

استمارة الموافقة على اللقاح المدرسي

اسم العائلة: _____ الاسم الأول للطالب: _____
تاريخ الميلاد: _____ سنة / شهر / يوم _____
المدرسة: _____ الصف: _____

أجب على الأسئلة التالية الخاصة بتاريخ طفلك. إذا كانت الإجابة "نعم"، أعطنا شرحاً مختصراً.

- هل يعاني الطالب من حالة طبية خطيرة؟ ☐ لا ☐ نعم: _____
- هل يتناول الطالب أية أدوية؟ ☐ لا ☐ نعم: _____
- هل تعرض الطالب من قبل لردة فعل على أي من اللقاحات؟ ☐ لا ☐ نعم: _____
- هل لدى الطالب تاريخ مع الإغماء أو نوبات الصرع؟ ☐ لا ☐ نعم: _____
- هل يعاني الطالب من أي نوع من الحساسية؟ ☐ لا ☐ نعم: _____

الرجاء اختيار كلمة "نعم" (يحصل على اللقاح) أو "لا" (لا يحصل على اللقاح) لكل من هذه اللقاحات. تظل استمارة الموافقة هذه صالحة لمدة 24 شهراً ما لم يتم سحب الموافقة شفهياً أو خطياً لدى دائرة الصحة العامة بأوتاوا.

لقاح الورم الحليمي البشري (HPV)	لقاح التهاب الكبد B Hepatitis B	لقاح المكورات السحائية ACYW-135 (مطلوب لدوام الطالب في المدرسة)
لقد قرأت صفحة المعلومات عن هذا اللقاح. وأتيحت لي فرصة توجيه الأسئلة وتمت الإجابة عليها بما يُرضيني. أنا أفهم الفوائد والمخاطر المرتبطة بهذا اللقاح وأعطي موافقتي للممرضة الموظفة بدائرة الصحة العامة بأوتاوا بأن تُعطي لقاحات الورم الحليمي البشري HPV (جرعتان بينهما مدة 6 أشهر).	لقد قرأت صفحة المعلومات عن هذا اللقاح. وأتيحت لي فرصة توجيه الأسئلة وتمت الإجابة عليها بما يُرضيني. أنا أفهم الفوائد والمخاطر المرتبطة بهذا اللقاح وأعطي موافقتي للممرضة الموظفة بدائرة الصحة العامة بأوتاوا بأن تُعطي لقاح التهاب الكبد B (جرعتان بينهما مدة 6 أشهر).	لقد قرأت صفحة المعلومات عن هذا اللقاح. وأتيحت لي فرصة توجيه الأسئلة وتمت الإجابة عليها بما يُرضيني. أنا أفهم الفوائد والمخاطر المرتبطة بهذا اللقاح وأعطي موافقتي للممرضة الموظفة بدائرة الصحة العامة بأوتاوا بأن تُعطي لقاح المكورات السحائية (جرعة واحدة).
نعم Yes توقيع بالأحرف الإنجليزية الأولى: _____ لا No توقيع بالأحرف الإنجليزية الأولى: _____	نعم Yes توقيع بالأحرف الإنجليزية الأولى: _____ لا No توقيع بالأحرف الإنجليزية الأولى: _____	نعم Yes توقيع بالأحرف الإنجليزية الأولى: _____ لا No توقيع بالأحرف الإنجليزية الأولى: _____

الاسم الكامل لولي الأمر القانوني (حروف إنجليزية منفصلة كبيرة): _____ العلاقة: _____
توقيع ولي الأمر القانوني: _____ التاريخ: _____ سنة / شهر / يوم _____
توقيع الطالب: _____ التاريخ: _____ سنة / شهر / يوم _____

يتم جمع المعلومات الصحية الشخصية بموجب السلطة الواردة في المادة 5 من تشريع حماية الصحة وتعزيزها وسيتم استعمالها لإعطاء اللقاحات بما في ذلك الاحتفاظ بسجل تطعيم لكل لقاح. إذا كانت لديكم أسئلة تتعلق بجمع المعلومات الصحية واستعمالها يمكن توجيهها إلى المشرف، وحدة التطعيم، دائرة الصحة العامة بأوتاوا بواسطة البريد على العنوان: 100 Constellation Drive، أوتاوا، أونتاريو K2G6J8، أو بواسطة الهاتف على الرقم 613-580-6744، أو بواسطة البريد الإلكتروني على العنوان immunization@ottawa.ca أو تفضل بزيارة هذا الموقع: <https://ottawa.ca/en/city-hall/open-transparent-and-accountable-government/access-information-and-protection-privacy/protection-privacy/personal-health-information-protection>

SCHOOL VACCINE ASSESSMENT FORM (This side for clinic use only)

Student Last name: _____ Student First name: _____

Date of birth: _____ YYYY/MM/DD _____ Age: _____

Client ID: _____

Administer the checked vaccines	Consent Obtained (Initial)	Panorama Verified		Dose Number
		Correct Interval (Initial)	Requires Dose (Initial)	
☐ Men-C-ACYW-135				___/ 1
☐ HB				___/___
☐ HPV				___/___

Assessor Signature and Designation: _____ Date: _____

I have used two client identifiers and the client has no contraindications to receiving the vaccine(s) based on the review of all screening questions. Initial & Designation: _____

MenQuadfi Menveo Nimenrix

Lot number Diluent
(Nimenrix® only)

Dosage and Route:

☐ 0.5ml Intramuscular

Site:

☐ Left Deltoid
☐ Right Deltoid

Administration:

Time: _____

Date: _____

Signature and Designation:

Clinical Notes (date and time): _____

Signature and Designation: _____

Engerix-B Recombivax

Lot number

Dosage and Route:

☐ 1.0ml Intramuscular
☐ 0.5ml Intramuscular

Site:

☐ Left Deltoid
☐ Right Deltoid

Administration:

Time: _____

Date: _____

Signature and Designation:

Clinical Notes (date and time): _____

Signature and Designation: _____

Gardasil 9

Lot number

Dosage and Route:

☐ 0.5ml Intramuscular

Site:

☐ Left Deltoid
☐ Right Deltoid

Administration:

Time: _____

Date: _____

Signature and Designation:

Clinical Notes (date and time): _____

Signature and Designation: _____

Initial when data entered in Panorama: _____

Date data entered in Panorama : _____