

حقن الإنفلونزا المجانية في المدرسة

على نموذج الموافقة الرجاء قلب الصفحة للتوقيع

In Partnership with:

Alameda County Public Health Department | California Department of Public Health | Local School Districts

كيفية الحصول على حقنة الإنفلونزا لطالبك/لطالبتك مجانًا

- 1 اقرأ جميع المعلومات في هذه الصفحة.
- 2 أجب على جميع الأسئلة في الجزء الخلفي من نموذج الموافقة هذا. يُرجى تعبئة نموذج واحد لكل طالب/طالبة
- 3 وقع باسمك في نهاية نموذج الموافقة.
- 4 أعطي النموذج لمدرسة طالبك/طالبتك على الفور.

نشر للبهجة، لا إنفلونزا!

- الإنفلونزا مرض خطير و يوصي أطباء الأطفال بلقاحات الإنفلونزا لجميع الأطفال في كل عام.
- تظهر الأبحاث أنه عندما يتم تلقيح الأطفال، فإنهم يغيبون لعدد أقل من أيام المدرسة. وبالتالي قد يغيب الآباء/الأوصياء عن العمل أيامًا أقل أيضًا.
- عندما يتم إعطاء الأطفال لقاح الإنفلونزا، يحمي هذا المحيطين بهم، بما في ذلك الأطفال والكبار.

إنه آمن وسهل ومريح.

- عندما يتم إعطاء لقاح الإنفلونزا في المدرسة، خلال ساعات الدوام المدرسي، بواسطة ممرضات متدربات وطلاب ممرضين خاضعين للإشراف.
- توفر وزارة الصحة اللقاح، وإنه اللقاح الذي سيحصل عليه طالبك/طالبتك من الطبيب المعتاد أو العيادة.
- هذه الخدمة مجانية للمشاركين.

المشاركة اختيارية. إذا كنت تريد أن يتلقى طالبك لقاح الإنفلونزا في المدرسة، فالرجاء إكمال نموذج الموافقة هذا. ولكن قد لا يتلقى الطلاب الذين لديهم مقاومة بدنية للقاح حتى إذا أكملت نموذج الموافقة.

المنافع والمخاطر.

- تشمل المنافع: يمنع إصابة طالبك بالإنفلونزا. ويجعل الإنفلونزا أكثر اعتدالاً في حال إصابته بها.
- تشمل المخاطر: ردود أفعال خفيفة إلى حادة وآثار جانبية مثل الألم في موقع الحقن، والحمى، والصداع.

يجب ألا يحصل طالبك على لقاح الإنفلونزا إذا سبق إصابته بتفاعل شديد/مهدد للحياة بعد الحصول على أي لقاح أو لديه تاريخ من متلازمة غيَّان-باريه (Guillain-Barre Syndrome, GBS).

راجع بيان معلومات لقاح الإنفلونزا

(Vaccine Information Statment, VIS) لمزيد من

المعلومات - تجدها في مدرسة الطالب، ووزارة الصحة، وعلى

shootheflu.org/consent

سياسات الخصوصية في إدارة الصحة العامة بمقاطعة ألاميدا (ACPHD): إن المعلومات المتعلقة بصحتك سرية وتحميها القوانين، ومن مسؤوليتنا حماية هذه المعلومات وفقاً لما تقتضيه هذه القوانين وأن نوفر لك إشعار سياسات الخصوصية. يمكنك أن تجد نسخة كاملة على موقع shootheflu.org/consent أو يمكنك طلب الحصول على نسخة منها أو مشاهدتها بالمدرسة في يوم اللقاح.

إن سجل كاليفورنيا للتحصين (CAIR) نظام كمبيوتر آمن وسري يُدار من قبل إدارة كاليفورنيا للصحة العامة التي توفر معلومات التطعيم لمقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك العديد من أطباء الأطفال المحليين، وستضع إدارة الصحة العامة بمقاطعة ألاميدا (ACPHD) المعلومات عن تطعيم طالبك/طالبتك ضد الإنفلونزا في CAIR كما هو مسموح به في قانون ولاية كاليفورنيا. لمعرفة المزيد عن CAIR، انتقل إلى cairweb.org حدد هذا المربع إذا كنت لا تريد مشاركة تطعيم طالبك/طالبتك ضد الإنفلونزا مع مقدمي الرعاية الصحية الذين يستخدمون CAIR.

