

Consent form - Dari

هم اکنون به شمار زیادی از افرادی که جهت درخواست پناهندگی وارد بریتانیا میشوند، دوز واکسین حاوی دیفتری و دوره ای از آنتی بیوتیک ها (به نام آزیترومایسین) جهت کاهش ریسک ابتلا به دیفتری و شماری از عفونت های سائر ارائه میگردد. این فیصله پس از آن اتخاذ شده است که شماری از دوسیه ها در مراکز پناهجویان کنت و سائر نقاط بریتانیا تعیین شده بودند.

آنتی بیوتیک میتواند کدام عفونت فعلی تان را تداوی نماید، لیکن واکسین جهت جلوگیری از ابتلا به دیفتری، کزاز یا فلج اطفال مهم میباشد و بهترین محافظت را بالای شما فراهم میکند.

واکسین دیفتری به شما یا طفلتان ارائه میشود. میتوانید کتابچه را اینجا بخوانید:

www.gov.uk/government/publications/diphtheria-vaccination-resources

نام فرد کلانسال یا طفل (نام و تخلص):	تاریخ تولد:
آدرس فعلی:	نام و آدرس داکتر عمومی (در صورت معلومات داشتن):
کود پستی:	
نمبر تلفون تماس روزانه:	نمبر NHS (در صورت معلومات داشتن):
یا نمبر تلفون والدین/مراقب:	

معلومات صحی

<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	شما یا طفلتان تا به حال عکس العمل آلرژی به واکسین یا آنتی بیوتیک داشته اید در صورتی که پاسخ تان به موارد بالا مثبت است، لطفا جزئیات را بیان نمایید:
---	--

رضایت جهت زرق واکسین دیفتری با تزریق و تداوی آنتی بیوتیک (آزیترومایسین)

<input type="checkbox"/> بلی، من مایل استم واکسین دیفتری را با زرق نمایم <input type="checkbox"/> بلی، من مایل استم دوره کامل آنتی بیوتیک آزیترومایسین را زرق نمایم	نام:
امضای والدین/سرپرست:	امضا:

در بریتانیا، NHS واکسین های رایگان زیادی را ارائه مینماید تا بهترین محافظت را علیه مریضی های عفونی بهتان ارائه دهد. باید با یک داکتر عمومی رجیستر شوید و اطمینان حاصل نمایید که واکسین های خود را زرق کرده اید.

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

صرف جهت مصرف سازی اداری

<input type="checkbox"/> قرص های 500 میلی گرمی <input type="checkbox"/> قرص های 250 میلی گرمی <input type="checkbox"/> سوسپانسیون 200 میلی گرمی/5 میلی لیتری					دوز آزیترومايسين ارائه شده است	
<input type="checkbox"/> Vaxelis <input type="checkbox"/> Infanrix Hexa <input type="checkbox"/> Repevax <input type="checkbox"/> Revaxis					نام واکسین	
سایت/کلینیک	زرق شده توسط (امضا)	زرق شده توسط (لطفا چاپ کنید)	تاریخ انقضا	نمبر دسته	محل تزریق (لطفا دایره بزنید)	
					بازوی راست	بازوی چپ
					دلیل عدم تناسب واکسین دیفتری	