

نموذج الموافقة على إعطاء حملة اللقاح الثلاثي الفيروسي
 MMR Vaccination Campaign Consent form

<p>Student's Name:</p> <p>School: Grade: Section:</p> <p>DOB:</p> <p>Nationality:</p> <p>Student's eSIS No:</p> <p>Emirates ID No:</p> <p>The Ambulatory Healthcare Services-SEHA, a subsidiary of Pure Health will provide the MMR vaccine to students in the following grades and their equivalents in British Curriculum:</p> <ul style="list-style-type: none"> • KG1 or equivalent to FS2 • KG2 or equivalent to Year 1 • Grade 1 or equivalent to Year 2 <p><input type="checkbox"/> I Agree to my child receiving the vaccine.</p> <p>I authorize the AHS vaccination nurse to administer epinephrine if my child experiences an anaphylactic reaction after receiving the vaccine, following best practices in vaccination in dealing with such cases.</p> <p>I will also inform the school nurse if my child has already received the MMR vaccine during the campaign, prior to the scheduled vaccination appointment at school.</p> <p>In case of agreement and to ensure safe vaccination, please answer the below questions:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">Ye s</th> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 90%;">Questions:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>Does the student have a known history of severe, life-threatening allergic reaction (anaphylactic reaction) to after vaccination, eggs, neomycin or others? If the answer is yes, please give details:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Does the student have a history of any immune-system problem resulting from a disease (e.g. cancer) or medication being taken currently (e.g. chemotherapy, steroids)? If the answer is yes, please give details:</td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> I disagree with my child being vaccinated</p> <p>Please specify the reason:</p> <p>I understand that the medical record is a confidential document. Reporting of medical information to other entities is subject to DOH data management and standards requirements policy.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Parent's / Guardian's Name:</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Signature:</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Relation:</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Date:</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Tel. #:</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Ye s	No	Questions:			Does the student have a known history of severe, life-threatening allergic reaction (anaphylactic reaction) to after vaccination, eggs, neomycin or others? If the answer is yes, please give details:			Does the student have a history of any immune-system problem resulting from a disease (e.g. cancer) or medication being taken currently (e.g. chemotherapy, steroids)? If the answer is yes, please give details:	Parent's / Guardian's Name:	Signature:	Relation:	Date:	Tel. #:	<p>اسم الطالب:</p> <p>المدرسة: الصف: الشعبة:</p> <p>تاريخ الميلاد:</p> <p>الجنسية:</p> <p>رقم الطالب المدرسي:</p> <p>رقم الهوية الإماراتية:</p> <p>ستقوم إدارة الخدمات العلاجية الخارجية - صحة احدى منشآت بيور هيلث بإعطاء اللقاح الثلاثي الفيروسي للطلبة في المراحل الدراسية التالية، وما يعادلها في المنهاج البريطاني:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الروضة الأولى او ما يعادل روضة ثانية بريطاني • الروضة الثانية او ما يعادل سنة أولى بريطاني • الصف الأول او ما يعادل سنة ثانية بريطاني <p><input type="checkbox"/> أوافق على إعطاء ابني / ابنتي هذا التطعيم.</p> <p>كما انني أسمح لممرض / ممرضة التطعيم (الخدمات العلاجية الخارجية) بإعطاء ابني / ابنتي الاينيفرين في حالة حدوث رد فعل تحسسي شديد ناتج عن التطعيم، كما هو مطبق في أفضل الممارسات للتعامل مع حالات الحساسية.</p> <p>كما سأبلغ ممرض / ممرضة المدرسة، في حال تم أخذ اللقاح الثلاثي الفيروسي خلال فترة تنفيذ الحملة وقبل موعد التطعيم في المدرسة.</p> <p>في حال الموافقة وللتأكد من إعطاء التطعيم بشكل آمن، يرجى الإجابة على الأسئلة التالية:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">نعم</th> <th style="width: 5%;">لا</th> <th style="width: 90%;">الأسئلة:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>هل تعرض الطالب/ة لرد فعل تحسسي شديد (يهدد الحياة) بعد أخذ أي لقاح في الماضي أو من البيض أو النيومايسين أو غيرهما؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر التفاصيل:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>هل لدى الطالب/ الطالبة مرض يؤثر على جهاز المناعة مثل مرض السرطان أو يخضع/ تخضع لعلاج يؤثر على جهاز المناعة مثل العلاج الكيماوي أو الستيرويدات (مثل الكورتيزون)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر التفاصيل:</td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> لا أوافق على إعطاء ابني / ابنتي التطعيم</p> <p>الرجاء ذكر السبب:</p> <p>إن الملف الصحي وثيقة سرية. يخضع الإبلاغ عن المعلومات الطبية إلى الجهات الأخرى لسياسة إدارة البيانات ومتطلبات دائرة الصحة في إمارة أبوظبي.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">اسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي:</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>التوقيع:</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>صلة القرابة:</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>التاريخ:</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>رقم الهاتف:</td> <td>.....</td> </tr> </table>	نعم	لا	الأسئلة:			هل تعرض الطالب/ة لرد فعل تحسسي شديد (يهدد الحياة) بعد أخذ أي لقاح في الماضي أو من البيض أو النيومايسين أو غيرهما؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر التفاصيل:			هل لدى الطالب/ الطالبة مرض يؤثر على جهاز المناعة مثل مرض السرطان أو يخضع/ تخضع لعلاج يؤثر على جهاز المناعة مثل العلاج الكيماوي أو الستيرويدات (مثل الكورتيزون)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر التفاصيل:	اسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي:	التوقيع:	صلة القرابة:	التاريخ:	رقم الهاتف:
Ye s	No	Questions:																																					
		Does the student have a known history of severe, life-threatening allergic reaction (anaphylactic reaction) to after vaccination, eggs, neomycin or others? If the answer is yes, please give details:																																					
		Does the student have a history of any immune-system problem resulting from a disease (e.g. cancer) or medication being taken currently (e.g. chemotherapy, steroids)? If the answer is yes, please give details:																																					
Parent's / Guardian's Name:																																						
Signature:																																						
Relation:																																						
Date:																																						
Tel. #:																																						
نعم	لا	الأسئلة:																																					
		هل تعرض الطالب/ة لرد فعل تحسسي شديد (يهدد الحياة) بعد أخذ أي لقاح في الماضي أو من البيض أو النيومايسين أو غيرهما؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر التفاصيل:																																					
		هل لدى الطالب/ الطالبة مرض يؤثر على جهاز المناعة مثل مرض السرطان أو يخضع/ تخضع لعلاج يؤثر على جهاز المناعة مثل العلاج الكيماوي أو الستيرويدات (مثل الكورتيزون)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر التفاصيل:																																					
اسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي:																																						
التوقيع:																																						
صلة القرابة:																																						
التاريخ:																																						
رقم الهاتف:																																						