

Consent form - Farsi

در حال حاضر به بسیاری از افرادی که برای درخواست پناهندگی وارد UK (بریتانیا) می‌شوند، یک دز واکسن حاوی دیفتی و یک دوره آنتی‌بیوتیک (به نام آزیترومایسین) ارائه می‌شود، تا خطر ابتلا به دیفتی و برخی از بیماری‌های دیگر کاهش یابد. این اقدام پس از شناسایی چند مورد ابتلا در مراکز پناهجویان در کنت و سایر قسمت‌های UK صورت گرفته است.

آنتی‌بیوتیک تمام عفونت‌های فعلی شما را درمان خواهد کرد، اما تزریق واکسن برای جلوگیری از ابتلای شما به دیفتی، کزاز یا فلج اطفال اهمیت دارد و به بهترین نحو از شما محافظت می‌کند.

واکسن دیفتی به شما یا فرزندتان ارائه می‌شود. در اینجا می‌توانید بروشور را مطالعه کنید: www.gov.uk/government/publications/diphtheria-vaccination-resources

نام بزرگسال یا کودک (نام و نام خانوادگی):	تاریخ تولد:
آدرس فعلی:	نام و آدرس GP (پزشک عمومی) (در صورت مشخص بودن):
کد پستی:	
شماره تلفن تماس روزانه:	شماره NHS (در صورت مشخص بودن):
یا شماره تلفن والدین/مراقب:	

اطلاعات پزشکی

آیا شما یا فرزندتان تا به حال به واکسن یا آنتی‌بیوتیک واکنش آلرژیک داشته‌اید؟	☐ بله ☐ خیر
اگر پاسخ شما به پرسش فوق بله است، لطفاً با جزئیات توضیح دهید:	

رضایتنامه تزریق واکسن دیفتی و درمان با آنتی‌بیوتیک (آزیترومایسین)

☐ بله، من می‌خواهم واکسن دیفتی را تزریق کنم
☐ بله، من می‌خواهم دوره کامل آنتی‌بیوتیک آزیترومایسین را مصرف کنم
نام:
امضا:
امضای والدین/سرپرست:

در UK، NHS واکسیناسیون‌های رایگان زیادی را ارائه می‌دهد تا بهترین روش حفاظتی ممکن در مقابل بیماری‌های عفونی را در اختیار شما قرار دهد. شما باید نزد یک GP ثبت‌نام کرده و حتماً واکسن‌هایتان را تزریق کنید.

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



فقط برای استفاده اداری					
دز آزیتروماپسین ارائه شده ☐ قرص 500mg ☐ قرص 250mg ☐ سوسپانسیون 5ml/200mg					
نام واکسن ☐ Vaxelis ☐ Infanrix Hexa ☐ Repevax ☐ Revaxis					
سایت/کلینیک	فرد تزریق‌کننده (امضا)	فرد تزریق‌کننده (لطفاً با حروف بزرگ بنویسید)	تاریخ انقضا	شماره سری ساخت	محل تزریق (لطفاً دور آن خط بکشید)
					بازوی چپ بازوی راست
					دلیل نامناسب بودن واکسن دیفتری