

نموذج الموافقة على التطعيم لطلاب الصف السابع
برنامج الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات

املاً جميع المناطق المظللة بهذا النموذج، ووقع عليه وأعدده إلى المدرسة قبل تاريخ العيادة

رقم بطاقة أونتاريو الصحية Ontario Health Card Number	الاسم الأول First Name	اللقب Last Name
اسم المعلم(ة) Teachers Name	المدرسة School	تاريخ الميلاد (السنة / الشهر / اليوم) Date of Birth (Year/Month/Day)
رقم هاتف ولي الأمر (خلال النهار) Parent Phone Number (Daytime)	اسم ولي الأمر / الوصي القانوني Parent/Legal Guardian Name	الجنس (ضع دائرة على اختيار واحد) Gender (Circle one) ذكر أنثى غير ذلك Male Female Other

هل يعاني الطالب من حساسية تجاه: الخميرة أو اللاتكس أو الثيمبروسال أو التروميثامين أو الدفتيريا / ذوفان الكزاز؟	لا No	نعم Yes
هل أصيب الطالب برد فعل خطير تجاه أحد اللقاحات من قبل؟	لا No	نعم Yes
هل لدى الطالب تاريخ من الإغماء أو النوبات؟	لا No	نعم Yes
هل يعاني الطالب من اضطراب نرزي؟	لا No	نعم Yes
هل الطالبة حامل؟	لا No	نعم Yes
هل يعاني الطالب من نقص المناعة؟	لا No	نعم Yes
يلزم التوقيع على الموافقة من قبل ولي الأمر / الوصي القانوني لكل نوع من أنواع اللقاحات أدناه		

الموافقة: أنا ولي الأمر أو الوصي القانوني للطالب المذكور أعلاه، قد قرأت صحيفة الحقائق المقدمة لي عن اللقاحات وفهمت الفوائد المتوقعة والمخاطر المحتملة والآثار الجانبية. لقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة والبحث عن إجابات حول اللقاح (اللقاحات). أدرك أن لقاح المكورات السحائية ACYW-135 إلزامي للاتحاق بالمدرسة. هذه الموافقة سارية المفعول حتى يتم إعطاء جميع الجرعات، وأنه يمكن سحب الموافقة في أي وقت عن طريق الاتصال بالوحدة الصحية.
يرجى ملاحظة ما يلي: إذا كان الطالب قد تلقى جرعات سابقة من هذا اللقاح (اللقاحات)، ستحدد الممرضة ما إن كان يلزم إعطاء جرعات إضافية، وفقاً لجدول التطعيم في أونتاريو ودليل التطعيم الكندي. إذا وقعت على الخط الذي يمنح الموافقة على هذا اللقاح المحدد، فأنت توافق على إعطاء أي جرعات متبقية وبالتالي إنهاء السلسلة للحصول على الحماية المثلى.

لقاح المكورات السحائية ACYW-135 أوافق على إعطاء لقاح المكورات السحائية : X اكتب اسم ولي الأمر / الوصي القانوني بخط واضح X توقيع اسم ولي الأمر / الوصي القانوني التاريخ:	Hep B لقاح التهاب الكبد الوبائي أوافق على إعطاء لقاح التهاب الكبد الوبائي : X اكتب اسم ولي الأمر / الوصي القانوني بخط واضح X توقيع اسم ولي الأمر / الوصي القانوني التاريخ:	HPV لقاح فيروس الورم الحليمي البشري أوافق على إعطاء لقاح فيروس الورم الحليمي البشري: X اكتب اسم ولي الأمر / الوصي القانوني بخط واضح X توقيع اسم ولي الأمر / الوصي القانوني التاريخ:
الجرعات السابقة المعطاة: (لا تشمل لقاح Men- (نيسفاك ومينجوغيت) C أدخل التاريخ الدقيق واسم الطبيب ورقم الهاتف)	الجرعات السابقة المعطاة: (بما في ذلك حدد الجرعة توينريكس للبالغين- وتوينريكس جونيور) أدخل التاريخ الدقيق واسم الطبيب ورقم الهاتف)	جرعات السابقة المعطاة: أدخل التاريخ الدقيق واسم الطبيب ورقم الهاتف)
Clinic use only:	Clinic use only Dose #1: Recombivax / Engerix	Clinic use only Dose #1:
Lot #:	Lot #:	Lot #:
Expiry Date:	Expiry Date:	Expiry Date:
Dose date:	Dose date:	Dose date:
Time given:	Time given:	Time given:
R del L del 1.5"	R del L del 1.5"	R del L del 1.5"
Nurse:	Nurse:	Nurse:

Complete after 1 dose: ○

See over for Dose #2 nursing documentation

Verbal consent:

Given by: _____

Relationship: _____

Given to: _____

Date: _____

Men, HB, HPV-9 (circle)

Nurse: _____

Dose #2: Recombivax / Engerix			Dose #2:		
Lot #:			Lot #:		
Expiry Date:			Expiry Date:		
Dose date:			Dose date:		
Time given:			Time given:		
R del	L del	1.5"	R del	L del	1.5"
Nurse:			Nurse:		

Clinic Use:

Nurse Assessment – Day of Clinic	Visit #1	Visit #2	Notes
Do you have a fever or are you sick today?	Y N	Y N	
Has anything changed with your health recently?	Y N	Y N	
Did you have a serious reaction to a vaccine before? (or last dose if on dose #2)	Y N	Y N	
Is it possible that you may be pregnant? (female students only)	Y N	Y N	
Do you understand what this vaccine(s) is for?	Y N	Y N	
Do you have any questions?	Y N	Y N	
Nurse Initials			

Nursing Notes*:

*Only to be used if Panorama is not available. All notes written here must be transferred to Panorama.

Check here if nurse wrote a note in Pan:

Reason student did not receive vaccine	Visit #1 Date stamp & initial		Visit #2 Date stamp & initial		Visit #3 Date stamp & initial	
Absent						
Refused						
Deferred						
Letter sent: reason other than above						
Moved (note location if known)						

