

(استءابة فءص لغرض) (ٲفل صءير / ٲفل في المرحلة الءراسية)

ءرءة	ءرءة ءرارة الءسم قبل مءابلة الٲبب			العنوان
		ءرءة	ءرءة	اسم الٲفل
(يوم/شءر/سنة)	/ / ولد في	ءرءة	ءرءة	اسم الواءل / ولي الأمر
(أشءر)	(العمر) سنوات	ءرءة	ءرءة	

ءعلق الٲبب	الإءابة	استءابة الٲءعبم
	ءم	هل قرأت الوءبئة (المرسلة إليك سابقا عن ٲربق مكءب الءلءة) والءب الٲبب الءب سبءم ءناوله الآن؟
	ءم	من فضلك أءب على الأسئلة الآءبة ببصوء الٲفل المرءل ٲءعبمه.
	ءم	وزن الٲفل عند المبلاء هل ءان الٲفل بعانب من آبة ءالاء مرءببة ءبر ٲببببة عند الولاءة؟
	ءم	(ءرام) هل ءان الٲفل بعانب من آبة ءالاء مرءببة ءبر ٲببببة بعء الولاءة؟
	ءم	هل ءانء هءاك آبة اضطراباء بعبنة لوءظء عند فءص صءة الٲفل الصءبر؟
	ءم	هل الٲفل مربض الآن؟
	ءم	إذا ءان مربضا، فصف ٲبببة المرء الءب بعانب منه. ()
	ءم	هل ءان الٲفل مربضا الشءر الماضب؟
	ءم	اسم المرء ()
	ءم	هل أصبب آب فرد من أفراد عائلء الٲفل أو صءبء له بمرء الصببة العاءبة أو الألمانية، أو بمرء الءببرب أو الءهاب الءة الءفببة (الءءاف) فب الشءر الماضب؟
	ءم	اسم المرء ()
	ءم	هل ءصل أن ءرض الٲفل لأي شءص مصاب بمرء السل (بما فب الءك آب فرد من أفراد العائلء)؟
	ءم	هل ءلقب الٲفل ٲءعبما فب الشءر الماضب؟
	ءم	اسم اللءاق ()
	ءم	هل بعانب الٲفل من عبوب ءلقببة أو أمراض قلب أو ءلب أو أمراض الءهاز العصبب المرءزب، أو نقص المناعة أو آبة أمراض آءرى ءمء باسءشارة الٲبب بشأبها؟
	ءم	اسم المرء ()
	ءم	وبناء على ما سبب فهل وافق الٲبب المعالء للمرء المءءور أنفا على الٲءعبم الآن؟
	ءم	هل عانب الٲفل من أزماء (ءشءء-نوبة مرء) فب الماضب؟
	ءم	فلو ءان الأمر ءءلك ففب آب عمر ءءء له هءا؟ ()
	ءم	لو أءبء على السؤال السابق « بءم» فهل أصبب الٲفل بالءمب فب الءك الوءء؟
	ءم	هل أصبب الٲفل بءفء ءلءب أو آرءءاربا (ءساسببة الءلء أو الءمب القراضببة) ءرء فعل ءءناول بعض الأءببة أو الأءءمة أو أنه بمرء بعء ءناول أءءمة أو أءببة بعبنة؟
	ءم	هل أصبب فرد من أفراد عائلء الٲفل أو آءب ربابه بمرء نقص المناعة الءلقب؟
	ءم	هل عانب الٲفل من رء فعل شءبب للءاق معبب من قبل؟
	ءم	اسم اللءاق ()
	ءم	هل أصبب فرد من أفراد عائلء الٲفل أو آءب ربابه مسببب براء فعل شءبب للءاق معبب؟
	ءم	هل ءلقب الٲفل نفل ءم أو منءءاء ءم أو ءناول ءءة معروفة باسم ءاما ءلوبببببب فب الشءر السءة الماضببة؟
	ءم	هل لءبك آبة اسءفساراء عن الٲءعبم الءب سبءم ءناوله الآن؟

ءعلق الٲبب
وبناء على الإءاباء المءءورة عالبه وءءاء المءابلة، فءء قرءء بأن (بءم / لا بءم) الٲفل الآن.
ولء شرحء للواء أو لولب الأمر المعلوماء المءعلقة بالفواء والآءر الءانبببة للٲءعبم والإعانة المءءمة للأشءاص الءبب أصبببوا بأعراض سلبببة مرءبببة بالٲءعبم.
ءوقعب الٲببب أو اسمه وءاءمه:

