

## فرم رضایت نامه واکسن مننگوکوک: MENACTRA®

نام دانش آموز: (نام خانوادگی) \_\_\_\_\_ (نام) \_\_\_\_\_

تاریخ تولد: (سال) \_\_\_\_\_ (ماه) \_\_\_\_\_ (روز) \_\_\_\_\_ جنس:  مذکر  مونث

شماره کارت بهداشت Ontario (در صورتی که موجود است): \_\_\_\_\_

نام مدرسه: \_\_\_\_\_ کلاس: \_\_\_\_\_

والدین:

(a) لطفاً بخش بله یا خیر را کامل کنید.

(b) در صورتی که فرزندتان اخیراً یک واکسن "مننژیت" مننگوکوکی دریافت کرده، بنویسید.

**بله،** رضایت می‌دهم که یک دوز واکسن MENACTRA® از طرف مرکز بهداشت همگانی تورنتو به فرزندم تزریق شود. من بروشور اطلاع رسانی مرکز بهداشت همگانی تورنتو را که درباره MENACTRA® است مطالعه نموده‌ام. من از مزایا، خطرات و عوارض جانبی واکسن MENACTRA® بر فرزندم آگاه هستم. من می‌دانم که در هر زمانی می‌توانم رضایت نامه ام را پس بگیرم. اگر فرزندم واکنش نامناسبی نسبت به این واکسن نشان دهد فوراً او را نزد یک پزشک می‌برم و با مرکز بهداشت همگانی تورنتو تماس می‌گیرم. در این مرحله تنها یک دوز از این واکسن برای مصونیت فرزندم کافی است.

تاریخ: \_\_\_\_\_ امضا: \_\_\_\_\_ شماره تلفن تماس در طول روز: \_\_\_\_\_  
 روز/ماه/سال (مادر / پدر / سرپرست قانونی)

یا

فرزندم اخیراً واکسن (های) مننژیت مننگوکوکی زیر را دریافت کرده است:

Menomune® (تاریخ دریافت واکسن) \_\_\_\_\_

Men AC® (تاریخ دریافت واکسن) \_\_\_\_\_

MENACTRA® (تاریخ دریافت واکسن) \_\_\_\_\_

Menjugate®/NeisVac-C®/Meningitec® (تاریخ دریافت واکسن) \_\_\_\_\_

یا

**خیر،** من رضایت نمی‌دهم که از طرف مرکز بهداشت همگانی تورنتو واکسن MENACTRA® به فرزندم تزریق شود. من از پی آمدهای واکسینه نشدن فرزندم مطلع هستم.

تاریخ: \_\_\_\_\_ امضا: \_\_\_\_\_ روز/ماه/سال (مادر / پدر / سرپرست قانونی)

با خط اطلاعات ایمن سازی به شماره 416-392-1250 تماس بگیرید:

- در صورتی که فرزندتان در آینده از دیگر فراهم کنندگان مراقبت های بهداشتی واکسن مننگوکوک را دریافت می کند
- اگر در مورد این واکسن نیاز به اطلاعات بیشتری دارید

**اطلاعات بهداشت فردی** در این فرم تحت قانون گسترش و حفاظت بهداشت R.S.O. 1990, c. H. 7 جمع آوری شده است. این اطلاعات برای برنامه واکسیناسیون بیماری های قابل پیشگیری مرکز بهداشت همگانی تورنتو استفاده می شود. **محرمانگی این اطلاعات محفوظ است.** برای کسب اطلاعات بیشتر اظهارنامه حریم خصوصی ما را در سایت [www.toronto.ca/health/information\\_practice\\_statement.htm](http://www.toronto.ca/health/information_practice_statement.htm) ببینید یا با Manager, Vaccine Preventable Diseases - 850 Coxwell, Avenue, Toronto, ON, M4C 5R1 یا شماره تلفن: 416 392-1250 تماس بگیرید.

## 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>Vaccine:</b> MENACTRA<sup>®</sup>                      <b>Dose: 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>
---	---