

Consent form - Arabic

يُعرض على الكثير ممن يصلون لطلب اللجوء في المملكة المتحدة في الوقت الحالي تلقي جرعات من الدفتيريا تحتوي على لقاح ومجموعة من المضادات الحيوية (تسمى أزيثرومايسين)، لتقليل خطر الإصابة بالدفتيريا وتقليل خطر الإصابة ببعض حالات العدوى. ويكون هذا بعد عدد من الحالات التي تم كشفها في مراكز الباحثين عن اللجوء في كل من كينت وفي الأجزاء الأخرى من المملكة المتحدة. وسوف يعالج المضاد الحيوي أية عدوى سارية تكون مصابًا بها، ولكن اللقاح مهم ليمنع إصابتك بالدفتيريا أو التيتانوس أو شلل الأطفال، وليمنحك أفضل حماية. ويُقدم لك أو لطفلك لقاح الدفتيريا. ويمكنك الاطلاع على النشرة هنا: www.gov.uk/government/publications/diphtheria-vaccination-resources

| | |
|--|---|
| اسم الشخص البالغ أو الطفل (الاسم والأخير): | تاريخ الميلاد: |
| العنوان الحالي: | اسم وعنوان الممارس العام (إذا كان معروفًا): |
| الرمز البريدي: | |
| رقم هاتف الاتصال أثناء النهار: | رقم NHS (إذا كان معروفًا): |
| أو رقم هاتف الوالد/مقدم الرعاية: | |

المعلومات الطبية

| | |
|--|--|
| هل سبق أن أصبتَ أو أصيبَ طفلك بتفاعلات حساسية للقاح أو المضادات الحيوية؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| إذا كانت الإجابة "نعم" على السؤال السابق، اذكر التفاصيل: | |

الموافقة على لقاح الدفتيريا عن طريق الحقن والعلاج بالمضادات الحيوية (أزيثرومايسين)

| | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> نعم أرغب في تلقي لقاح الدفتيريا عن طريق الحقن | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> نعم أرغب في تلقي مجموعة كاملة من المضادات الحيوية المحتوية على أزيثرومايسين | <input type="checkbox"/> |
| الاسم: | |
| التوقيع: | توقيع الوالد/الوصي: |

في المملكة المتحدة، تقدم مؤسسة NHS الكثير من اللقاحات المجانية لمنحك أفضل حماية ضد المرض المعدي. ونحتاج إلى التسجيل لدى ممارس عام والتأكد من أنك قد تلقيت اللقاحات.

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

للاستعمال الرسمي فقط

| | | | | | | |
|--|-------------------|--------------------------------|----------------|-------------|---------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> أقراص 500 ملغ <input type="checkbox"/> أقراص 250 ملغ <input type="checkbox"/> معلق 200 ملغ/5 مل | | | | | جرعة أزيثروميسين المقدمة | |
| <input type="checkbox"/> ريفاكسيب <input type="checkbox"/> ريبيفاكس <input type="checkbox"/> إنفانزيريكس هيكسا <input type="checkbox"/> فاكسيليس | | | | | اسم اللقاح | |
| الموقع/العيادة | تناولها (التوقيع) | تناولها (يُرجى كتابة الاسم) | تاريخ الانتهاء | رقم التشغيل | موقع الحقن (يُرجى وضع دائرة) | |
| | | | | | الذراع اليمني | الذراع اليسري |
| | | | | | سبب عدم ملاءمة لقاح الدفتيريا | |