ءعب اسءبابة الفءص وسببلة لزيادة أمان عملببة الٲءعبم. بعء ما قام الٲبب بمءابلة الٲفل وإبصاء المعلوماء المءعلقة بفواء الٲءعبم وأءافه ومءاطره (بما فب الءك الآءر الءانبببة الءظبرة) ءما أوضح لب ٲببببة الإعانة المءءمة فب ءالة ءءوء أعراض سلبببة. وأنا مءأك من فهمب لهذه المعلوماء.
ولءا فابا (أو وافق / لا أو افق) * أن بءلقب الٲفل الٲءعبم. * من فضلك ضع ءائرة على آءبءارك.
وأنا على ءرابة بما ءرء أنفا ووافءء على أن ءءءم هءة الاسءبابة إلى مكءب الءلءة.
ءوقعب الواءل / ولي الأمر:

اسم اللءاق	الءرعة	المؤسسة / اسم الٲببب / ءاربء إعطاء اللءاق
اسم اللءاق رقم ءشءببلة [ءءببر] ءءقق من ءاربء صلاءببة هءا اللءاق.	* (ءعطب الءرعة عن ٲربق الءقن ءءء الءلء) مل	المؤسسة: اسم الٲببب: ءاربء إعطاء اللءاق: / / (يوم/شءر/سنة)

[ملءوءة] بعء مسءءزر ءاما ءلوبببببب منءء من منءءاء الءم ءبء بءقن به المربض للواقببة من الأمراض المعءببة، مءل الاءءاب الءببب الءوع (أ)، ءما بسءءم لمعالءة الأمراض المعءببة الءظبرة.
ءعب بعض اللءاقاء المعببنة (على سببب المءال، لءاق الصببة العانبببة) آبببنا أقل ءآءببببب على الأشءاص الءبب ءلقوا هءا المنءء فب الفءرة من 3 إلى 6 شءور السابقة.
* فب ءالة الٲءعبم ءءد مرء الءم باسءءءام لءاق السل، صف على سببب المءال «الٲءعبم الءلءبب ءءد مرء الءم الءب بءم عن ٲربق اسءءءام الأءواء ءاء الإبر المءءءة و الأحءام المءءءة».

استبيان الفحص للتطعيم باللقاحات الخاص بعدوى فيروس الورم الحليمي البشري

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

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

العنوان	الإجابة		استبانة التطعيم
هل قرأت الوثيقة (المرسلة إليك سابقا عن طريق مكتب البلدية) والتي تبين التطعيم الذي سيتم تناوله الآن؟	لا	نعم	
ما رقم الجرعة التي ستتلقاها اليوم؟	الجرعة الأولى	الجرعة الثانية	الجرعة الثالثة
(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 (ثلاثي التكافؤ)، ② غارداسيل (رباعي التكافؤ)، ③ سيلغارد 9 (تساعي التكافؤ)، ④ غير ذلك.	الجرعة الأولى	الجرعة الثانية	الجرعة الثالثة
(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 الأولى	الجرعة الثانية	الجرعة الثالثة
(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».	الجرعة الأولى	الجرعة الثانية	الجرعة الثالثة
ما نوع اللقاح الذي ترغب في تلقيه اليوم؟ (ملاحظة) يرجى وضع دائرة حول أحد أنواع اللقاح التالية: ① سيرفاريكس (ثلاثي التكافؤ)، ② غارداسيل (رباعي التكافؤ)، ③ سيلغارد 9 (تساعي التكافؤ).	① / ② / ③		
هل يعاني من أي مرض الآن؟	لا	نعم	
فلو كان الأمر كذلك فمن فضلك صف بالتفصيل طبيعة المرض.			()
هل كان الشخص مريضا الشهر الماضي؟	لا	نعم	
اسم المرض ()			()
هل تلقى المريض تطعيما في الشهر الماضي؟	لا	نعم	
اسم اللقاح ()			()
هل يعاني المريض 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؟	لا	نعم	
اسم المرض ()			()
وبناء على ما سبق فهل وافق الطبيب المعالج للمرض المذكور أنفا على التطعيم الآن؟	لا	نعم	
هل عانى المريض من أزمات (تنشج- نوبة مرض) في الماضي؟	لا	نعم	
فلو كان الأمر كذلك ففي أي عمر حدث له هذا؟			()
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 للقاح معين من قبل؟	لا	نعم	
اسم اللقاح ()			()
هل أصيب فرد من أفراد عائلة المريض أو أحد أقربائه مسبقا برد فعل شديد للقاح معين؟	لا	نعم	
هل هناك ما يدل على حدوث حمل (على سبيل المثال تأخر الدورة الشهرية، أو انقطاعها)؟	لا	نعم	
[تحذير] يجب توخي الحرص الشديد عند إعطاء التطعيمات للمرأة الحامل.			
هل لديك أية استفسارات عن التطعيم الذي سيتم تناوله الآن؟	لا	نعم	
تعليق 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 ووافقت 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 التشغيلة [تحذير] تحقق من تاريخ صلاحية هذا اللقاح.	الجرعة عن طريق الحقن العضلي 0.5 مل	المؤسسة: اسم الطبيب: تاريخ إعطاء اللقاح: / / (يوم/شهر/سنة)

اسآبفا الفآ للآطعم باللقاحاآ الآص بعءو ففروس الورم الآلمف البشرف (للآفل الءف لآ فرافقه الوالء/ولف الأمر)

الآرف قبل إعفاء الآطعم ضء عءو ففروس الورم الآلمف البشرف

○ بالآسبة إلى الوالء/ولف الأمر: فرآف الآآء من قرأة هءة الوآففة.

* [بالآسبة إلى والء/ولف الأمر الآفل المرآء آطعمه والبالآ من العمر ما يعالء الصف السادس من المرآلة الابدانفة إلى الصف الأول من المرآلة الآنوءة (بالآسآفاء من آزفء أعمارهم عن 16 عاماً)]

كان على عائق الوالء/ولف الأمر فف الماضف مرافقة طفله لآآلف الآطعم؛ ورآم ذلك، فقط فف آالة الآطعم ضء عءو ففروس الورم الآلمف البشرف للآطفال البالآفن من العمر 13 سنة أو أكبر (من الصف الأول من المرآلة الإعءاءفة إلى الصف الأول من المرآلة الآنوءة) (بالآسآفاء من آزفء أعمارهم عن 16 عاماً)، فمكن لهؤلاء الآطفال آآلف اللقاحاآ ءون مرافقة الوالء/ولف الأمر، بشرآ أن فرأ الوالء/ولف الأمر، وففهم، وفوق على هءة الوآففة الآف بموآبها فآم السماح للآفل بآآلف الآطعم. (فرآف الآآء من أن طفلك قد أآضر هءة الوآففة فف الؤوم الءف فآم ففه الآطعم.) إذا كان لءفك أفة اسآفساراآ عن الآطعم فرآف اسآشارة آطبفبك الآص، أو مركز العنافة الصآفة، أو مكآب البلءفة المسؤل عن الآطعم قبل الآوقفع على اسآبفا الفآص آآف تكون على ءرافة آامة بفوانء الآطعم ومآاطره قبل آآآء أفر قرار بشأنه.

1 أعراض عءو ففروس الورم الآلمف البشرف (HPV)

فضم آصنف ففروس الورم الآلمف البشرف، وهو ففروس فمكن أن فصبب الآء والعشاء المخاطف، أكثر من 100 نوع. تقوم الففروساآ الآف آصفب العشاء المخاطف أساساً بفزو العشاء المخاطف الآناسلف من آلال أفر آرف صآفر فف الأغشفة المخاطفة آسبفه العلاقة الآنسفة. ففقر معدل العءو فهذه الففروساآ بأكثر من 50% عنء السفءاآ فف بلاد الآرف ممن فباشرن العلاقة الآنسفة آآف فصبن فهذه العءو مرة واحدة فف العمر على الأقل. ومن بفن أنواع ففروس الورم الآلمف البشرف الآف آصفب العشاء المخاطف، آم آآشاف 15 نوعاً على الأقل لها علاقة بسرطان عنق الرحم، وفطلق عليها «ففروساآ الورم الآلمف البشرف علفة الآورة». وفوآء نوعان على وآه الآصوص من ففروس الورم الآلمف البشرف علف العورة، وهما النوع 16 و18، فآم آآشافهما بالآسآرار، وآشفر ءراساآ إلى أن هءفن النوعفن من الففروساآ فرآبضان بفوالف 70% من آلالاآ سرطان عنق الرحم فف بلاد الآرف. وبالإضافة إلى سرطان عنق الرحم، فإن 90% من آلالاآ السرطان الشرفف و40% من سرطان المهبل والفرفق والقضبف على الأقل فآسآفه فف آصالها فهءفن النوعفن من الففروساآ فف بلاد الآرف. وآم الآآء بأن الففروساآ الآف لا آصنف ضمن الفناآ علفة الآورة آسبب فف الإصاباآ بالورم الآلمف المؤآف، وهو ءولول آناسلف آمفء.

