



سبتمبر 2009

الأعضاء أولياء الأمور/الأوصياء:

لقد تسبب فيروس الأنفلونزا H1N1 في إصابات بالمرض تتراوح بين الطفيفة والحادة، وقد أصيب العديد من الأطفال بعدوي فيروس H1N1 في عام 2009 وحدث انتشار سريع للمرض في بعض المدارس في أنحاء الدولة.

ويعد التطعيم أفضل وسيلة للوقاية من هذا المرض الذي ينبئ بالخطورة، كما يختلف هذا التطعيم عن تطعيم الأنفلونزا الموسمية، وينصح بتطعيم الأطفال والشباب بدءاً من سن 6 شهور إلى 24 سنة ضد H1N1 لعام 2009 فور توافر اللقاح. وسوف يتوفر اللقاح قريباً من قبل إدارة الصحة بسينسيناتي.

وتتعاون إدارة الصحة مع مدرسة طفلك لإعطاء تطعيم أنفلونزا H1N1 لعام 2009 للأطفال داخل المدرسة الشهر المقبل. واللقاح مجاني. وقد يتطلب الأطفال أقل من 10 سنوات جرعة ثانية (ومن هم أقل من 9 سنوات يتلقون التطعيم، ومن هم أقل من 10 سنوات ويتلقون بخاخ الأنف)

وبالإضافة إلى الأطفال، سوف يصبح آخرون مؤهلين لتلقي الجرعات الأولى من لقاح أنفلونزا H1N1 لعام 2009:

- النساء الحوامل
- الأشخاص الذين يعيشون مع، أو يتولون رعاية، الأطفال أقل من 6 أشهر
- العاملين بمجال الرعاية الصحية والخدمات الطبية الطارئة
- الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 64 ولديهم أعراض صحية معينة مثل: فيروس نقص المناعة المكتسبة أو الإيدز HIV، أو مرض السكر، أو أمراض القلب أو الرئة.

ويتيح لك نموذج الموافقة المرفق إما قبول أو رفض تطعيم طفلك أو أي شخص في واحدة من الفئات المذكورة أعلاه ومطلوب نموذج موافقة منفصل لكل شخص يتم تطعيمه. ولا بد من إكمال نموذج الموافقة لتلقي التطعيم:

(1) يرجى توقيع وتاريخ نموذج الموافقة وإعادته إلى المدرسة وسوف يتم إخطارك من قبل موظفي المدرسة بموعد بدء عيادة التطعيم. وإذا قمت بتغيير رأيك بخصوص الموافقة أو كنت ترغب في الحصول على نماذج إضافية، يمكنك الاتصال بمكتب الصحة المدرسية بإدارة الصحة بسينسيناتي علي رقم 513-357-2815.

(2) يمكنك طباعة نموذج الموافقة من موقع مدارس سينسيناتي العامة علي شبكة الانترنت <http://www.cps-k12.org> وإعادته مرة أخرى إلى المدرسة.

يرجى إعادة نموذج الموافقة علي التطعيم بعد إكماله بحلول يوم الأربعاء الموافق 7 أكتوبر، 2009.

إذا كان لديك أية استفسارات عن اللقاح أو عيادات التطعيم، يرجى الاتصال برقم: 513-357-2815 ولمزيد من المعلومات عن فيروس H1N1، يمكنك زيارة موقع <http://www.cdc.gov/h1n1flu/> أو <http://www.cdc.gov/h1n1flu/parents>. ويستطيع مقدم الرعاية الصحية لطفلك الإجابة عن استفساراتك الخاصة بفيروس أنفلونزا H1N1 لعام 2009 وقد يكون في إمكانه إعطاء طفلك تطعيم H1N1 لعام 2009 وتطعيم الأنفلونزا الموسمية. وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

ME Cumpton, MD, MPH

ماريلين كرامبتون، مدير طبي، ماجستير في الصحة العامة

المدير الطبي لصحة المدرسة والمراهقين
إدارة الصحة بسينسيناتي

Mary Rounan

ماري رونان

مدير عام المدارس
مدارس سينسيناتي العامة

Cincinnati Health Department/ إدارة الصحة بسينسيناتي/ الموافقة على تلقي التطعيم المجاني ضد أنفلونزا H1N1/ Consent Form for Free 2009 H1N1 Influenza Vaccine

القسم 1: معلومات حول الشخص الذي سيتم تطعيمه (استخدم أحرف الطباعة)/ Section 1: Information about the Person to Receive Vaccine (please print)

