

نموذج المدرسة للموافقة على اللقاح



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

أجب على الأسئلة الخاصة بتاريخ طفلك. إذا كانت الإجابة "نعم"، أعطنا شرحًا مختصرًا.

1. هل يعاني الطالب من حالة طبية خطيرة؟ لا نعم: _____
 2. هل يتناول الطالب أي أدوية أو علاجات؟ لا نعم: _____
 3. هل أصيب الطالب إطلاقًا برد فعل على أي من اللقاحات؟ لا نعم: _____
 4. هل لدى الطالب تاريخ أو حالات سابقة من الإغماء أو نوبات الصرع؟ لا نعم: _____
 5. هل يعاني الطالب من أي نوع من الحساسية؟ لا نعم: _____

يُرجى الإشارة بكلمة "نعم" (يُحصل على اللقاح) أو "لا" (لا يُحصل على اللقاح) لكل واحد من هذه اللقاحات. نموذج الموافقة هذا يبقى صالحًا لمدة 24 شهرًا ما لم يتم سحب الموافقة شفهيًا أو خطيًا مع دائرة الصحة العامة في أوتاوا.

لقاح الورم الحليمي البشري (HPV)	لقاح التهاب الكبد ب Hepatitis B	لقاح المكورات السحائية ACYW-135 (مطلوب لدوام الطالب في المدرسة)
لقد قرأت صفحة المعلومات عن هذا اللقاح. وأتيحت لي فرصة توجيه الأسئلة التي تمت الإجابة عليها بما يُرضيني. أنا أفهم الفوائد والمخاطر المرتبطة بهذا اللقاح. وأنا أعطي موافقتي للممرضة الموظفة من طرف دائرة الصحة العامة في أوتاوا بأن تُعطي لقاحات الورم الحليمي البشري HPV (2) جرعتان بينهما مدة 6 أشهر).	لقد قرأت صفحة المعلومات عن هذا اللقاح. وأتيحت لي فرصة توجيه الأسئلة التي تمت الإجابة عليها بما يُرضيني. أنا أفهم الفوائد والمخاطر المرتبطة بهذا اللقاح. وأنا أعطي موافقتي للممرضة الموظفة من طرف دائرة الصحة العامة في أوتاوا بأن تُعطي لقاح التهاب الكبد ب (2) جرعتان بينهما مدة 6 أشهر).	لقد قرأت صفحة المعلومات عن هذا اللقاح. وأتيحت لي فرصة توجيه الأسئلة التي تمت الإجابة عليها بما يُرضيني. أنا أفهم الفوائد والمخاطر المرتبطة بهذا اللقاح. وأنا أعطي موافقتي للممرضة الموظفة من طرف دائرة الصحة العامة في أوتاوا بأن تُعطي لقاح المكورات السحائية (جرعة واحدة).
نعم <input type="checkbox"/> توقيع بالأحرف الأولى: _____ لا <input type="checkbox"/> توقيع بالأحرف الأولى: _____	نعم <input type="checkbox"/> توقيع بالأحرف الأولى: _____ لا <input type="checkbox"/> توقيع بالأحرف الأولى: _____	نعم <input type="checkbox"/> توقيع بالأحرف الأولى: _____ لا <input type="checkbox"/> توقيع بالأحرف الأولى: _____

الاسم الكامل لولي الأمر القانوني (كتابة): _____ 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 في أوتاوا بواسطة البريد على العنوان: 100 كونستيليشن درايف، أوتاوا، أونتاريو K2G6J8، أو بواسطة الهاتف على الرقم 613-580-6744، أو بواسطة البريد الإلكتروني على العنوان immunization@ottawa.ca أو تفضل بزيارة موقع الانترنت الخاص ببيان ممارسة واستعمال المعلومات من مسؤول الصحة الطبي: <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 <i>(Initial)</i>	Panorama Verified		Dose Number
		Correct Interval <i>(Initial)</i>	Requires Dose <i>(Initial)</i>	
<input type="checkbox"/> Men-C-ACYW-135				_ / 1
<input type="checkbox"/> HB				_ / _
<input type="checkbox"/> 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: _____

Menactra®

Nimenrix®

Engerix®-B Recombivax®

Gardasil®9

Lot number

Diluent
(Nimenrix® only)

Lot number

Lot number

Dosage and Route:

0.5ml Intramuscular

Site:

- Left Deltoid
- Right Deltoid

Administration:

Time: _____

Date: _____

Signature and Designation:

Dosage and Route:

- 1.0ml Intramuscular
- 0.5ml Intramuscular

Site:

- Left Deltoid
- Right Deltoid

Administration:

Time: _____

Date: _____

Signature and Designation:

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 : _____