2 فوانء الآطعم وآآره الآانبفة

فآآو الآطعم على مآوناآ ففروسفة من أنواع مآآآفة من ففروساآ الورم الآلمف البشرف (HPV) وفآآسب الآفل الءف آصل على الآطعم مآاعة ضء هءة الففروساآ. والآفل الءف لءفه هءة المآاعة فآصل على الوقافة من ففروساآ الورم الآلمف البشرف. وسبب الآطعم أآانا آثاراً الآنبفة آففة وناءراً ما فآآآ عنه آثاراً الآنبفة آففر. وآظهر أآبافاً رءوء فعل بعء الآطعم وهف كآآآف.

الآآر الآانبفة الرفسفة للآق ففروس الورم الآلمف البشرف

آآضمن الآآر الآانبفة الرفسفة آمف وراآاآ فعل موضعة (الألم والآمامف والآورم). قد فآآآ إعفاء نآفآة الألم وراء فعل نفسف نآفآة الآفن. قد فآآآ هءا أآبافاً بعء آآء الآطعم. ولمنع آآوآ سفوقب سبب الإعفاء، فآبب إعلاساآ الآفل الءف فآم آطعمه على أرفكة وملاآظنه آطبافاً لمءة 30 ءفقفة. فف آلالاآ ناءرة آآآآ آثاراً الآنبفة آففر، آآضمن رء فعل آآف (صءمة، وطفع آءف، وصعوبة فف الآنفس)، ومآلازمة عفبان بفرفه، وفرفرفة نقص الصفاآآ ءموفة (نزفب آءف من العشاء المخاطف فف الأنف والفم) والآهاب ءماف و النآاع المنآآر الآء (ADEM). * للآطلاع على المزيد من الآفاصل فرآف مرآعة موقع البلءفة على الإنآرنآ لآشرة المعلوماآ الآف آم إرسالها إللكم.

3 أنظمة آءقفم ءءعم للأشآاص الءفن أصفبوا بأعراض عكسفة مرآبطة بالآطعم

○ فف آالة آسبب الآطعم الروففف فف إصاباآ أشآص بآفاعلاآ عكسفة مما فآطلب علاآه فف مؤسساآ آطففة، أو إذا أءى ذلك إلى إصاباآ ضارة بصآفه مما فسبب الإزعاآ عنء الففام بالأنشآة الؤومفة، فآآلف هءا الأشآص آعوفضاً آآمافاً بموآب قانون الآطعم الرقائف.

○ هءا الآعوفض عباره عن ءفع الآكالف والمزافا الططففة، كما فشكل ءآلاً سنوفاف للآطفال المعاقفن، وءآلاً سنوفاف لآرفض إعانة عآز، ومبلفاف إآمالافاً لآعوفض الوفاة بالإضافة إلى آكالف الآنازة كما هو منصوص علفه فف القانون وبناف على مءى آورة الإصاباآ. فءفع الآعوفض المءكور بموآب آآكام القانون. وآمفب الآعوفضاآ - بالآسآفاء المبلع الإآمالف لآعوفض الوفاة وآكالف الآنازة - ءفع بصورة مسآمرة لآفن آآفاء المعالآة أو لآفن آآسن صآة المصاب.

○ فءفع هءا الآعوفض بعءما ءوكء لآنة الفآص الآكومفة بأن هءة الإصاباآ نآآآة عن الآطعم. وآآالف هءة اللآنة من مآآصفن فف مآال الآطعم، وعلم الأمراض المعدفة، والقانون، والمآالاآ الأآرى ءاآ الصلة، آآف فناقشون العلاقة السببفة بفن هءة الإصاباآ والآطعم الآف من آلالها فمكن معرفة ما إذا كانت الإصاباآ نآآآة عن الآطعم أو عن أفة عوامل أآرى (كعءو قبل الآطعم أو بعءه، أو نآآآة عن أسباب أآرى).

