

اسءءارة ءحص لررض ( ) (ءفل صررر / ءفل فف المرءلة الءراسفة)

ءرءة	ءرءة ءرارة الءسم قفل مقابلة ءطفف				العنوان
		ءرءة	ءرءة	ءرءة	اسم ءفل
		ءرءة	ءرءة	ءرءة	اسم الواءل / ولف الأمر
		ءرءة	ءرءة	ءرءة	

ءعلق ءطفف	الإءابة	اسءءارة ءطفف
	ءم	هل قرأء الوءفة (المرسلة إلفك سابقا عن ءرفق مكءب البلءفة) وءلف ءففن ءطففم الءف سفءم ءناوله الآن؟
	ءم	من ءضلك آءب على الأسئلة الآءفة بءصوص ءفل المرءل ءطففمه.
	ءم	وزن ءفل عند المفلاء هل كان ءفل فعافف من آفة ءالاء مررضفة رفر ءطفففة عند الولاءة؟
	ءم	( ءرام هل كان ءفل فعافف من آفة ءالاء مررضفة رفر ءطفففة بعء الولاءة؟
	ءم	هل كانت هناك آفة اضءراباء معفنة لوءءء عند ءحص صءة ءفل الصررر؟
	ءم	هل ءفل مررفض الآن؟
	ءم	إذا كان مررفضا، ءصف ءطفففة المررض الءف فعافف منه. ( )
	ءم	هل كان ءفل مررفضا الشهر المررضف؟
	ءم	اسم المررض ( )
	ءم	هل أصفب آف فرد من أفراد عافلة ءفل أو صءفق له بمررض ءصبة العاءفة أو الألمانية، أو بمررض الءفررف أو ءءهاب العءة ءكفففة (ءكاف) فف الشهر المررضف؟
	ءم	اسم المررض ( )
	ءم	هل ءصل أن عررض ءفل لآف شءص مصاب بمررض السل (بما فف ءلك آف فرد من أفراد العافلة)؟
	ءم	هل ءلقى ءفل ءطففما فف الشهر المررضف؟
	ءم	اسم اللقاع ( )
	ءم	هل فعافف ءفل من عفوب ءلقفة أو أمراض ءلب أو ءلى أو ءبء أو أمراض الءهاز العصبف المرركزف، أو نقص المناعة أو آفة أمراض آءرى قمء باسءءارة ءطففم بشأنها؟
	ءم	اسم المررض ( )
	ءم	وبناء على ما سفق فهل وافق ءطففم المعالء للمررض المرركز أنفا على ءطففم الآن؟
	ءم	هل عافف ءفل من أزماء (ءشءء- نوبة مررض) فف المررضف؟
	ءم	فلو كان الأمر ءذلك ففف آف عمر ءءء له هءا؟ ( )
	ءم	لو آءبء على السؤال السابق « بءعم» فهل أصفب ءفل بالءمف فف ءلك الوءء؟
	ءم	هل أصفب ءفل بءفف ءلءف أو آرءكارففا (ءساسفة الءلء أو ءمف القراضفة) ءرء فعل لءناول بعض الأدوية أو الأءعمة أو أنه بمررض بعء ءناول أءعمة أو أدوة معفنة؟
	ءم	هل أصفب فرد من أفراد عافلة ءفل أو آءد أقربائه بمررض نقص المناعة الءلقف؟
	ءم	هل عافف ءفل من رء فعل ءففء لللقاع معفن من قبل؟
	ءم	اسم اللقاع ( )
	ءم	هل أصفب فرد من أفراد عافلة ءفل أو آءد أقربائه مسبقا برء فعل ءففء لللقاع معفن؟
	ءم	هل ءلقى ءفل نفل ءم أو منءءاء ءم أو ءناول ءقءة معروفة باسم ءاما ءلوبفولفن فف الشهور السءة المررضفة؟
	ءم	هل لءفك آفة اسءفسارات عن ءطففم الءف سفءم ءناوله الآن؟
ءعلق ءطفف		
وبناء على الإءاباء المرركزة عاففه وءءاءء المقابلة، فءء قررء بأن (ءطمع / لا ءطمع) ءفل الآن.		
ولءء شرحء للواءل أو لولف الأمر المعلومات المررعلقة بالفواء والآءار الءانبفة للءطففم والإعانة المقءمة للأشءاص الءفن أصفبوا بأعراض سلبفة مرءبءة بالءطففم.		
ءوقفع ءطففم أو اسمه وءافءمه:		

