

## بيان صحي - للأطفال

لقاح ضد الإنفلونزا والمكورات الرئوية

تاريخ اللقاح \_\_\_\_\_

الرقم الشخصي \_\_\_\_\_

الاسم \_\_\_\_\_

املاً بياناً صحياً عن كل شخص.  
يسري على الأطفال/الشباب دون سن 18 عاماً.  
يُشترط توقيع ولي الأمر.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل لدى طفلك حساسية من البيض؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل يعاني طفلك من ردود فعل تحسسية شديدة من أمور أخرى بحيث اضطر لطلب الرعاية الصحية؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل كانت لدى طفلك ردود فعل شديدة على لقاح سابق؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل يعاني طفلك من مرض الناعورية أو من نزف آخر، بحيث أنه يتعالج مثلاً بالدواء فاران (Waran)؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل يعاني طفلك من مرض مزمن أو تم استئصال طحاله؟
إذا كان الجواب (نعم)، فهل لدى طفلك:		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مرض رئوي مزمن، بما في ذلك الربو
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	زيادة كبيرة في الوزن (مؤشر كتلة الجسم/BMI > 40)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مرض عصبي-عضلي (مثل التصلب العصبي المتعدد/MS)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أحد أمراض القلب والشرايين المزمنة (لكن ليس مجرد ارتفاع ضغط الدم)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	زيادة احتمال الإصابة بعدوى (مثل مرض نقص المناعة، وكذلك حالات أخرى مثل مرض السرطان أو المناعة الذاتية حيث يكون المرض يحد ذاته أو العلاج يسبب زيادة احتمال الإصابة بعدوى)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	دواعي أخذ لقاح المكورات الرئوية المقترن (ضعف وظيفة الطحال؛ الضعف الشديد في المناعة بسبب المرض أو العلاج، مثل زرع الأعضاء، علاج بسمّ الخلايا أو علاج بما يعادل أكثر من 15 ملغ من بريدنيزولون (Prednisolon) باليوم، أدوية أخرى تُضعف المناعة كثيراً أو مثبطات عوامل تنخر الأورام (TNF) سوية مع علاج آخر يُضعف المناعة؛ متلازمة كلوية؛ زراعة القوقعة السمعية؛ تسرب السائل الدماغي النخاعي؛ تليف كيسي)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	قصور مزمن في الكلية أو في الكبد
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مرض السكري
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	شلل في المخ (CP) // إعاقات وظيفية متعددة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل ابتكت حامل؟
إذا كان الجواب نعم، في أي أسبوع من الحمل:		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أنا موافق على أن يأخذ طفلي اللقاح.

توقيع ولي أمر القاصر

توقيع ولي أمر القاصر

الاسم بوضوح

الاسم بوضوح