

(اسءبأاة فءص لءرض) (ءفل صءفر / ءفل فف المرءلة الءراسفة)

| | | | | |
|------|----------------------------------|------|------|------------------------|
| ءرءة | ءرءة ءرارة ءءس قبل مءابلة الءبفب | | | العنوان |
| | | ءرءة | ءرءة | اسم الءفل |
| | | ءرءة | ءرءة | اسم الواءل / ولف الأمر |
| | | ءرءة | ءرءة | |

| ءءلفء الءبفب | الإءابة | اسءبأاة الءءءفم |
|--------------|---------|--|
| | ءءم | هل قرأء الوءفءة (المرسله إلفك سابقا عن ءرفب مءءب البءفة) وءلف ءبفب الءءءفم الءف سفءم ءءاوله الآن؟ |
| | ءءم | من فضلك أءب على الأسئلة الآءفة ببصوء الءفل المرءل ءءءفمه. |
| | ءءم | وزن الءفل عند المفلاء هل ءان الءفل فعافف من آفة ءالاء مرءفة فر طبففة عند الولاءة؟ |
| | ءءم | (ءرام) هل ءان الءفل فعافف من آفة ءالاء مرءفة فر طبففة بعء الولاءة؟ |
| | ءءم | هل ءائء هءاك آفة اسءطراباء معفنة لوءظء عند فءص صءه الءفل الصءفر؟ |
| | ءءم | هل الءفل مرفاء الآن؟ |
| | ءءم | إذا ءان مرفاء، فصف طبففة المرء الءف فعافف منه. () |
| | ءءم | هل ءان الءفل مرفاء الشهر الماضف؟ |
| | ءءم | اسم المرء () |
| | ءءم | هل أصفب آف فرد من أفراد عائله الءفل أو صءفء له بمرء الصءبة العاءفة أو الألمانية، أو بمرء ءءفرف أو ءءهاب العءة النءففة (النءاف) فف الشهر الماضف؟ |
| | ءءم | اسم المرء () |
| | ءءم | هل ءصل أن عرء الءفل لآف شءص مصاب بمرء السل (بما فف ءلك آف فرد من أفراد العائله)؟ |
| | ءءم | هل ءلقى الءفل ءءءفما فف الشهر الماضف؟ |
| | ءءم | اسم اللءاق () |
| | ءءم | هل فعافف الءفل من عفوب ءلففة أو أمراض ءلب أو ءلف أو ءبء أو أمراض ءءهاز العصبف المرءزف، أو نقص المناعة أو آفة أمراض آءرى ءمء باسءءشارة الءبفب بشأئها؟ |
| | ءءم | اسم المرء () |
| | ءءم | وبناء على ما سبء فهل وافء الءبفب المعالء للمرء المءءر أنفا على الءءءفم الآن؟ |
| | ءءم | هل عافف الءفل من أزماء (ءءءءء- نوبة مرء) فف الماضف؟ |
| | ءءم | فلو ءان الأمر ءءلك ففف آف عمر ءءء له هءا؟ () |
| | ءءم | لو أءبء على السؤال السابق « بءءم» فهل أصفب الءفل بالءمف فف ءلك الوءء؟ |
| | ءءم | هل أصفب الءفل بءفف ءءف أو آرءءءرأف (ءسأسفة ءءء أو ءمف القراضفة) ءرء فعء لءءاول بعض الأوءفة أو الأءءمة أو أنه بمرء بعء ءءاول أءءمة أو أوءفة معفنة؟ |
| | ءءم | هل أصفب فرد من أفراد عائله الءفل أو آءرءائه بمرء نقص المناعة الءلفف؟ |
| | ءءم | هل عافف الءفل من رء فعء ءءفء للءاق معفن من قبل؟ |
| | ءءم | اسم اللءاق () |
| | ءءم | هل أصفب فرد من أفراد عائله الءفل أو آءرءائه مسبقا برء فعء ءءفء للءاق معفن؟ |
| | ءءم | هل ءلقى الءفل نفل ءم أو منءءاء ءم أو ءءاول ءءفة معروفة باسم ءاما ءلوبفولفن فف الشهور السءة الماضفة؟ |
| | ءءم | هل لءفك آفة اسءفساراء عن الءءءفم الءف سفءم ءءاوله الآن؟ |