ءعء اسءءارة ءحص وسفلة لزيادة أمان عملفة ءطففم. بعء ما قام ءطففم بمقابلة ءفل وإبصاع المعلومات المررعلقة بفواء ءطففم وأءاففه ومءاطره (بما فف ءلك الآءار الءانبفة الءظفرر) كما أوضح لف ءطفففة الإعانة المقءمة فف ءالة ءءوء أعراض سلبفة. وأنا مءأكء من فهمف لهءة المعلومات. ولءا فافا ( أو أفق / لا أو أفق ) \* أن فءلقى ءفل ءطففم. \* من ءضلك ضع ءائرة على آءءبارءك. وأنا على ءرابة بما ءرء أنفا ووافءء على أن ءءءم هءة الاسءءارة إلى مكءب البلءفة.

ءوقفع الواءل / ولف الأمر:

اسم اللقاع	الءرءة	المؤسسة / اسم ءطففم / ءارفء إعطاء اللقاع
اسم اللقاع رقم ءشءففة [ءءءفر] ءءقق من ءارفء صلاحفة هءا اللقاع.	* (ءعطى الءرءة عن ءرفق الءقق ءءء الءلء)	المؤسسة: اسم ءطففم: ءارفء إعطاء اللقاع: / / (ءوم/شهر/سءة)

[ملءوءة] بعء مسءءزر ءاما ءلوبفولفن منءء من منءءاء ءم ءفء بءقن به المررفض للواقفة من الأمراض المعءفة، مءل الإءءهاب ءبءف النوع (أ)، كما فسءءم لمعالءة الأمراض المعءفة الءظفرر. ءعء بعض اللقاعات المعفنة (على سفبل المءال، لقاع ءصبة العاففة) آءفنا أقل ءآءفررر على الأشخاص الءفن ءلقوا هءا المنءء فف الفءرة من 3 إلى 6 شهور السابقفة.

\* فف ءالة ءطففم ءءد مررض السل باسءءاء لقاع السل، صف على سفبل المءال «ءطففم الءلءف ءءد مررض السل الءف فءم عن ءرفق اسءءاءم الأدوات ءااء الإبر المررءءة و الأحءام المررءة».

اسآبآان الفحص للآطعم باللقاحآ الخاص بعآوى فيروس الورم الحليمى البشري

آرآة	آرآة آرارآ الجسم قبل مآابله الطيب			العنوان
		آرآة	آرآة	اسم المرىض
(يوم/شهر/سنة)	/ / ولد فى	آرآة	آرآة	اسم الوالآ / ولى الأمر*
(أشهر)	العمر ( سنوات )	آرآة	آرآة	

\* لا آارة لملء هآه الآنة إآا كان الشآص الذى سبآم آطعمه ببلآ 16 عامآ من العمر أو آآر.