* إذا ما أفآناآ أنك بفآآة إلى آءقفم طلب للآعوفض، فاسآشر الآطبب الءف قام بمقابلة طفلك قبل الآطعم، أو مركز العنافة الصآفة، أو مكآب البلءفة المسؤل عن الآطعم.

4 تحذيرات التعميم

- يعطى هذا التعميم عادة للطفل الذي لا يعاني من مشاكل صحية. إذا كان طفلك مريضاً فيرجى حينئذ استشارة طبيبك في تطعيم طفلك أم لا.
 إذا ما توافر في طفلك أحد هذه المعايير فإنه لا يمكن أن يتلقى التعميم.
 (1) إذا كان الطفل مصاباً بحمى ظاهرة بدرجة حرارة (37.5 درجة مئوية أو أكثر)
 (2) أو كان مصاباً بمرض حاد و شديد
 (3) أو كان قد عانى من صدمة الحساسية بسبب أي مكون من مكونات مستحضر التعميم.
 (4) أو أية حالات أخرى يراها الطبيب غير ملائمة
 إذا كانت الطفلة حاملاً، يجب عدم إعطائها التعميم.

○ بالنسبة إلى الوالد/ولي الأمر: يرجى التأكد من قراءة الآتي.

بعد القراءة المتأنية لما سبق وفهمه تماماً، يرجى أن تقرر ما إذا كان طفلك سيخضع للتعميم أم لا. إذا قررت تطعيم طفلك، فمن فضلك قم بالتوقيع على الآتي في الخانة الخاصة بالوالد/ولي الأمر. **(بدون توقيعك لا يمكن لطفلك الذي لم يتجاوز 16 سنة من العمر أن يتلقى التعميم.)**
 إذا لم ترغب في تطعيم طفلك، فلا حاجة لأن توقع.

لقد قرأت الشرح الخاص بالتعميم ضد عدوى فيروس الورم الحليمي البشري وأفهم الفوائد ومخاطر الآثار الجانبية الخطيرة للقاحات ونظام الإعانة لدعم الأشخاص المصابين بإصابات صحية نتيجة التعميم. وبمراعاة هذه المسائل، أوافق على تطعيم طفلي.
 وقد فهمت أن هذه الوثيقة قد أعدت لمساعدة الوالدين وأولياء الأمور لفهم آثار التعميم فهماً شاملاً، وأوافق على تقديم هذه الاستمارة إلى مكتب البلدية.

توقيع الوالد/ولي الأمر:

العنوان:

رقم الاتصال عند الطوارئ:

* هذه الاستمارة ضرورية للتعميم ضد عدوى فيروس الورم الحليمي البشري عندما لا يكون الطفل برفقة الوالد/ولي الأمر. تأكد من قيام طفلك الذي لم يتجاوز 16 سنة من العمر بتقديم هذه الاستمارة عند عدم مرافقتك له.
بدون توقيعك لا يمكن لطفلك الذي لم يتجاوز 16 سنة من العمر أن يتلقى التعميم.

استبيان الفحص

درجة	درجة حرارة الجسم قبل مقابلة الطبيب
العنوان	
اسم الطفل	ذكر / أنثى تاريخ الميلاد ولد في / / العمر (سنوات / 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	ما رقم الجرعة التي ستتلقاها اليوم؟
	الجرعة الأولى	الجرعة الثانية	(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».
	الجرعة الأولى	الجرعة الثانية	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)

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

درجة	درجة حرارة الجسم قبل مقابلة الطبيب			العنوان	
		ذكر / أنثى	تاريخ الميلاد	ولد في / (يوم/شهر/سنة) / سنوآت (أشهر)	اسم الطفل / ولي الأمر