ءءلفء الءبفب
وبناء على الإءاباء المءءورة عالفه وءءائء المءابلة، فءء قرءء بأن (بءءم / لا بءءم) الءفل الآن.
ولءء شرءء للواء أو لولف الأمر المعلوماء المءءلة بالفواء والآءار ءءانبفة للءءءفم والإعانة المءءمة للأشءاص الءفن أصفبوا بأعراض سلبفة مرءبءة بالءءءفم.
ءوقفء الءبفب أو اسمه وءاءمه:

ءءء اسءبأاة الفءص وسفلة لءزفءة آمان عملفة الءءءفم. بعء ما قام الءبفب بمءابلة الءفل وإبصاء المعلوماء المءءلة بفواء الءءءفم وأءاففه ومءاطره (بما فف ءلك الآءار ءءانبفة ءءفره) ءما أوضح لف طبففة الإعانة المءءمة فف ءالة ءءوء أعراض سلبفة. وأنا مءءء من فهمف لهءه المعلوماء.
ولءا فانا (أو افءق / لا أو افءق) * أن فءلفف الءفل الءءءفم. * من فضلك ضع ءائرة على آءءءرك.
وأنا على ءرابة بما ءءر أنفا ووافءء على أن ءءءم هءه الاسءبأاة إلف مءءب البءفة.
ءوقفء الواءل / ولف الأمر:

| اسم اللءاق | ءرءة | المؤسسة / اسم الءبفب / ءارفء إعطاء اللءاق |
|---|--------------------------------------|--|
| اسم اللءاق رقم ءءشففلة [ءءءفر] ءءقق من ءارفء صلاءفة هءا اللءاق. | * (ءءلفف ءرءة عن ءرفب الءفن ءءء ءءء) | المؤسسة: اسم الءبفب: ءارفء إعطاء اللءاق: / / (بوم/شهر/سءة) |

[ملءوءة] بعء مسءءزر ءاما ءلوبفولفن منءء من منءءاء الءم ءفء بءفن به المرفاء للواقفة من الأمراض المعءفة، مءل الإءءهاب ءءفءف النوع (أ)، ءما بفسءء لمعالءة الأمراض المعءفة ءءفره.
ءءء بعض اللءاقاء المعفنة (على سبفل المءال، لءاق الصءبة العاءفة) آءفنا أقل ءآءفر على الأشءاص الءفن ءلقوا هءا المنءء فف الفءرة من 3 إلف 6 شهور السابقفة.
* فف ءالة الءءءفم ءءء المرء السل باسءءءام لءاق السل، صف على سبفل المءال «الءءءفم ءءفءف ءءء المرء السل الءف فءم عن ءرفب اسءءءام الأوءاء ءاء الإبر المءءءة و الأحءام المءءءة».