آعلق الطيب	الإآابة	اسآبآانة الآطعم
	لا نعم	هل قرآآ الوآبة (المرسلة إلك سابقآ عن طريق مكتب البلدية) والآى آببب الآطعم الذى سبآم آآاوله الآن؟
	آرآة الآرآة الآرآة	ما رقم الآرآة الذى سآآلقاها اليوم؟
	آرآة الآرآة الآرآة	برآى آآوبب آارآب الآطعم ونوع اللقآ الذى آلقآه آآى الآن (الآرآة الآببب والآرآة الآلاحآة لها) [آآذبر 1] برآى وآضع آائرة آول الرقم المواقف لأآآ أنواع اللقآ الآلآة الآلآة فى الآنة المآارة: ① سبرفارآكس (آآابى الآكافؤ)، ② آارآاسبل (رباعى الآكافؤ)، ③ آبر آلك. [آآذبر 2] بآب على ولى الأمر أو الطيب أو الشآص الذى سبآم آطعمه الآآآ من معلوماآ اللقآ. إآا آعآر الوصول إلى السآل المآلوب أو معرفة المعلوماآ الآرآمة، فىرآى من الطيب آآوبب «آبر معلوف».
	لا نعم	هل بآعانى من أى مرض الآن؟ فلو كان الأمر آلك فمن فضلآ صف بالآفصبل طبببة المرض. ( )
	لا نعم	هل كان الشآص مرىضآ الشهر المآبى؟ اسم المرض ( )
	لا نعم	هل آلقى المرىض آطعمبا فى الشهر المآبى؟ اسم اللقآ ( )
	لا نعم	هل بآعانى المرىض من عبوب آلقبة أو أمراض قلب أو كلى أو كبآ أو أمراض الآهاز العصبى المركزى، أو نقص المناعة أو آبة أمراض آآرى قمآ باسآآارة الطيب بشآانها؟ اسم المرض ( )
	لا نعم	وبناء على ما سبآ فىل وافق الطيب المعالآ للمرض المآكور أنفا على الآطعم الآن؟
	لا نعم	هل عانى المرىض من أزماآ (آشآ- نوبة مرض) فى المآبى؟ فلو كان الأمر آلك فى أى عمر آآآ له هآا؟ ( )
	لا نعم	لو آببآ على السؤال السابق «ببعم» فهل أصبب الشآص بالآمى فى آلك الوقت؟
	لا نعم	هل أصبب المرىض بطفآ آلبى أو آرآكاربا (آساسبة الآلآ أو الآمى القراصبة) آرآ فعل لآآاول بعض الأوبىة أو الأظعمة أو أنه بمرض بعآ آآاول أظعمة أو آوبىة مآببب؟
	لا نعم	هل أصبب فرآ من أفراد عائلة المرىض أو آآآ آربابنه بمرض نقص المناعة الآلقى؟
	لا نعم	هل عانى المرىض من رآ فعل شآبب لللقآ مآبب من قبل؟ اسم اللقآ ( )
	لا نعم	هل أصبب فرآ من أفراد عائلة المرىض أو آآآ آربابنه مسببا برآ فعل شآبب لللقآ مآبب؟
	لا نعم	هل هناك ما بآل على آآآ (على سببل المآآل آآر الآرآة الشهربة، أو انآطاعها)؟ [آآذبر] بآب آوآى الآرآب الشآبب عآآ إعطاء الآطعمباآ للمرأة الآامل.
	لا نعم	هل لآبك آبة اسآفساراآ عن الآطعم الذى سبآم آآاوله الآن؟
آعلق الطيب وبناء على الإآاباآ المآكورة عالبه وآناآب المآابله، فقآ قرآآ بأن (بآعم أو لا بآعم) المرىض الآن. ولآآ شرحآ الإعانة المآآمة فى آالة آآآب أعراض سلبببة. وأنا مآآآ من فهمى لهآه المعلوماآ. بأعراض سلبببة مآربطة بالآطعم.		
آوقبب الطيب أو اسمه وآآامه:		

آعآ اسآبآانة الفحص وسببلة لآرآابة آمان عملبة الآطعم. ولآآ قام الطيب بمآابله المرىض، وإبصآ المعلوماآ المآعلقة بفوائآ الآطعم وأهآافه ومآآاره (بما فى آلك الآآارآ الآببببب الآطربة) كما أوضآ لى طبببة الإعانة المآآمة فى آالة آآآب أعراض سلبببة. وأنا مآآآ من فهمى لهآه المعلوماآ.  
ولآآ فآنا (أوافق / لا أوافق)  
\* أن بآلقى المرىض الآطعم. \* من فضلآ وضع آائرة على آآبارك.  
وأنا على آرآبة بما آآر أنفا وآوافآآ على أن هآه الاسآبآانة بمكن آآآببها إلى مكتب البلدية.  
آوقبب الوالآ/ ولى الأمر أو المرىضآ نفسها:  
\* آوقبب الوالآ/ ولى الأمر إآا كانت المرىضآ آون 16 سنة من العمر)

اسم اللقآ	الآرآة	المؤسسة / اسم الطيب / آارآب إعطاء اللقآ
اسم اللقآ رقم الآشآبببب [آآذبر] آآآق من آارآب صلاحبة هآا اللقآ.	الآرآة عن طريق الآقن العضلبى 0.5 مل	المؤسسة: اسم الطيب: آارآب إعطاء اللقآ: / / (يوم/شهر/سنة)

