

## استمارة الموافقة على تطعيم الإنفلونزا

تفاصيل الطالب	
الاسم العائلي:	الاسم:
تاريخ الميلاد:	الجنس: <input type="checkbox"/> بنت <input type="checkbox"/> صبي
الرقم لدى الصحة الوطنية (إذا كان معروفاً):	رقم هاتف المنزل:
	رقم موبايل الوالد/ الوالدة/ ولي الأمر:
	عنوان المنزل:
	الرمز البريدي:
هل تم تشخيص الربو لطفلك من قبل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل أخذ طفلك هذه السنة لقاح الإنفلونزا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	هل يتناول طفلك الإسبيرين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	هل يتناول طفلك أي دواء بشكل منتظم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	هل أصيب طفلك بصدّة تاقية شديدة تحسسية بعد أي لقاح سابق؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	هل طفلك مصاب بمرض/ يتلقى معالجة تؤثر بشكل شديد على جهاز المناعة لديه؟ مثلاً هل يُعالج من أجل سرطان الدم. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	هل طفلك على اتصال وثيق مع شخص يتلقى معالجة تؤثر على جهازه المناعي؟ مثلاً شخص يجب عزله. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	هل طفلك مصاب بحساسية شديدة ضد البيض؟ (يحيث يحتاج إلى معالجة إسعافية – انظر أدناه) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	*إذا كان الجواب نعم على أي سؤال من الأسئلة أعلاه فالرجاء ذكر التفاصيل.
<p>الرجاء أن تخبر فريق التطعيم ما إذا احتاج طفلك إلى زيادة جرعة دواء الربو بعد أن أعطيتهم هذه الاستمارة.</p>	
<p>في يوم اللقاح، الرجاء أن تخبر فريق التطعيم ما إذا كان لدى طفلك أزيز من صدره خلال الأيام الثلاثة الماضية.</p>	
<p>ملاحظة: يحتوي لقاح الإنفلونزا الأنفي على مواد مشتقة من الخنزير (جيلاتين خنزير). لا يوجد لقاح إنفلونزا آخر متوفر للأطفال سليمي الصحة. يتوافر المزيد من المعلومات للوالدين على الموقع التالي: <a href="http://www.nhs.uk/child-flu">www.nhs.uk/child-flu</a></p>	
<p>موافقة على التطعيم (الرجاء وضع علامة على نعم أو لا)</p>	
لقد قرأت وفهمت المعلومات المتعلقة بلقاح الإنفلونزا الأنفي <input type="checkbox"/>	التاريخ: .....
نعم: موافقة من أجل تطعيم الإنفلونزا لطفلي <input type="checkbox"/>	كلا لا أوافق على أن يتلقى طفلي لقاح الإنفلونزا <input type="checkbox"/>
<p>إذا كان الجواب لا نرجو أن تذكر السبب/ الأسباب:</p>	
<p>الرجاء الانتباه أن المعلومات المتعلقة بلقاحات طفلك سيتم تبادلها مع طبيبك العام، الصحة الوطنية والمنظمات الأخرى ذات الصلة، وأتأكد نحتاج إلى الاتصال بك إذا احتجنا إلى إيضاح بخصوص موافقتك.</p>	
<p>توقيع الوالد أو الوالدة/ ولي الأمر (ممن لديه المسؤولية الوالدية)</p>	
<p>الرجاء اكتب اسمك وصلتك بالطفل</p>	

## استمارة الموافقة على تطعيم الإنفلونزا

يستكملها فريق مرضى التطعيم			
تقييم الأهلية قبل جلسة التطعيم من أجل لقاح الإنفلونزا LAIV			
هل الطفل مؤهل للقاح LAIV؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كان الجواب لا يرجى ذكر التفاصيل:			
معلومات إضافية:			
أجرى التقييم:			
الاسم: .....			
التاريخ: .....			
الجهة: .....			
التوقيع: .....			
تقييم الأهلية في يوم اللقاح			
هل أبلغ الوالد/الطفل أن الطفل لديه أزيز في صدره خلال الأيام الثلاثة الماضية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
في حال أن الطفل مصاب بالربو، هل أبلغ الوالد أو الطفل أياً مما يلي:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• استخدام لمشتقات الكورتيزون عبر الفم خلال الـ 14 يوم الماضية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</li> <li>• زيادة في مشتقات الكورتيزون المستنشقة (البخاخ) منذ استكمال الموافقة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</li> </ul>			
الطفل مؤهل للقاح LAIV؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
تفاصيل اللقاح			
التاريخ:	الوقت:	رقم الدفعة:	تاريخ انتهاء الصلاحية:
أعطي اللقاح على يد:			
الاسم: .....			
التاريخ: .....			
الجهة: المرض المسجل: .....			
التوقيع: .....			
دعوة إلى العيادة المسائية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			

1 أطفال الربو الغير مؤهلين يوم جلسة التطعيم بسبب تدهور التحكم بالربو لديهم يجب أن يتم تقديم لقاح غير فعال إذا لم تتحسن حالتهم خلال 72 ساعة وذلك لتفادي تأخير التطعيم في هذه الفئة المعرضة للخطر.