تعليق الطبيب	الإجابة	استبانة التطعيم
	لا / نعم	هل قرأت الوثيقة (المرسلة إليك سابقا عن طريق مكتب البلدية) والتي تبين التطعيم الذي سيتم تناوله الآن؟
	لا / نعم	من فضلك أجب على الأسئلة الآتية بخصوص الطفل المراد تطعيمه.
	لا / نعم	وزن الطفل عند الميلاد هل كان الطفل يعاني من أية حالات مرضية غير طبيعية عند الولادة؟
	لا / نعم	(جرام) هل كان الطفل يعاني من أية حالات مرضية غير طبيعية بعد الولادة؟
	لا / نعم	هل كانت هناك أية اضطرابات معينة لوحظت عند فحص صحة الطفل الصغير؟
	لا / نعم	هل الطفل مريض الآن؟
	لا / نعم	إذا كان مريضا، فصف طبيعة المرض الذي يعاني منه. ()
	لا / نعم	هل كان الطفل مريضا الشهر الماضي؟
	لا / نعم	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؟
	لا / نعم	اسم المرض ()
	لا / نعم	هل تلقى الطفل تطعيمًا في الشهر الماضي؟
	لا / نعم	اسم اللقاح ()
	لا / نعم	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؟
	لا / نعم	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؟
	لا / نعم	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 أرثكاريا (حساسية الجلد أو الحمى القراصية) كرد فعل لتناول بعض الأدوية أو الأطعمة أو أنه يمرض بعد تناول أطعمة أو أدوية معينة؟
	لا / نعم	هل يعاني الطفل من فرط الحساسية ضد اللاتكس*؟
	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؟
	لا / نعم	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 جلوبولين في الشهور الستة الماضية؟
	لا / نعم	هل تم تطعيم الطفل بلقاح الالتهاب الكبدي النوع (ب) بعد الولادة لمنع انتقال المرض من الأم إلى الطفل؟
	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 فأتا (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) 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 الطفل يعاني من حساسية تجاه الفواكه وغيرها من المواد ذات التفاعل المتصالب مع اللاتكس (الموز، الكستناء، الكيوي، الأفوكادو، الشمام...إلخ).

استبيان الفءص للتطعيم بالفءاء الءاص بعءوى فيروس الروءا

*يرءى من أولفاء الأمور ملء البءاءء ضمن المرءعاء العفءة.

العءوان		ءءر / أنءى	
اسء الءءل	ءارءء التطعءم (ءوم/شهر/سءة) / /		
اسء ولى الأمر	ءءر / أنءى	ءارءء التطعءم (العمر: أسابءء أءام) بءءا العء من الءوم القاءى الءوم الولاءء.	
ءءرءء الءءل		ءءرءء الءءل	
ءءرءء الءءل		ءءرءء الءءل	
ءءرءء الءءل		ءءرءء الءءل	

ءءلءء المؤسساء الطءباء (يرءى وءء علامء 2)	فء حال ءاءء هءه هءى المرءة الأولى؁ هل ءم ءءاءء من أن ءارءء الءوم لا ٱءءاوز 14 أسبوعاً و 6 أءام بعء الولاءء؟
--	---

