

## نموذج المدرسة للموافقة على اللقاح



الاسم الأخير للطالب: \_\_\_\_\_ الاسم الأول للطالب: \_\_\_\_\_  
 تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ سنة / شهر / يوم \_\_\_\_\_  
 المدرسة: \_\_\_\_\_ الصف: \_\_\_\_\_

أجب على الأسئلة الأربعة 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) جرتان 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) جرتان 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"/> <b>Men-C-ACYW-135</b>				_ / 1
<input type="checkbox"/> <b>HB</b>				_ / _
<input type="checkbox"/> <b>HPV</b>				_ / _

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: \_\_\_\_\_

<p style="text-align: center;"><b><u>Menactra®</u></b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Lot number</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Nimenrix®</u></b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Diluent (Nimenrix® only)</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Engerix®-B</u></b> <b><u>Recombivax®</u></b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Lot number</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Gardasil®9</u></b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Lot number</p>
<p><b><u>Dosage and Route:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 0.5ml Intramuscular</p>	<p><b><u>Dosage and Route:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 1.0ml Intramuscular</p> <p><input type="checkbox"/> 0.5ml Intramuscular</p>	<p><b><u>Dosage and Route:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 1.0ml Intramuscular</p> <p><input type="checkbox"/> 0.5ml Intramuscular</p>	<p><b><u>Dosage and Route:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 0.5ml Intramuscular</p>
<p><b><u>Site:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Left Deltoid</p> <p><input type="checkbox"/> Right Deltoid</p>	<p><b><u>Site:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Left Deltoid</p> <p><input type="checkbox"/> Right Deltoid</p>	<p><b><u>Site:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Left Deltoid</p> <p><input type="checkbox"/> Right Deltoid</p>	<p><b><u>Site:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Left Deltoid</p> <p><input type="checkbox"/> Right Deltoid</p>
<p><b><u>Administration:</u></b></p> <p>Time: _____</p> <p>Date: _____</p>	<p><b><u>Administration:</u></b></p> <p>Time: _____</p> <p>Date: _____</p>	<p><b><u>Administration:</u></b></p> <p>Time: _____</p> <p>Date: _____</p>	<p><b><u>Administration:</u></b></p> <p>Time: _____</p> <p>Date: _____</p>
<p><b><u>Signature and Designation:</u></b></p> <p>_____</p>	<p><b><u>Signature and Designation:</u></b></p> <p>_____</p>	<p><b><u>Signature and Designation:</u></b></p> <p>_____</p>	<p><b><u>Signature and Designation:</u></b></p> <p>_____</p>

Clinical Notes (date and time): \_\_\_\_\_

Signature and Designation: \_\_\_\_\_

Initial when data entered in Panorama: \_\_\_\_\_

Date data entered in Panorama : \_\_\_\_\_