

فرم اجازه نامه برای واکسیناسیون علیه بیماری هپاتیت "ب"

اطلاعاتی را که توسط سازمان بهداشت عمومی تورنتو در باره واکسن هپاتیت "ب" (یرقان) برای من ارسال شده بود، را دریافت و مطالعه کرده ام. من از سودمندی قابل انتظار، مضرات و عوارض جانبی این واکسن برای فرزندم و همچنین از خطرات احتمالی که ممکن است در صورت عدم واکسیناسیون برای او پیش آید، مطلع هستم. اگر فرزند من در گذشته علیه بیماری هپاتیت ب توسط موسسه دیگری واکسینه شده باشد، من جزئیات آنرا در پائین ذکر می کنم. من همچنین موافقت می کنم که اگر فرزند من در آینده توسط موسسه و یا کلینیک دیگری به جز مرکز بهداشت عمومی تورنتو، علیه این بیماری واکسینه شود، موضوع را به اطلاع این مرکز برسانم. من درک می کنم که در صورت موافقت من، مرکز بهداشت تورنتو کوشش های لازم را برای ادامه و تکمیل برنامه واکسیناسیون فرزند من علیه این بیماری را با مقدار لازم دارو می نماید. بسته به شرایط، ممکن است که یک یا دو نوبت مصرف دارو برای تکمیل برنامه واکسیناسیون لازم باشد. من به درجه اهمیت این موضوع واقف هستم که باید هرگونه عوارض غیر عادی و نامطلوب ناشی از واکسن بر روی فرزندم را فوراً به پزشک اطلاع دهم. من می دانم که برای هرگونه اطلاعات بیشتر در مورد این واکسن و یا هر واکسن دیگری می توانم با شماره تلفن ۴۱۶-۳۹۲-۱۲۵۰ تماس بگیرم.

نام دانش آموز: نام خانوادگی (Last) _____ نام: (First) _____
 تاریخ تولد: (سال) _____ (ماه) _____ (روز) _____ جنس: پسر (M.) _____ دختر (F.) _____
 شماره کارت بهداشت انتاریو (OHIP): _____
 نام مدرسه: _____ کلاس: _____

لطفاً با حروف بزرگ و خوانا بنویسید و هر کدام از بخش های زیر، الف، ب یا ج را تکمیل کنید

بخش الف

آری، من به سازمان بهداشت عمومی تورنتو اجازه می دهم که واکسیناسیون فرزند من _____ را علیه بیماری هپاتیت "ب" با میزان لازم دارو و تا پایان دوره واکسیناسیون ادامه دهد. من درک می کنم که برای مصونیت کامل فرزند من در مقابل این بیماری، حداقل دو نوبت واکسن لازم است. من واقف هستم که سازمان بهداشت عمومی تورنتو آماده است که در طول ۲۴ ماه آینده فرزند من را علیه بیماری هپاتیت "ب" با میزان لازم دارو واکسینه کند.

تاریخ: (روز/ماه/سال) _____ امضا: (مادر/ پدر/ قیم قانونی) _____
 شماره تلفن تماس با شما در طول روز (لطفاً به انگلیسی بنویسید): _____ - _____ (____) _____

بخش ب فرزند من در گذشته علیه بیماری هپاتیت ب واکسینه شده است. توجه داشته باشید که واکسن هپاتیت ب با واکسن نوع ب آنفلوآنزا (Hib) که به نوزادان تزریق می شود متفاوت هستند.

تاریخ تزریق بار اول واکسن _____
 تاریخ تزریق بار دوم واکسن _____
 تاریخ تزریق بار سوم (اگر تزریق شده است) _____
 تاریخ دفعات دیگر در صورت تزریق _____

بخش ج

خیر، من نمی خواهم که سازمان بهداشت عمومی تورنتو فرزند من _____ را علیه بیماری هپاتیت "ب" واکسینه کند.

تاریخ: (روز/ماه/سال) _____ امضا: (مادر/ پدر/ قیم قانونی) _____

اطلاعات خصوصی در این فرم توسط مرکز بهداشت عمومی تورنتو برای برنامه بیماری های قابل پیشگیری بوسیله واکسیناسیون جمع آوری شده است. برای آشنائی با نحوه حفاظت از این اطلاعات به بیانیه اطلاعات خصوصی مرکز بهداشت عمومی تورنتو صفحه اینترنتی www.toronto.ca/health/information_practice_statement.htm مراجعه کنید. برای سوالات خود در باره نحوه اجرای این برنامه با تلفن ۴۱۶-۳۹۲-۱۲۵۰ تماس بگیرید.

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?	<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: _____ _____ <div style="text-align: center;">Signature of Nurse</div>	Vaccine: Recombivax Dose: 1 ml or .5ml Lot # _____ R / L deltoid Route: <u> IM </u> Date: _____ Time: _____ _____ <div style="text-align: center;">Signature of Nurse</div>
Nursing Notes:	<input type="checkbox"/> Self Loaded <input type="checkbox"/> Loaded by: _____	<input type="checkbox"/> Self Loaded <input type="checkbox"/> Loaded by: _____