

Consent form - Farsi

در حال حاضر به بسيارى از افرادى كه براى درخواست پناهنديگى وارد UK (بريتانيا) مى‌شوند، يك دز واکسن حاوى ديفتري و يك دوره آنتى‌بيوتيک (به نام آزيترومايسين) ارائه مى‌شود، تا خطر ابتلا به ديفتري و برخى از بيمارى‌هاى ديگر کاهش يابد. اين اقدام پس از شناسايى چند مورد ابتلا در مراکز پناهجويان در کنت و ساير قسمت‌هاى UK صورت گرفته است.

آنتى‌بيوتيک تمام عفونت‌هاى فعلى شما را درمان خواهد کرد، اما تزريق واکسن براى جلوگيرى از ابتلاى شما به ديفتري، کزاز يا فلج اطفال اهميت دارد و به بهترين نحو از شما محافظت مى‌کند.

واکسن ديفتري به شما يا فرزندتان ارائه مى‌شود. در اينجا مى‌توانيد بروشور را مطالعه کنيد: www.gov.uk/government/publications/diphtheria-vaccination-resources

نام بزرگسال يا کودک (نام و نام خانوادگى):	تاريخ تولد:
آدرس فعلى:	نام و آدرس GP (پزشک عمومى) (در صورت مشخص بودن):
کد پستى:	
شماره تلفن تماس روزانه:	شماره NHS (در صورت مشخص بودن):
يا شماره تلفن والدين/مراقب:	

اطلاعات پزشکى

آيا شما يا فرزندتان تا به حال به واکسن يا آنتى‌بيوتيک واکنش آلرژيک داشته‌ايد؟	☐ بله ☐ خير
اگر پاسخ شما به پرسش فوق بله است، لطفاً با جزئيات توضيح دهيد:	

رضايتمانه تزريق واکسن ديفتري و درمان با آنتى‌بيوتيک (آزيترومايسين)

☐ بله، من مى‌خواهم واکسن ديفتري را تزريق کنم
☐ بله، من مى‌خواهم دوره کامل آنتى‌بيوتيک آزيترومايسين را مصرف کنم
نام:
امضا:
امضای والدين/سرپرست:

در UK، NHS واکسيناسيون‌هاى رايجان زيادى را ارائه مى‌دهد تا بهترين روش حفاظتى ممکن در مقابل بيمارى‌هاى عفونى را در اختيار شما قرار دهد. شما بايد نزد يك GP ثبت‌نام کرده و حتماً واکسن‌هايتان را تزريق کنيد.

www.gov.uk/government/publications/the-complete-routine-immunisation-schedule

فقط برای استفاده اداری

قرص 500mg ☐ قرص 250mg ☐ سوسپانسیون 5ml/200mg ☐

دز آزیترومیسین ارائه شده

Vaxelis ☐ Infanrix Hexa ☐ Repevax ☐ Revaxis ☐

نام واکسن

سایت/کلینیک

فرد تزریق کننده
(امضا)

فرد تزریق کننده
(لطفاً با حروف بزرگ بنویسید)

تاریخ انقضا

شماره سری ساخت

محل تزریق
(لطفاً دور آن خط بکشید)

بازوی راست

بازوی چپ

دلیل نامناسب بودن واکسن دیفتری