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 قمء 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 فى أى عمر ءءء له هءا؟ () |
| | ءم | لو أءبء على السؤل السابق «بءعم» فهل أصبب الشءص بالءمى فى ذلك الوءء؟ |
| | ءم | هل أصبب المرءض بءءع ءلءى أو ارءىءاربا (ءساسبءة الءلء أو الءمى القراضبءة) ءرء فعل ءءءول بعض الأءبءة أو الأءءمة أو أنه بمرءض بعء ءءءول أءبءة أو أءبءة معببءة؟ |
| | ءم | هل أصبب فرء من أفراد عائلء 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 عائلء المرءض أو أءرءبائه مسبقا برء فعل شءبء للقاا معبب؟ |
| | ءم | هل هءاك ما بءل على ءءوء ءمل (على سببل المءال ءأءر الءورة الشهربءة، أو انءطاعاها)؟ [ءءءبءر] بءب ءوآى الءرص الشءبء عند إعطاء الءءءعماء للمرءة الءامل. |
| | ءم | هل لءبءك أية اسءفساراء عن الءءءعم الءى سبءم ءءاوله الآن؟ |
| ءءلق الءبب وبناء على الإءاباء المءءورة عالبه وءءاء المءابله، فقء قرءء بأن (بءعم أو لا بءعم) المرءض الآن. ولقد شرحء للواءل / ولى الأمر (أو المرءبءة نفسها إذا ءائء ءءزوءة) المءلومااء المءلءة بالفواءء والآءار الءانببء للءءءعم والإعائءة المءءمة للأشءاص الءببوا بأعراض سلببءة مرءبءة بالءءءعم. ءوقعب الءبب أو اسمه وءاءمه: | | |

ءءء اسءءبانه الفءص وسببءة لءبءاءة أمان عملبءة الءءءعم. ولقد قام الءبب بمءابله المرءض، وإبءاا المءلومااء المءلءة بفواءء الءءءعم وأءافه ومءاطره (بما فى ذلك الآءار الءانببءة الءطبءة) ءما أوءء لبب طببعة الإعائءة المءءمة فى ءالة ءءوء أعراض سلبببءة. وأنا مءأء من فهمبب لهءه المءلومااء. ولءا فائا (أو وافق / لا وافق) * أن بءلقى المرءض الءءءعم. * من فضلك ءءع ءائرة على اءءبءارك. وأنا على ءرابة بما ءءر أنفا ووافءء على أن هءه الاسءببانه بءمبب ءءءببها إلى مكءب الءلءة.
ءوقعب الواءل / ولى الأمر (أو المرءبءة نفسها إذا ءائء ءءزوءة):

| | | |
|--|--|---|
| اسم اللقاا | الءرءة | المؤسسه / اسم الءبب / ءاربء إعطاء اللقاا |
| اسم اللقاا رقم الءءببءة [ءءءبءر] ءءقق من ءاربء صلاءبءة هءا اللقاا. | الءرءة عن طرءق الءقن العضلبى 0.5 مل | المؤسسه: اسم الءبب: ءاربء إعطاء اللقاا: / / (بوم/شهر/سنة) |

* إذا ءائء 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 الوالد/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 تتسبب 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.

استبيان الفءص

| | | | | | |
|-----------|----------------------------------|---------------|--|--|--|
| ءرءة | ءرءة ءرارة ءءص قءل مقابلة الطءبء | | | | |
| ءءوان | | | | | |
| ءصم الطءل | ءءر أنءى | ءارءء المءلاء | وءء فء ءصم () سنوات / (ءوم/ءصءر/سءة) أءصءر | | |

| ءءلق الطءبء | الإءابة | استءبائةءءطءعم |
|---|-----------|---|
| | | |
| | ءءم لا | هل الطءل مرءص الآن؟ لو ءان مرءصاء، فءص طءبءة المرءص الءء بعائء مءه. () |
| | ءءم لا | هل ءان الطءل مرءصاء ءءصءر الماضء؟ اسم المرءص () |
| | ءءم لا | هل ءلقى الطءل ءطءعما فء ءءصءر الماضء؟ اسم اللقاع () |
| | ءءم لا | هل بعائء الطءل مء عءوب ءلقءة أو أمراض ءلب أو ءلى أو ءبء أو أمراض ءءهاز العءصءى المءركءى، أو نقص المءاعة أو آءة أمراض آءرى ءمء باءسءءارة الطءبء بءائءها؟ اسم المرءص () |
| | ءءم لا | وبناء على ما سبءق فهل وافء الطءبء المءعالء للمرءص المءءور أنفا على ءطءعم الآن؟ |
| | ءءم لا | هل عائء الطءل مء أزماء (ءءءءء- نوبة مرءص) فء الماضء؟ إذا ءان الأمر ءءلك فءى آءى عءر ءءء له هءا؟() |
| | ءءم لا | إذا آءبء على السؤل السابق « بءعم» فهل أصءب الطءل بالءمى فء ءلك الوءء؟ |
| | ءءم لا | هل أصءب الطءل بءطفء ءءءى أو آرءءءارءا (ءمى القراءصءة أو ءساسءة ءءء) ءرء فعء لبعءض الاءوءة أو الأءءمة أو أنه بمرءص بعء ءءاول أءءمة أو اءوءة مءءءة؟ |
| | ءءم لا | هل أصءب فرء مء أفراد عائءة الطءل أو آءء أقربائءه بمرءص نقص المءاعة الءلقءى؟ |
| | ءءم لا | هل عائء الطءل مء رء فعء ءءبء لللقاع مءءن مء قءل؟ اسم اللقاع () |
| | ءءم لا | هل أصءب فرء مء أفراد عائءة الطءل أو آءء أقربائءه فء الماضء بءرء فعء ءءبء لللقاع مءءن؟ |
| | ءءم لا | هل هءاك ما بءل على ءءوء ءمءل (على سبءل المءال ءأءر الءورة ءءهءءة، أو انءطاعها)؟ [ءءءءر] بءب ءوءءء ءءءبء عءء إعطاءءطءعماء للمرءة ءالمءل. |
| <p>ءءء استءبائةء الفءص وسبءة لءءاءة أمان عمءءةءطءعم. هل ءوافق على أن بءلقى طفلك هءا ءطءعم مء الأءء فء ءءبءان الأمراض السابقءة وءائءها الءوم؟ أنا (أو افء / لا أو افء) * على أن بءلقى الطءل ءطءعم. * مء فضلك ءع ءائرة على آءءءارءك. وأنا على ءراءة بما بءءر أنفا وأوافق على أن ءءءم هءة الاستءبائةء إلى مءءب البءءءة.</p> <p>ءوءع الواءء / ولى الأمر :</p> | | |

| |
|--|
| ءءلق الطءبء |
| وبناء على الإءاباء المءءورة عالبه وءءائء المقابلة، فءء قرءرء بأن (بءعم أو لا بءعم) المرءص الآن. |
| ولءء ءرءء للمرءص أو للمرءصءة المءلوماء المءعلقة بالفواءء والآءار ءائءءةءطءعم والإعائة المقءمة للأءءصاء الءءن أصءبوا بأعراض سلءبءة مء ءءبءة بالءطءعم. |
| ءوءع الطءبء أو اسمء وءاءمءه: |

| | | |
|--|---------------------------|--|
| اسم اللقاع | ءرءة | المؤسءة / اسم الطءبء / ءارءء إعطاءء اللقاع |
| اسم اللقاع رقم ءءءبءة | ءرءة عء طرءق ءءقء العءصلى | المؤسءة: اسم الطءبء: |
| [ءءءءر] ءءق مء ءارءء ءصلاءءة هءا اللقاع. | 0.5 مل | ءارءء إعطاءء اللقاع: / / (ءوم/ءصءر/سءة) |

استبيان الفحص للتطعيم بالفقاح الخاص بعدوى فيروس الروتا

*يرجى من أولياء الأمور ملء البيانات ضمن المربعات الغمقة.

| | | | | | |
|--|------------|---------------|---------------|---------------|--|
| العنوان | | اسم الطفل | | اسم ولي الأمر | |
| درجة | رقم الهاتف | ذكر / أنثى | تاريخ التطعيم | | |
| تاريخ الميلاد | | تاريخ التطعيم | | | |
| (العمر: أسابيع أيام) يبدأ العد من اليوم التالي ليوم الولادة. | | تاريخ التطعيم | | | |

تعلق 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؟

| تعلق الطبيب | الإجابات | | | الأسئلة |
|-------------|--------------|---------------|---------------|--|
| | المرة الأولى | المرة الثانية | المرة الثالثة | |
| | | | | كم مرة تم تطعيم الطفل بهذا الفقاح؟ يرجى تدوين تاريخ التطعيم السابق. (إذا كانت هذه هي المرة الثانية أو أكثر) * يجب التأكد من مرور 27 يوماً على الأقل منذ التطعيم السابق بفقاح فيروس الروتا. |
| | لا | نعم | | هل قرأت المعلومات التي قام مكتب البلدية بتوزيعها حول هذا التطعيم؟ |
| | لا | نعم | | هل فهمت الأمور المتعلقة بفوائد هذا التطعيم وتأثيراته الجانبية؟ |
| | لا | نعم | | هل تلتفتت شرحاً حول الانعقاد المعوي وفهمته؟ فيما يلي أسئلة حول السوابق المرضية لدى الطفل. الوزن عند الولادة |
| | لا | نعم | | هل عانى الطفل من أية مشاكل عند الولادة؟ |
| | لا | نعم | | هل عانى الطفل من أية مشاكل بعد الولادة؟ |
| | لا | نعم | | هل سبق للطبيب إعلامك بوجود مشاكل ما في فحص صحة الرضيع؟ |
| | لا | نعم | | هل يشعر الطفل بأي تورع اليوم؟ يرجى تدوين الأعراض المحددة. () |
| | لا | نعم | | هل أصيب الطفل بالمرض خلال الشهر الماضي؟ اسم المرض () |
| | لا | نعم | | هل أصيب أحد أفراد أسرة الطفل أو أحد أصدقائه بالمرض كالحصبة أو الحصبة الألمانية أو جدري الماء أو الكفاح خلال الشهر الماضي؟ اسم المرض () |
| | لا | نعم | | هل تم تطعيم الطفل خلال الشهر الماضي؟ نوع التطعيم () تاريخ التطعيم () |
| | لا | نعم | | هل سبق للطفل الإصابة بالانعقاد المعوي؟ أو هل يعاني من اضطراب خلقي في الجهاز الهضمي لم يكتمل علاجه بعد؟ * لا يمكن تطعيم الطفل بفقاح فيروس الروتا في مثل هذه الحالات. |
| | لا | نعم | | 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 بفقاح فيروس الروتا ممكناً في بعض الحالات. |
| | لا | نعم | | 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 () |
| | لا | نعم | | هل وافق الطبيب المعالج لذلك المرض على تطعيم الطفل بهذا الفقاح؟ |
| | لا | نعم | | هل سبق للطفل التعرض لتشنجات (نوبات مرض)؟ (حين كان عمره أشهر) |
| | لا | نعم | | هل أصيب بالحمى في ذلك الوقت؟ |
| | لا | نعم | | هل سبق للطفل الإصابة بالطغ الجدي أو الشرى أو الشعور بالتورع نتيجة تناول بعض الأدوية أو الأطعمة؟ اسم الدواء / الطعام () |
| | لا | نعم | | هل سبق للطفل الشعور بالتورع بعد تطعيمه بفقاح معين؟ نوع التطعيم () |
| | لا | نعم | | هل تناولت الأم أدوية تثبط المناعة أثناء الحمل؟ اسم الدواء () |
| | لا | نعم | | هل يعاني أحد أقرباء الطفل من نقص المناعة الخلقي؟ |
| | لا | نعم | | هل أصيب أحد أقرباء الطفل بالتورع بعد تطعيمه بفقاح معين؟ |
| | لا | نعم | | هل سبق للطفل الخضوع لنقل الدم أو تلقي حقنة غاما غلوبولين؟ |
| | لا | نعم | | هل لديك أية استفسارات حول هذا التطعيم؟ |

تعلق 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

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