

## نموذج الموافقة على تطعيم المكورات السحائية: لقاح MENACTRA®

اسم الطالب: (الأخير) \_\_\_\_\_ (الأول) \_\_\_\_\_  
 تاريخ الميلاد: (السنة) \_\_\_\_\_ (الشهر) \_\_\_\_\_ (اليوم) \_\_\_\_\_ الجنس: ذكر  أنثى   
 رقم البطاقة الصحية بأونتاريو ( إذا كانت متاحة ): \_\_\_\_\_  
 اسم المدرسة: \_\_\_\_\_ الفصل الدراسي: \_\_\_\_\_

### أولياء الأمور:

- أ- يرجى ملء قسم واحد سواء الخاص بنعم أو بلا.  
 ب- اكتب إذا كان طفلك قد تلقى تطعيم المكورات السحائية "التهاب السحايا" من قبل.

**نعم،** أوافق على أن تقوم دائرة الصحة العامة في تورونتو بإعطاء طفلي جرعة واحدة من لقاح MENACTRA®. لقد قرأت صحيفة حقائق صحة تورونتو العامة عن لقاح MENACTRA®. وأفهم الفوائد التي يحصل عليها طفلي والمخاطر والآثار الجانبية المحتملة من التطعيم بلقاح MENACTRA®. وأفهم أنه يمكنني سحب موافقتي في أي وقت. إذا أصيب طفلي برد فعل عكسي من التطعيم، سأذهب إلى الطبيب فوراً وأتصل بدائرة الصحة العامة في تورونتو. إن جرعة واحدة فقط من هذا التطعيم مطلوبة لحماية طفلي في الوقت الحاضر.

التاريخ: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_ رقم هاتف الاتصال النهاري: \_\_\_\_\_  
 (الأم/ الأب/ الوصي القانوني) سنة/شهر/يوم

أو

لقد تم تطعيم طفلي من قبل بتطعيم/تطعيمات المكورات السحائية - التهاب السحايا التالية:

_____ (تاريخ الحصول على التطعيم)	Menomune®
_____ (تاريخ الحصول على التطعيم)	Men AC®
_____ (تاريخ الحصول على التطعيم)	MENACTRA®
_____ (تاريخ الحصول على التطعيم)	Menjugate®/NeisVac-C®/Meningitec®

أو

**لا،** لا أوافق على أن تقوم دائرة الصحة العامة في تورونتو بتطعيم طفلي بلقاح MENACTRA®. أفهم العواقب المحتملة إذا لم يتم تطعيم طفلي.

التاريخ: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_  
 (الأم/ الأب/ الوصي القانوني) سنة/شهر/يوم

### اتصل بخط معلومات التحصينات على رقم 416-392-1250:

- إذا كان طفلك سيتلقى تطعيم المكورات السحائية في المستقبل لدى مقدم رعاية صحية آخر.
- إذا كنت في حاجة لمزيد من المعلومات عن هذا التطعيم.

## FOR NURSE'S USE ONLY

MENACTRA<sup>®</sup> vaccine required :  yes  no

### Nursing Assessment Questions

1. Have you received needles for MENACTRA <sup>®</sup> immunization before today?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
3. Do you understand what the needle is for?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
4. Are you allergic to the following: i/ Latex ii/ Diptheria Toxoid iii/ 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 <hr style="width: 10%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>
5. Have you ever been diagnosed with Guillain-Barre Syndrome (GBS)  (note: GBS is a neurological disorder that causes muscle paralysis)	<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
7. Do you have any serious health problems, i.e. seizures, paralysis, history of fainting?  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:
8. Do you think you might be pregnant?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no

<p><b><u>Nursing Notes:</u></b></p>    	<p><b><u>Vaccine:</u></b> MENACTRA<sup>®</sup>                      Dose: <b>0.5 ml</b></p> <p>Lot # _____</p> <p>R / L deltoid    Route: <u>  IM  </u></p> <p>Date: _____    Time: _____</p> <hr style="border: 1px solid black;"/> <p style="text-align: center;">Signature of Nurse</p>
---	--