الواءء / ولى الأمر:

اسم اللقاع	ءرءة	المؤسءة / اسم الطءبء / ءارءء إعطاء اللقاع
اسم اللقاع رقم ءءءبءلاءة [ءءءبءر] ءءقء من ءارءء صلاءبءة هءا اللقاع.	* (ءعءبى ءرءة عن طرءق ءءقء ءءء ءءءء) مل	المؤسءة: اسم الطءبء: ءارءء إعطاء اللقاع: / / (ءوم/شءر/سنة)

### استبيان الفحص للتطعيم بالفقاع الخاص بعدوى فيروس الروتا

\*يرجى من أولياء الأمور ملء البيانات ضمن المربعات الغمقة.

العنوان		العنوان	
اسم الطفل	ذكر / أنثى	تاريخ التطعيم	
اسم ولي الأمر		درجة حرارة الجسم قبل الفحص	
		رقم الهاتف	
		تاريخ الميلاد	
		(العمر: أسابيع أيام) يبدأ العد من اليوم التالي ليوم الولادة.	
		تاريخ التطعيم (يوم/شهر/سنة)	
		درجة	

تعليق المؤسسة الطبية (يرجى وضع علامة [X])

في حال كانت هذه هي المرة الأولى، هل تم التأكد من أن تاريخ اليوم لا يتجاوز 14 أسبوعاً و 6 أيام بعد الولادة؟

تعليق الطبيب	الإجابات			الأسئلة
	المرة الأولى	المرة الثانية	المرة الثالثة	
				كم مرة تم تطعيم الطفل بهذا الفقاع؟
				يرجى تدوين تاريخ التطعيم السابق. (إذا كانت هذه هي المرة الثانية أو أكثر) * يجب التأكد من مرور 27 يوماً على الأقل منذ التطعيم السابق بفقاع فيروس الروتا.
				هل قرأت المعلومات التي قام مكتب البلدية بتوزيعها حول هذا التطعيم؟
				هل فهمت الأمور المتعلقة بفوائد هذا التطعيم وتأثيراته الجانبية؟
				هل تلقيت شرحاً حول الانعقاد المعوي وفهمته؟
				فيما يلي أسئلة حول السوابق المرضية لدى الطفل.
				الوزن عند الولادة
				هل عانى الطفل من أية مشاكل عند الولادة؟
				هل عانى الطفل من أية مشاكل بعد الولادة؟
				هل سبق للطبيب إعلامك بوجود مشاكل ما في فحص صحة الرضيع؟
				هل يشعر الطفل بأي تورع اليوم؟
				يرجى تدوين الأعراض المحددة. ( )
				هل أصيب الطفل بالمرض خلال الشهر الماضي؟
				اسم المرض ( )
				هل أصيب أحد أفراد أسرة الطفل أو أحد أصدقائه بالمرض كالحصبة أو الحصبة الألمانية أو جدري الماء أو الكفاح خلال الشهر الماضي؟
				اسم المرض ( )
				هل تم تطعيم الطفل خلال الشهر الماضي؟
				نوع التطعيم ( ) تاريخ التطعيم ( )
				هل سبق للطفل الإصابة بالانغداد المعوي؟ أو هل يعاني من اضطراب خلقي في الجهاز الهضمي لم يكتمل علاجه بعد؟ * لا يمكن تطعيم الطفل بفقاع فيروس الروتا في مثل هذه الحالات.
				هل سبق وأن تم تشخيص الطفل بنقص المناعة؟ أو هل سبق وأن تكررت إصابته بأمراض معدية كالالتهاب الرئوي أو التهاب الأذن الوسطى أو بالإسهال أو لم يتزايد وزنه بشكل جيد؟ * قد لا يكون التطعيم بفقاع فيروس الروتا ممكناً في بعض الحالات.
				إلى جانب ما سبق، هل يخضع الطفل لفحوصات طبية بسبب إصابته بعيوب خلقية أو باضطرابات في الجهاز الهضمي أو بأمراض القلب / الكلى / الكبد / الدم / الأعصاب القحفية أو غيرها من قبل؟ اسم المرض ( )
				هل وافق الطبيب المعالج لذلك المرض على تطعيم الطفل بهذا الفقاع؟
				هل سبق للطفل التعرض لتشنجات (نوبات مرض)؟ (حين كان عمره أشهر)
				هل أصيب بالحمى في ذلك الوقت؟
				هل سبق للطفل الإصابة بالطغ الجدي أو الشرى أو الشعور بالتورع نتيجة تناول بعض الأدوية أو الأطعمة؟
				اسم الدواء / الطعام ( )
				هل سبق للطفل الشعور بالتورع بعد تطعيمه بفقاع معين؟
				نوع التطعيم ( )
				هل تناولت الأم أدوية تثبط المناعة أثناء الحمل؟
				اسم الدواء ( )
				هل يعاني أحد أقرباء الطفل من نقص المناعة الخلقي؟
				هل أصيب أحد أقرباء الطفل بالتورع بعد تطعيمه بفقاع معين؟
				هل سبق للطفل الخضوع لنقل الدم أو تلقي حقنة غاما غلوبولين؟
				هل لديك أية استفسارات حول هذا التطعيم؟

**تعليق الطبيب**

بناءً على الإجابات المبينة أعلاه وعلى نتائج الفحص، فقد قررت بأنه ( يمكن تطعيم / يفضل عدم تطعيم ) الطفل اليوم.

وقد شرحت لولي أمر الطفل فوائد التطعيم وتأثيراته الجانبية (وبخاصة الانعقاد المعوي) ونظام إعانة الأشخاص الذين يصابون بأعراض سلبية مرتبطة بالتطعيم.

**توقيع الطبيب أو اسمه وختمه**

**تعليق ولي الأمر**

قام الطبيب بفحص الطفل وتقديم الشرح المناسب، وقد فهمت فوائد التطعيم وأهدافه واحتمال حدوث تأثيرات جانبية خطيرة (وبخاصة الانعقاد المعوي) ومعلومات نظام إعانة الأشخاص الذين يصابون بأعراض سلبية مرتبطة بالتطعيم، وعليه فينتي ( أوافق / لا أوافق ) على تطعيم الطفل. \* يرجى إحاطة الإجابة التي تختارها بدائرة.

أنا على علم بأن هذا الاستبيان هو وسيلة لضمان سلامة التطعيم وأوافق على أن يتم تقديمه لمكتب البلدية.

**توقيع ولي الأمر**

اسم اللقاح	الجرعة	المؤسسة / اسم الطبيب / تاريخ التطعيم
اسم اللقاح:	عن طريق الفم	المؤسسة:
رقم التشغيلة:	روتاتيك* 2 مل	اسم الطبيب:
(تحدير) يجب التحقق من تاريخ صلاحية اللقاح.	روتاريكس* 1.5 مل	تاريخ التطعيم:
		(يوم/شهر/سنة)