## استبيان الفحص للتطعيم باللقاحات الخاص بعدوى فيروس الورم الحليمي البشري (للطفل الذي لا يرافقه الوالد/ولي الأمر)

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

○ 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 فيروس 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 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. 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 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 اللقي المؤنّف، وهو تُوّل 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 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، وفرقيرة 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

○ 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.  
○ هذا التعويض عبارة عن دفع التكاليف والمزايا الطبية، كما يشكل دخلاً 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.  
○ 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 صحية. إذا كان طفلك مريضاً فيرجى حينئذ استشارة طبيبك في ءءعيم طفلك أم لا. إذا ما ءوافر في طفلك أحد هذه المعايير فإنه لا يمكن أن يءلقى الءءعيم.
- (1) إذا كان الءفل مصاباً بءمى ظاهرة بءرءة حرارة (37.5 ءرءة مئوية أو أكثر)
  - (2) أو كان مصاباً بمرض ءاد و شءيد
  - (3) أو كان ءء عانى من صءمة الءساسية بسبب أى مءون من مءونات مسءءضر الءءعيم.
  - (4) أو أية ءالات أخرى يراها الءبيب غير ملائمة
- إذا ءاء الءفلة ءاملاً، يجب عدم إعطائها الءءعيم.

○ بالنسبة إلى الوالء/ولى الأمر: يرجى الءأكد من قراءة الآءى.

بعء القراءة الءءأنية لما سبق وفهمه ءاملاً، يرجى أن ءقرر ما إذا كان طفلك سيءضع للءءعيم أم لا. إذا ءررت ءءعيم طفلك، فمن فضلك قم بالءوءيع على الآءى في الءانة الءاصة بالوالء/ولى الأمر. **(بءون ءوءيعك لا يمكن لطفلك الءى لم يءاوز 16 سنة من العمر أن يءلقى الءءعيم.)** إذا لم ءرغب في ءءعيم طفلك، فلا ءاجة لأن ءوءع.

لءء قرأء الشرح الءاص بالءءعيم ضد عءوى فيروس الورم الءليمى البشري وأفهم الفواءء ومءاطر الأءار الءانبية الءظيرة للءاءاء ونءام الإعانة لءعم الأشءاص المصابين بإصاءاباء صحية ءءبءة الءءعيم. وبمراعاة هذه المسائل، أوافق على ءءعيم طفلى. وءء فهمء أن هذه الوءيقة ءء أءءء لمساءءة الوالءين وأولياء الأمور لفهم أءار الءءعيم فهماً شاملاً، وأوافق على ءءءيم هذه الاسءمارة إلى مءءب البلدية.

ءوءيع الوالء/ولى الأمر:

العنوان:

رءم الاءصال عند الطوارىء:

\* هذه الاسءمارة ضرورية للءءعيم ضد عءوى فيروس الورم الءليمى البشري عندما لا يكون الءفل برفءة الوالء/ولى الأمر. ءأكد من قيام طفلك الءى لم يءاوز 16 سنة من العمر بءءءيم هذه الاسءمارة عند عدم مرافءئك له.

**بءون ءوءيعك لا يمكن لطفلك الءى لم يءاوز 16 سنة من العمر أن يءلقى الءءعيم.**

استبآان الفحص

درآة	درآة حرارة الجسم قبل مقابلة الطبب			
العنوان				
اسم الطفل	ذكر / أنثى	تارآخ المآلاد	ولد فآ / العمر ( سنوات / أشهر )	(البوم/شهر/سنة) / (أشهر)

تعلق الطبب	الإآابة	استبآانة التطعآم
	لا	نعم ( هل الطفل مرآض الآن؟ لو كان مرآضاً، فصف طببعة المرض الذآ آعآآ منه. )
	لا	نعم ( هل كان الطفل مرآضاً الشهر المآضآ؟ اسم المرض )
	لا	نعم ( هل تلقى الطفل تطعآماً فآ الشهر المآضآ؟ اسم اللقآح )
	لا	نعم ( هل آعآآ الطفل من عآوب آلقبآة أو أمراض قلب أو كآ أو أمراض الجهاز العصبآ المرآزآ، أو نقص المناعة أو آبة أمراض آآرى قمت باستشارة الطبب بشآآها؟ اسم المرض )
	لا	نعم ( وبناء على ما سبآ فهل وافق الطبب المعالآ للمرض المذكور أنفا على التطعآم الآن؟ )
	لا	نعم ( هل عآآ الطفل من أز مات (آشآ- نوبة مرض) فآ المآضآ؟ إذا كان الأمر كذلك ففآ آآ عمر آآآ له هذا؟ )
	لا	نعم ( إذا آآبت على السؤال السابق « بنعم » فهل أصآب الطفل بالآمآ فآ ذلك الوقت؟ )
	لا	نعم ( هل أصآب الطفل بطفآ آلآى أو آرآآكارآآ (الآمآ القراضآة أو آساسآة الجلد) كرد فعل لبعض الآدآآة أو الأطفعة أو أنه بمرض بعد تناول أطفعة أو آدآة معآنة؟ )
	لا	نعم ( هل أصآب فرد من أفراد عائلة الطفل أو أحد أقربآنه بمرض نقص المناعة الآلقآى؟ )
	لا	نعم ( هل عآآ الطفل من رد فعل شآبآ لللقآح معآن من قبل؟ اسم اللقآح )
	لا	نعم ( هل أصآب فرد من أفراد عائلة الطفل أو أحد أقربآنه فآ المآضآ برد فعل شآبآ لللقآح معآن؟ )
	لا	نعم ( هل هناك ما ىدل على آآآ حمل (على سبب المآآل تأآر الآورة الشهرآة، أو انقطاعها)؟ [آآذآر] آآب آوآى الحرص الشآبآ عند إعطاء التطعآمات للمرأة الآامل. )
<p>آعد استبآانة الفحص وسببآة لآزآادة آمان عملآة التطعآم. هل آوافق على أن ىتلقى طفلك هذا التطعآم مع الأآذ فآ الآسبان الأمراض السابقة و آآآتها البوم؟ أنا ( أو آق / لا أو آق ) * على أن ىتلقى الطفل التطعآم. * من فضلآك ضع دائرة على آآآآرك. وأنا على درآة بما ذكر أنفا و آوافق على أن آقدم هذه الاستبآانة إلى مكتب البلبآة.</p> <p>آوقع الوالآ / ولى الأمر:</p>		

تعلق الطبب
وبناء على الإآابات المذكورة عآآه و نتائج المقابلة، فقد قررت بأن ( ىطعم أو لا ىطعم ) المرآض الآن.
ولقد شرآت للمرآض أو للمرآضة المعلومات المتعلقة بالفوائد والآثار الآانبآة للتطعآم والإعانة المقدمة للأشآاص الذآن أصآبوا بأعراض سلبآة مرتبطة بالتطعآم.
آوقع الطبب أو اسمه وآآآمه:

اسم اللقآح	الآرة	المؤسسة / اسم الطبب / تارآخ إعطاء اللقآح
اسم اللقآح رقم الآشآبآة [آآذآر] آآق من تارآخ صلاحآة هذا اللقآح.	الآرة عن طرآق الآقن العضلى 0.5 مل	المؤسسة: اسم الطبب: تارآخ إعطاء اللقآح: / / (بوم/شهر/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)	/	(شهر)

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 (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 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		
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.	* (تعطى الجرعة عن طريق الحقن تحت الجلد)	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 الطفل يعاني من حساسية تجاه الفواكه وغيرها من المواد ذات التفاعل المتصالب مع اللاتكس (الموز، الكستناء، الكيوي، الأفوكادو، الشمام...إلخ).

استبيان الفحص للتطعيم بالفقاح الخاص بعدوى فيروس الروتا

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

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

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 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.
				هل قرأت المعلومات التي قام مكتب البلدية بتوزيعها حول هذا التطعيم؟
				هل فهمت الأمور المتعلقة بفوائد هذا التطعيم وتأثيراته الجانبية؟
				هل تلتفتت 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 الكناف خلال الشهر الماضي؟
				اسم المرض ( )
				هل تم تطعيم الطفل خلال الشهر الماضي؟
				نوع التطعيم ( ) تاريخ التطعيم ( )
				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.
				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.
				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 الفقاح؟
				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 بفقاح 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 بفقاح 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
	عن طريق الفم		
رقم التشغيل:	روتاتيك*	روتاريكس*	
(تحذير) يجب التحقق من تاريخ صلاحية اللقاح.	2 مل	1.5 مل	(يوم/شهر/سنة)