

نموذج الموافقة على التطعيم ضد مرض الكبد الوبائي ب

لقد استلمت وقرأت المعلومات الخاصة بتطعيم مرض الكبد الوبائي ب المرسل لي من دائرة الصحة العامة بتورونتو. أنا أفهم الفوائد المتوقعة والمخاطر الفعلية والأعراض الجانبية التي قد تحدث لطفلي بسبب أخذ لقاح التهاب الكبد والعيوب المحتملة من جراء عدم أخذ طفلي للقاح المضاد للتهاب الكبد. ولقد أشرت أدناه أن طفلي قد حصل على تطعيم التهاب الكبد ب من مصدر آخر في الماضي، وأني أوافق على إخطار إدارة الصحة العامة بتورونتو إذا كان طفلي سوف يأخذ لقاح التهاب الكبد ب من مصدر آخر في المستقبل غير إدارة الصحة العامة بتورونتو. وأدرك أنه إذا أعطيت موافقتي الآن، فإن إدارة الصحة العامة بتورونتو سوف تبذل أقصى جهدها حتى تستمر في أو تنتهي من إعطاء طفلي سلسلة لقاح التهاب الكبد ب بالجرعة أو الجرعات الملائمة. وعلى حسب الحالة، فإنه يجب إعطاء جرعة أو جرعتان من اللقاح حتى تكتمل سلسلة التلقيح. لقد تم إعلامي بأهمية إبلاغ الطبيب فوراً بأي رد فعل عكسي نتيجة تطعيم ابني بهذا التطعيم. إذا احتجت معلومات إضافية عن هذا التطعيم أو غيره من التطعيمات، يمكنني أن اتصل بخط معلومات التحصينات لدائرة الصحة العامة لتورونتو على الرقم ٤١٦-٣٩٢-١٢٥٠.

اسم الطالب: (الأخير) _____

(الأول) _____

تاريخ الميلاد: (السنة) _____ (الشهر) _____ (اليوم) _____ الجنس: ذكر أو أنثى

رقم بطاقة التأمين الصحي بأونتاريو (إذا كانت متوفرة): _____

اسم المدرسة: _____

الفصل الدراسي: _____

رجاء الطباعة بوضوح وأكمل الأجزاء التي تنطبق عليك أدناه.

الجزء أ

نعم، إنني موافق على أن تقوم دائرة الصحة العامة بتورونتو بإعطاء ابني/ابنتي _____ الجرعات اللازمة من التطعيم ضد مرض التهاب الكبد الوبائي (ب) لاستكمال سلسلة تطعيمه/تطعيمها. وأنا أفهم أنه يلزم إعطاء جرعتين (٢) على الأقل من التطعيم حتى تكتمل حماية طفلي. وأنا أفهم أن دائرة الصحة العامة بتورونتو سوف تكون متاحة حتى تعطي الجرعات الضرورية لإكمال التطعيم ضد التهاب الكبد الوبائي (ب) إلى طفلي خلال الـ ٢٤ شهراً القادمة.

التاريخ: _____ التوقيع: _____

(الأم/الأب/الوصي القانوني)

سنة/شهر/يوم

رقم الهاتف بالنيوم: _____ (_____)

جزء ب

لقد تم تطعيم طفلي مسبقاً ضد التهاب الكبد الوبائي (ب). إن لقاح التهاب الكبد الوبائي يختلف عن لقاح هيموفيلوس إنفلونزا ب أو (Hib) الذي يتلقاه الأطفال وهم صغار.

تاريخ الجرعة الأولى

تاريخ الجرعة الثانية

تاريخ الجرعة الثالثة (إذا كان قد أخذها)

تاريخ أي جرعات إضافية

جزء ج

لا، لا أريد أن تقوم دائرة الصحة العامة بتورونتو بتطعيم ابني/ابنتي _____ بتطعيم التهاب الكبد الوبائي (ب)

التاريخ: _____ التوقيع: _____

(الأم/الأب/الوصي القانوني)

سنة/شهر/يوم

FOR NURSE'S USE ONLY

NURSING ASSESSMENT QUESTIONS	DOSE ONE	DOSE TWO
1. Have you received needles for Hepatitis B immunization before today?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	Dose One Date Checked Adequate Spacing Evident YES NO Initials_____
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	
3. Did you have any reaction to the first Hepatitis B needle? Did you receive any Hepatitis B needle since your first dose?		<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
4. Do you understand what the needle is for?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
5. Are you allergic to the following: i/ Thimerosal ii/ yeast iii/ aluminium iv/ other	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no _____	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no _____
6. Are you sick today with anything more than a cold? Do you have a fever?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
7. Do you have any serious health problems? Are you taking any medication that may lower your immune system, e.g. anti-cancer agent? Comments:	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no Comments:	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no Comments:
8. Are you pregnant? Do you think you might be pregnant?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
Vaccine Information:	Vaccine: Recombivax Dose: 1 ml or .5ml Lot # _____ R / L deltoid Route: <u> IM </u> Date: _____ Time: _____ _____ Signature of Nurse	Vaccine: Recombivax Dose: 1 ml or .5ml Lot # _____ R / L deltoid Route: <u> IM </u> Date: _____ Time: _____ _____ Signature of Nurse
Nursing Notes:	[] Self Loaded [] Loaded by: _____	[] Self Loaded [] Loaded by: _____