إذا كانت لديك أي أسئلة أو تحتاج نسخًا من بيانات معلومات اللقاح (VIS) أو إخطار ممارسات الخصوصية أو كنت بحاجة إلى المساعدة في إكمال هذا النموذج، يُرجى الاتصال ببرنامج التحصين في إدارة الصحة العامة في مقاطعة ألاميدا، هاتف رقم 510-267-3230 أو زيارة موقع

ShootheFlu.org

نموذج الموافقة: حقن الإنفلونزا المجانية في المدرسة

** واحدة لكل طالب/طالبة **

معلومات الطالب/الطالبة

اسم الطالب/الطالبة (الاسم الأول)

الاسم الأخير

تاريخ الميلاد

العمر

جنس الطالب: ذكر أنثى

السنة

اليوم

الشهر

عنوان المنزل

الرمز البريدي

اسم المدرسة

المعلم / رقم الغرفة

الصف

البريد الإلكتروني للوالد/الوصي الشرعي

رقم الهاتف

الاسم الأول للأُم

يستخدم الاسم الأول للأُم للمساعدة في تحديد الطلاب في CAIR. لمزيد من المعلومات حول CAIR، انظر الجانب الخلفي

هل يمكننا التواصل معك للحصول على رأيك حول كيفية تحسين هذا البرنامج؟ نعم لا

التأمين الصحي للطالب/الطالبة

رقم التأمين الطبي

هذه الخدمة مجانية. قد تساعد شركة تأمينك الصحي في دفع تكلفة لقاح طالبك. لكننا لن نرسل فاتورة لك.

لا يوجد تأمين

كايبر- ميدي كال

بلو كروس- ميدي كال

ألاميدا آينس- ميدي كال

سينجا

كايبر- خاص

بلو كروس- خاص

يونابتد هيلث كير

غير ذلك:

أتنا

هيلث نيت

بلو شيلد

الأصول العرقية للطالب/الطالبة (اختر كل ما ينطبق)

نحن نسأل هذا السؤال لمساعدتنا على ضمان تكافؤ الوصول إلى البرنامج.

أمريكي أسود أو أفريقي

أمريكي هندي أو مواطن من ألاسكا

آسيوي

أسباني أو لاتيني

هاوايان أو سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

أبيض

أسئلة طبية - يجب الإجابة على كل سؤال

نعم لا

① هل لدى طالبك/طالبتك حساسية لمادة اللاتكس؟

نعم لا

② هل لدى طالبك/طالبتك حساسية للبيض؟

نعم لا

③ هل كان لدى طالبك/طالبتك في أي وقت مضى رد فعل خطير إلى أي لقاح؟

نعم لا

④ هل كان لدى طالبك/طالبتك في أي وقت مضى ضعف شديد في العضلات يسمى متلازمة غِيَّان-باريه؟

توقيع الوالد/الوصي الشرعي هنا (مطلوب)

عندما أوقع أنا (الوالد/الوصي الشرعي) اسمي أدناه، فهذا يعني ما يلي:

- أعطي الإذن بإعطاء الطالب/الطالبة التي ورد اسمها في هذا النموذج حقنة الإنفلونزا في المدرسة.
- لقد قرأت أو سُرح لي بيانات معلومات اللقاح المتعلقة بلقاح الإنفلونزا (VIS) الحالي وأدركت منافعه ومخاطره.
- لقد قرأت وحصلت على نسخة من إخطار سياسات الخصوصية في إدارة الصحة العامة بمقاطعة ألاميدا.

التاريخ

الاسم بحروف واضحة

صلتك بالطالب/الطالبة

وصي شرعي

أب

أم

غير ذلك: