



الموافقة على تطعيم الطلاب ضد مرض التيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي

Consent Form Tdap Student's Vaccination



/MOPHQatar

/MOPHQatar



/MOPHQatar



www.moph.gov.qa





الموافقة على تطعيم الطلاب ضد مرض التيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي

اسم الطالب / الطالبة : رقم البطاقة الشخصية: تاريخ الميلاد:
اسم المدرسة : الصف :
السيد / ولي الأمر المحترم

حرصاً من وزارة الصحة العامة على اتخاذ جميع الإجراءات اللازمة لحماية أبناءنا الطلاب والطالبات من الإصابة بالأمراض الانتقالية وبالتعاون مع مؤسسة الرعاية الصحية الأولية ووزارة التعليم والتعليم العالي فإنهم سيتم إجراء الحملة السنوية لتطعيم الطلاب بجميع المدارس المستقلة والخاصة بدولة قطر بالجرعة المنشطة ضد أمراض التيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي علماً بأن ابنك / ابنتك قد حصل على الجرعات الأساسية من التطعيم ضد هذه الأمراض في مرحلة الطفولة وبما أن المناعة المكتسبة لهذه التطعيمات قد تنخفض مع مرور الوقت فإنه ينصح بإعطاء جرعة منشطة لتعزيز المناعة.

نود إفادتكم بأن هذا اللقاح آمن وفعال وهو من ضمن التطعيمات المعتمدة في جدول التطعيم الدوري بوزارة الصحة العامة في دولة قطر ويوصي بأخذ هذا التطعيم لجميع المراهقين والبالغين و العاملين في مجال الرعاية الصحية والنساء الحوامل وأشارت الدراسات بأنه لا تظهر أي أعراض جانبية شديدة لدى معظم الأشخاص الذين يحصلون على هذا اللقاح. يتم إعطاء التطعيم عن طريق الحقن بالعضل في أعلى الذراع وقد يسبب اخذ التطعيم ألم بسيط أو احمرار أو تورم في مكان الحقن أو حمى خفيفة .

موانع اخذ التطعيم :-

- وجود حساسية شديدة لأحد مكونات اللقاح قد ظهرت في التطعيمات السابقة DTP, DTaP, DT, or Td
- ارتفاع درجة حرارة الطالب / الطالبة أعلى من 38 درجة مئوية في يوم أخذ التطعيم .
- المصابين بأمراض الجهاز العصبي مثل الصرع، التشنجات، التهاب الدماغ .
- التاريخ المرضي السابق للإصابة بمتلازمة غيلان باريه.

لا نعم

(أ) هل يعاني الطالب / الطالبة من أي أمراض مزمنة؟

إذا كانت الإجابة نعم الرجاء ذكر التفاصيل

لا نعم

(ب) هل يعاني الطالب / الطالبة من حساسية للتطعيمات؟

إذا كانت الإجابة نعم الرجاء ذكر التفاصيل

لا نعم

(ج) هل حصل الطالب / الطالبة على لقاح التيتانوس، الدفتيريا، السعال الديكي خلال الخمس سنوات الماضية؟
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التكرم بإحضار بطاقة التطعيم السابقة إذا وجدت.

الموافقة على إعطاء التطعيم

لا أوافق على إعطاء اللقاح

أوافق على إعطاء اللقاح

الرجاء التحديد بوضوح

إذا كنت لا توافق، الرجاء ذكر الأسباب

اسم و توقيع ولي الأمر : رقم الهاتف : التاريخ :

استخدام الإدارة

توقيع الممرض / الممرضة المشرف على التطعيم : التاريخ :

للاستفسار يرجى التواصل مع حماية الصحة ومكافحة الأمراض الانتقالية بوزارة الصحة العامة :

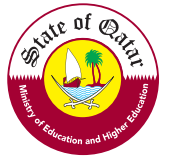
هاتف ارضي: +974 4407106، +974 4407104

بريد الإلكتروني: cdc@moph.gov.qa

للتواصل مع الصحة المدرسية بمؤسسة الرعاية الصحية الأولية:

هاتف ارضي: +974 4027140، جوال: +974 55028749

بريد الإلكتروني: SHSP@phcc.gov.qa، cdc@moph.gov.qa



Consent Form

Tdap Student's Vaccine

Student Name:..... QID No.: Date Of Birth:.....
 School Name: Class:

Dear Parents,

Ministry of Public Health in collaboration with Primary Health Care Corporation and Ministry of Education & Higher Education are conducting the yearly vaccination campaign against Tetanus, Diphtheria and A cellular Pertussis (Tdap) for Students in all Independent and Private schools in Oatar.

Your son/daughter may have received vaccination against these diseases in infancy and childhood. However, since immunity to these vaccinations may decrease over time a booster dose is highly recommended by Ministry of Public Health.

The vaccine is safe, effective and routinely given to adolescents, adults, health care workers and pregnant women in Qatar. Most people have no serious side effects from Tdap vaccines. Injections are given into a muscle in the upper arm. This may cause soreness for a day or two, redness or swelling at the injection site or mild fever.

Vaccine Contraindications:

1. Anyone who has had a severe reaction to a previous dose of DTP, DTaP, DT, or Td should not get Tdap.
2. Fever higher than 38°C on the day of vaccination.
3. Any neurological disorder like epilepsy ,convulsions, encephalitis.
4. Previous history of Guillain-Barré Syndrome.

(A) Does the student have any medical conditions?

YES

NO

If Yes Describe :

(B) Has the student ever had any allergic reactions to vaccinations?

YES

NO

If Yes Describe :

(C) Has your child previously received vaccination against Tetanus,Diphtheria, Pertussis vaccine in the last 5 years?

YES

NO

If yes, please provide a copy of your child's previous vaccination card.

Parent's Consent

Please mark one clearly:

Agree to receive Tdap vaccine.

Disagree to receive Tdap vaccine.

If you disagree, please state the reason

Parent's name and signature..... Contact no..... Date

OFFICE USE ONLY :

Signature of vaccine provider..... Date of vaccination

For any questions or concerns please contact HP & CDC, Ministry of Public Health:

Contact Number: +974 44070824 / +974 44070156

Email: cdc@moph.gov.qa

School Health at PHCC

Contact Number: Tele: +974 40271404, Mob: +974 55528749

Email: SHSP@phcc.gov.qa, cdc@moph.gov.qa