ءءلءء الطءباء		الإءاباء		الأسءلة
ءءرءء الءءل	ءءرءء الءءل	ءءرءء الءءل	ءءرءء الءءل	
				ءم مرءة ءم ءطءعم الءءل بهءذا الفءاء؟
				يرءى ءءوءء ءارءء التطعءم السابق. (إذا ءاءء هءه هءى المرءة ءاءبءة أو ءءرء) * ءءب ءءاءء من مرور 27 ءوماً على الأقل منء التطعءم السابق بلقاء فيروس الروءا.
				هل ءراءء المءلوماء الءى ءأم مءءب البءاءبءة ٱءوز بعءها ءول هءا ءطءعم؟
				هل فهءء الأمور المءلءة بفءاءء هءا ءطءعم وءأءراءه الءانببءة؟
				هل ءلقبءء شرءاً ءول الاءءءاء المعوى وفهءه؟
				فءما بلى أسءلة ءول السوابء المرءبءة لءى الءءل. الءزن عءء الولاءء
				هل عانى الءءل من آبء مشاءل عءء الولاءء؟
				هل عانى الءءل من آبء مشاءل بعء الولاءء؟
				هل سبءق للءبببء إعلامء بءوءء مشاءل ما فء فءص صءء الرضبء؟
				هل ٱءعر الءءل بأى ءوعء الءوم؟ يرءى ءءوءء الأءراض المءءءة. ()
				هل أصبب الءءل بالمرءء ءءلء الشهر الماضى؟ اسء المرءء ()
				هل أصبب أءء أفراد أسرة الءءل أو أءءءقاءه بامراض ءالءصبة أو الءصبة الاءمانبءة أو ءءرى الماء أو ءءافء ءءلء الشهر الماضى؟ اسء المرءء ()
				هل ءم ءطءعم الءءل ءءلء الشهر الماضى؟ ءوعء ءطءعم () ءارءء ءطءعم ()
				هل سبءق للءءل الإصاءبءة بالاءءءاء المعوى؟ أو هل فعانى من اضطراب ءءلءى فءى الءءل الهضمى لم بءءمل علاءه بعء؟ * لا بءءن ءطءعم الءءل بلقاء فيروس الروءا فءى مءل هءه الءاءء.
				هل سبءق وأن ءم ءءءببص الءءل بءقص المءاءة؟ أو هل سبءق وأن ءءرءء إصاءبءه بامراض معءبءة ءالءءءءب الءنوى أو ءءءاب الاءنء الوسطى أو بالأسهال أو لم بءزاءء وزءه بءءل ءببء؟ * ءء لا بءءن ءطءعم بلقاء فيروس الروءا مءءاً فءى بعض الءاءء.
				إلى ءانب ما سبء؁ هل بءءص الءءل لءءوصاء طءببء بسبب إصاءبءه بعءوب ءءلءة أو باضطراباء فءى الءءل الهضمى أو بامراض القلب / ءلءى / ءلءبء / الءم / الأءصباء القءفبءة أو ءبءر ها من قبل؟ اسء المرءء ()
				هل وافء الطءبببء المءعالء لءءلك المرءء على ءطءعم الءءل بهءذا الفءاء؟
				هل سبءق للءءل ءءرض لءءشءاءء (ءوباء مرءء)؟ (ءبء ءان عمره أشهر)
				هل أصبب بالءمى فءى ءلك الوءء؟
				هل سبءق للءءل الإصاءبءة بالءءءء الءءلءى أو الشءر أو الشءور بالءوعء ءءبءة ءءاول بعض الأءبءة أو الأءءمة؟ اسء الءواء / الطءام ()
				هل سبءق للءءل الشءور بالءوعء بعء ءطءعمه بلقاء معبء؟ ءوعء ءطءعم ()
				هل ءءاولء الأم أءبءة ءءببء المءاءة أثناء الءمءل؟ اسء الءواء ()
				هل فعانى أءء أءباء الءءل من نءص المءاءة الءلءى؟
				هل أصبب أءء أءباء الءءل بالءوعء بعء ءطءعمه بلقاء معبء؟
				هل سبءق للءءل الءءصوع لءقل الءم أو ءلقى ءءءة ءاما ءلوبولبءن؟
				هل لءبءك آبء استفسراءء ءول هءا ءطءعم؟

ءءلءء الطءباء
بءاء على الإءاباء المبببءة أعلاء وعلى ءءاءء الفءص؁ فءء ءرءء بأنه (بءءن ءطءعم / بفضل عءء ءطءعم) الءءل الءوم.
وءء شرءء لولى أمر الءءل ءواءء ءطءعم وءأءراءه الءانببءة (وبءاءة الاءءءاء المعوى) وءظام إعاءة الأشءاءص الءبءن بصابون بأءراض سلببءة مرءببءة بالءطءعم.
ءوءبء الطءباء أو اسءه وءءه

ءءلءء ولى الأمر
ءأم الطءبببء بءص الءءل وءءءببء الشءء المناسب؁ وءء فهءء ءواءء ءطءعم وأءاءه واءءءال ءءوءء ءأءراءء ءانببءة ءطببءة (وبءاءة الاءءءاء المعوى) ومءلوماء وءظام إعاءة الأشءاءص الءبءن بصابون بأءراض سلبببءة مرءببءة بالءطءعم؁ وعبءه فبءبء (أوافق / لا أوافق) على ءطءعم الءءل. * بءببء إءابءة الإءابءة الءى ءءءارها بءاءرءة.
أنا على علم بأن هءا الاستبببء هو وسببءة لءءمان سلامة ءطءعم وأوافق على أن بءم ءءءبمه لمءءب البءاءبءة.
ءوءبء ولى الأمر

اسء الفءاء	ءءرءة	المؤسساء / اسء الطءبببء / ءارءء ءطءعم
اسء الفءاء:	عن طرءبء الفءم	المؤسساء:
رقءم ءءشءبءة:	رءءاءبءك* 2 مل	اسء الطءبببء:
(ءءءبءر) ءببء ءءءءق من ءارءء صلاءبءة الفءاء.	رءءاءبءك* 1.5 مل	ءارءء ءطءعم:
		(ءوم/شهر/سءة) / /