NAME/ (Last) اسم الأسرة		(First)/(الاسم الأول)	(M.I.)(حرف اسم الأب)	DATE OF BIRTH/ تاريخ الميلاد Month/شهر day/يوم year/عام
PARENT/LEGAL GUARDIAN'S NAME (Last) اسم أسرة ولي الأمر/الوصي القانوني		(First)/(الاسم الأول)	(M.I.)(حرف اسم الأب)	AGE/السن GENDER/النوع (M-ذكر)(F-أنثى)
ADDRESS/العنوان			DAYTIME PHONE NUMBER/ هاتف للاتصال أثناء النهار:	
CITY/المدينة	STATE/الولاية	ZIP/الكود البريدي		
SCHOOL NAME/اسم المدرسة			GRADE/HOMEROOM – الصف الدراسي/الفصل الرئيسي	

القسم 2: فحص إمكانية تلقي التطعيم/ Section 2: Screening for Vaccine Eligibility

If the person has already been vaccinated with 2009 H1N1 influenza vaccine, please tell us the number of doses and dates of vaccination.

في حالة حصول الشخص على التطعيم ضد أنفلونزا H1N1 لعام 2009 بالفعل، يرجى ذكر عدد الجرعات وتاريخ التطعيم.

Date received: month ____ day ____ year ____ Form (please circle): nasal spray shot
شهر: تاريخ الحصول عليها يوم عام صورة اللقاح (ضع دائرة): بخاخ أنف حقنة

Date received: month ____ day ____ year ____ Form (please circle): nasal spray shot
شهر: تاريخ الحصول عليها يوم عام صورة اللقاح (ضع دائرة): بخاخ أنف حقنة

The following questions will help us know if the person can get the 2009 H1N1 influenza vaccine. Please mark YES or NO for each question.

تساعد الأسئلة التالية على تحديد إذا ما كان يمكن للشخص تلقي التطعيم ضد أنفلونزا H1N1 لعام 2009. يرجى الإجابة على كل سؤال بنعم أو لا.

A. Please check all that apply for the person listed above/يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق على الشخص المذكور أعلاه

- _____ Is between 6 months and 24 years old/ بين ستة أشهر و24 عام من العمر
- _____ Lives with or cares for children less than 6 months of age/ يعيش مع أو يقوم برعاية أطفال يقل عمرهم عن ستة أشهر
- _____ Is pregnant/ امرأة حامل
- _____ Works in healthcare or emergency services/ يعمل في مجال الرعاية الصحية أو خدمات الطوارئ
- _____ Is 25 thru 64 years old and has a chronic health condition (Please list)/ بين 25 حتى 64 عام من العمر ويعاني عرض صحي مزمن (يرجى توضيحه)
- _____ Does not fit any category but would like to be vaccinated/ لا ينتمي لأي فئة مما سبق ولكن يرغب في التطعيم

B. If you answer “NO” to all four of the following questions, the person can probably get the influenza vaccine. If you answer “YES” to one or more of the following four questions, the person may be able to get the 2009 H1N1 vaccine, but we will contact you to discuss your options.

في حالة الإجابة بلا على كل الأسئلة التالية فغالباً سيكون من الممكن تلقي الشخص للتطعيم ضد الأنفلونزا. أما إذا كانت الإجابة هي نعم لسؤال أو أكثر مما يلي، فقد يكون باستطاعة الشخص تلقي التطعيم ضد أنفلونزا H1N1 لعام 2009 لكننا سنتصل بك لمناقشة الخيارات المتاحة لك.

	YES/ نعم	NO/ لا
1. Does the person have a serious allergy to eggs? هل يعاني الشخص من الحساسية الشديدة ضد البيض؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the person have any other serious allergies? Please list هل يعاني الشخص من أي من أنواع الحساسية الشديدة الأخرى؟ يرجى ذكرها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the person ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine? هل عانى الشخص من قبل من رد فعل خطير لجرعة سابقة من جرعات لقاح الأنفلونزا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has the person ever had Guillain-Barré Syndrome (a temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving flu vaccine? هل عانى الشخص قط من متلازمة جليان باريه (ضعف شديد مؤقت في العضلات) خلال 6 أسابيع من تلقي التطعيم ضد الأنفلونزا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

إدارة الصحة بسينسيناتي/Cincinnati Health Department
الموافقة على تلقي التطعيم المجاني ضد أنفلونزا H1N1/Consent Form for Free 2009 H1N1 Influenza Vaccine

C. There are two kinds of 2009 H1N1 vaccine. Your answers to these questions will help us know which of the two kinds of vaccine the person can get. ج هناك نوعان من لقاح أنفلونزا H1N1 لعام 2009. وستحدد إجاباتك على هذه الأسئلة أي من نوعي اللقاح يمكن للشخص تلقيه.

	YES/ نعم	NO/ لا
1. Has the person received any of the following vaccinations within the past 30 days? MMR, Varicella, FluMist If yes, give type and date هل تلقى الشخص أي من التطعيمات التالية خلال الثلاثين يوم الأخيرة؟ الثلاثي، جدري الماء، لقاح FluMist. إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر النوع والتاريخ. Recent Vaccinations: _____ Date given: month _____ day _____ year _____ التطعيمات الأخيرة: _____ شهر: _____ يوم: _____ عام: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the person have any of the following: asthma, diabetes (or other type of metabolic disease), or disease of the lungs, heart, kidneys, liver, nerves, or blood? هل يعاني الشخص من أي مما يلي: ربو، سكر (أو أي من أمراض التمثيل الغذائي الأخرى)، أو أمراض الرئتين أو القلب أو الكلي أو الأعصاب أو الدم؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is the person on long-term aspirin or aspirin-containing therapy (for example, does the person take aspirin every day)? هل يتناول الشخص الأسبرين أو دواء يحتوي عليه كعلاج طويل الأمد (على سبيل المثال هل يتناول الشخص الأسبرين يوميًا)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Does the person have a weak immune system (for example, from HIV, cancer, or medications such as steroids or those used to treat cancer)? هل يعاني الشخص من ضعف المناعة (على سبيل المثال، بسبب فيروس الإيدز، أو السرطان أو عقاقير مثل منشطات الستيرويدات أو تلك المستخدمة في علاج السرطان)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is the person pregnant? هل هذا الشخص امرأة حامل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Does the person have close contact with someone who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow transplant)? هل للشخص اتصال وثيق بشخص يحتاج للرعاية في بيئة خاضعة للحماية (على سبيل المثال شخص قد مر مؤخرًا بزرع نخاع)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

القسم 3: الموافقة/Consent Section 3:

الموافقة على التطعيم/CONSENT FOR VACCINATION	
I understand that I will receive the 2009-2010 Vaccine Information Statement for the 2009 H1N1 influenza vaccine and the Cincinnati Health Department Notice of Privacy Practices at the time of vaccination. إنني أدرك أنني سوف أتلقى نشرة المعلومات المتعلقة بالتطعيم لعام 2009-2010 الخاصة بالتطعيم ضد أنفلونزا H1N1 وكذلك إخطار إدارة الصحة بسينسيناتي حول الممارسات المتعلقة بالخصوصية عند التطعيم.	
I GIVE CONSENT to the Cincinnati Health Department and its staff for the person named at the top of this form to receive this vaccine (If this consent form is not signed, dated, and returned, the vaccination will not be given) إنني أوافق على قيام إدارة الصحة بسينسيناتي وموظفيها بتقديم التطعيم للشخص المذكور أعلاه في هذا النموذج (لن يتم تقديم التطعيم ما لم يتم توقيع وتاريخ وإعادة نموذج الموافقة)	I DO NOT GIVE CONSENT to the Cincinnati Health Department and its staff for my child named at the top of this form to be vaccinated. إنني لا أوافق على قيام إدارة الصحة بسينسيناتي وموظفيها بتطعيم طفلي المذكور اسمه أعلاه في هذا النموذج
Signature of Person/Parent/Legal Guardian _____ توقيع الشخص/ولي الأمر/ الوصي القانوني Date: month _____ day _____ year _____ عام: _____ يوم: _____ شهر: _____	Signature of Person/Parent/Legal Guardian _____ توقيع الشخص/ولي الأمر/ الوصي القانوني Date: month _____ day _____ year _____ عام: _____ يوم: _____ شهر: _____

القسم 4: سجل التطعيمات (للاستخدام الإداري فقط)/Section 4: Vaccination Record (FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY)

Vaccine اللقاح	Date Dose Administered/ تاريخ إعطاء الجرعة	Route الوسيلة	Vaccine Manufacturer/ مصنع اللقاح	Lot Number رقم اللوط	Name and Title of Vaccine Administrator اسم ولقب مقدم اللقاح
2009 H1N1 عام H1N1 2009	/ /	<input type="checkbox"/> حقن في العضل/IM <input type="checkbox"/> بخاخ أنف/Intranasal			
Required Booster if < 9 years الجرعة المنشطة المطلوبة لمن هم أقل من 9 سنوات	/ /	<input type="checkbox"/> حقن في العضل/IM <input type="checkbox"/> بخاخ أنف/Intranasal			